



L'ALLER-VERS EN SANTÉ

COMMENT FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS, À LA
PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES VIVANT EN
SQUATS ET BIDONVILLES PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ ?

CAPITALISATION ET LEÇONS APPRISSES DE L'EXPÉRIENCE DE LA MISSION SQUATS
DE MÉDECINS DU MONDE ET DE SES PARTENAIRES À BORDEAUX.
JUIN 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 santé auprès de personnes vivant en squats et bidonvilles**.

Il documente et analyse **l'approche adoptée, détaille le processus et les outils utilisés** et donne **un aperçu pragmatique 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 santé, les contextes de vie 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 manière extrêmement concrète les différentes étapes de l'aller-vers en santé, telles que développées par les équipes terrain au cours de ces 10 dernières années.

NOTE AUX LECTRICES ET AUX LECTEURS

MESSAGES CLÉS DU TERRAIN : Les indispensables pour un aller-vers en santé de qualité	P. 4
ACRONYMES	P. 6
CONTEXTUALISATION ET ENTRÉE EN MATIÈRE	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
LES ENSEIGNEMENTS PRATIQUES, ISSUS DE L'EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNEL.L.E.S ET DES BÉNÉVOLES DE TERRAIN	P. 17
LEÇON N°1 : LA POSTURE ET L'ÉQUIPE	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 ?	P. 20
Comment travailler avec un interprète ?	P. 20
Pourquoi avoir un.e médecin dans l'équipe ?	P. 21
Comment gérer les problématiques liées à la santé mentale ?	P. 22
Quels prérequis sont nécessaires aux membres de l'équipe ?	P. 22
Quels dispositifs développer pour accompagner l'équipe ?	P. 23
LEÇON N°2 : LA COORDINATION ENTRE ACTEURS	P. 24
Pourquoi tisser des liens avec d'autres acteurs ?	P. 24
Comment se coordonner entre acteurs mobiles sur les sites ?	P. 24
LEÇON N°3 : LA PREMIÈRE RENCONTRE, L'ÉVALUATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES	P. 26
Comment prendre connaissance de l'existence et de la localisation des squats et bidonvilles ?	P. 26
Comment se déroule la première sortie ?	P. 26
Quelle temporalité pour travailler dans les lieux de vie ?	P. 28
Comment s'appuyer sur des relais communautaires sans renforcer les dynamiques de pouvoir et de domination ?	P. 28
LEÇON N°4 : LES SORTIES RÉGULIÈRES	P. 29
Que faut-il faire avant une sortie ?	P. 29
Comment se déroule une sortie ? Quelle est la place du soin ?	P. 30
Comment gérer la confidentialité sur le terrain ?	P. 31
Comment effectuer une bonne orientation vers les structures médico-sociales appropriées ?	P. 31
LEÇON N°5 : LE SUIVI DES SITES ET DES PERSONNES	P. 33
Comment suivre les sites entre les sorties ?	P. 33
Comment suivre les patient.e.s entre les sorties ?	P. 33
Quand et comment arrête-t-on le suivi ?	P. 34
CONCLUSION	P. 35
ANNEXES	P. 36
Annexe 1 : Liste des contributeur.rice.s	P. 36
Annexe 2 : Charte du CASaM	P. 37
Annexe 3 : Liste des partenaires Bordelais	P. 40
Annexe 4 : Contenu du classeur d'orientation de MdM pour Bordeaux Métropole	P. 41
Annexe 5 : Contenu du sac médical utilisé lors des sorties	P. 42
Annexe 6 : Bibliographie et Références	P. 43

MESSAGES CLÉS DU TERRAIN :



LES INDISPENSABLES POUR UN ALLER-VERS EN SANTÉ DE QUALITÉ

CES MESSAGES CLÉS SONT ADRESSÉS AUX PROFESSIONNEL.L.E.S DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL QUI SOUHAITENT SE LANCER DANS UNE DÉMARCHÉ D'ALLER-VERS EN SANTÉ. **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 SANTÉ**, PRÉSENTS LORS DE L'ATELIER DE VALIDATION DES CONTENUS, LE 12 MAI 2022. ILS TIENNENT COMPTE DES ÉLÉMENTS PRÉSENTÉS DANS CE LIVRET.



LA POSTURE



- Adopter une posture de non-jugement, d'écoute et de décentrage de nos propres normes
- Respecter la volonté des personnes et accompagner leur autonomie en leur fournissant les informations nécessaires à l'exercice de leurs droits
- Valoriser et s'appuyer sur le savoir profane et expérientiel des personnes rencontrées
- Rester humble sur notre connaissance de la situation des personnes et notre capacité à pouvoir répondre à leurs problématiques, ne pas penser qu'on va résoudre tous leurs problèmes
- Garder en tête qu'il ne s'agit pas de soigner sur place, mais bien de créer des ponts avec les structures sanitaires et sociales existantes en tenant compte des besoins exprimés par les personnes rencontrées

L'ÉQUIPE



- Avoir une équipe mixte et pluridisciplinaire motivée, sensibilisée, informée sur le contexte et au fait des enjeux
- Avoir systématiquement recours à l'interprétariat professionnel physique ou téléphonique lorsque c'est nécessaire
- Préférer, pour une équipe mobile, le rattachement à une structure fixe
- Prévoir du temps et des ressources pour planifier, suivre et se coordonner en équipe et entre acteurs
- Être attentif à ses propres limites et participer au groupe d'analyse des pratiques



LA COORDINATION

- Garder en tête qu'une équipe mobile s'inscrit nécessairement dans un réseau de partenaires, essentiel à ses actions
- Organiser des temps et des espaces d'échanges collectifs dédiés à la coordination (interne et externe) pour favoriser la cohérence du dispositif
- Mutualiser les compétences et connaissances existantes entre les acteurs pour apporter une réponse pertinente et durable aux situations des personnes rencontrées
- Porter des messages en commun pour améliorer l'efficacité de l'accès au droit des personnes concernées
- Fédérer un ensemble d'acteurs autour de valeurs et de principes d'intervention communs

LE TERRAIN



- S'appuyer sur le réseau de partenaires pour identifier les sites et éventuellement s'y faire introduire
- Garder en tête qu'on arrive sur le lieu de vie des personnes et veiller à ne pas être intrusif
- S'identifier clairement en expliquant qui nous sommes et quel est le but de la sortie
- Planifier et communiquer autant que possible avec les habitant.e.s sur la régularité et la temporalité des visites en tenant compte de leurs disponibilités et de leurs contraintes
- Garder en tête qu'une équipe mobile n'est pas une clinique mobile, mais un dispositif léger
- Garder en tête que le but est d'amener les personnes à une prise en charge par le système de santé de droit commun, par conséquent la règle est de ne pas prescrire sur site
- Gérer la confidentialité dans un espace de vie collectif en proposant des entretiens individuels à l'écart ou dans l'espace de vie de la personne
- Diversifier les contacts sur place pour partager les informations avec les habitant.e.s

L'ORIENTATION ET LE SUIVI



- Identifier et répertorier les options d'orientation en amont d'une sortie
- Communiquer avec les partenaires de manière proactive (courrier, appel, visite...) pour favoriser le succès des orientations
- Favoriser la réussite d'une orientation en repérant les obstacles potentiels avec la personne concernée
- Apprendre à dire « non » et/ou « je ne sais pas », un engagement pris auprès d'une personne n'est pas anodin
- Se créer et utiliser des outils adaptés aux besoins des équipes pour le suivi et la transmission, qui soient également en mesure de collecter les données nécessaires pour alimenter un rapport d'activité ou des actions de plaidoyer
- Fixer dès le départ une temporalité et des critères de désengagement vis-à-vis du site et de ses habitant.e.s

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

ACRONYMES

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

CONTEXTUALISATION ET ENTRÉE EN MATIÈRE

An illustration of a globe composed of several interlocking puzzle pieces in various colors (red, orange, green, blue, teal). Multiple hands of different skin tones and wearing various accessories (bracelets, watches) are shown reaching towards the globe, as if assembling it. The background is white.

PRÉSENTATION DU LIVRET

CADRAGE THÉORIQUE ET SÉMANTIQUE

PUBLICS ET CONTEXTES DE VIE

COMMENT PROMOUVOIR L'ALLER-VERS EN SANTÉ 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 droits et à la santé. Fin 2020, la Mission squats de Médecins du Monde à Bordeaux a acté son désengagement et le transfert de ses activités d'accès aux soins et à la santé aux institutions médico-sociales, notamment les PASS. 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 ?

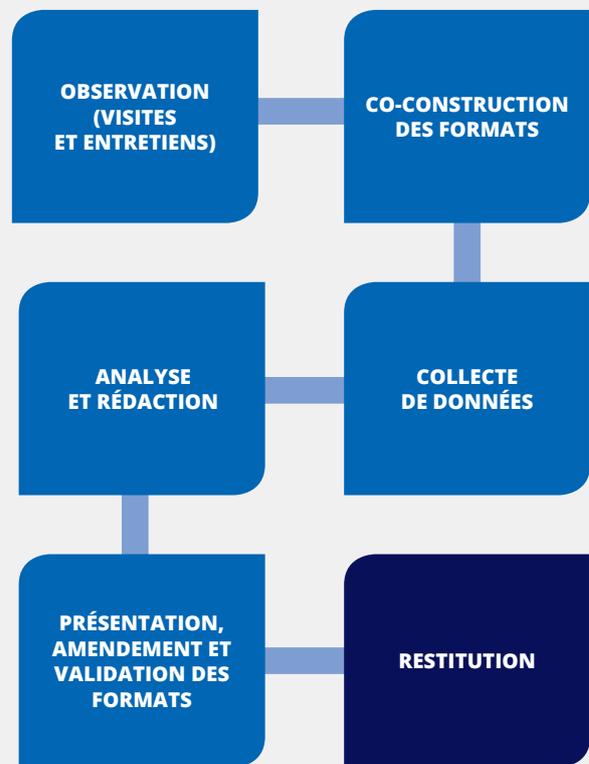
- **Aux professionnel.le.s et structures de droit commun du secteur médico-psycho-social** qui souhaitent s'engager dans une démarche d'aller-vers en santé et/ou qui souhaitent bénéficier d'arguments pour convaincre leurs collaborateurs.ice.s ou leurs collègues de s'y lancer sans appréhension et avec des outils simples et accessibles
- **Aux autres projets de Médecins du Monde et partenaires** intervenant auprès et avec des personnes non ou mal logées partout en France
- **Aux autorités sanitaires 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)

Ce livret est avant tout 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, l'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 souhaité 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'actrices et d'acteurs de terrain, praticien.ne.s (salarié.e.s ou bénévoles) de la santé et du social, de militant.e.s associatif.ve.s ou

d'habitant.e.s de squats et bidonvilles. Son format a fait l'objet d'une co-construction et d'une validation par ses contributeurs.ice.s, lors d'ateliers et de réunions de pilotage. Il a été réalisé en 6 grandes étapes étalées sur 6 mois, de janvier à juin 2022.



COMMENT EST-IL CONSTRUIT ?

La première partie du document est dédiée au cadre théorique et sémantique (+ les contextes de vie des personnes rencontrées en squats/bidonvilles) visant à introduire le propos. La seconde, subdivisée elle-même en 5 parties, est le fruit de la capitalisation 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 fleuve**, avec une mise en exergue de certains **points de vigilance**. Des **messages clés** ont été aussi formulés par les groupes de travail lors des ateliers de validation du contenu. Ils sont partagés en préambule du document.

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 d'aller-vers en santé, les enjeux de genre et de lutte contre les inégalités de genre sont une composante clé des interventions, elle 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 sujet¹.

Un autre aspect non traité est celui de la **protection de l'enfance**². Après discussion lors des ateliers, il a été acté que la maturité des pratiques de la Mission Squats dans ce domaine n'était pas suffisamment aboutie pour faire l'objet de développements.

Il est à noter qu'un **second livret, intitulé L'Aller-vers en DSSR est également mis à disposition des professionnel.le.s. de la santé et du social** qui souhaiteraient développer des actions de promotion des droits et santé sexuels et reproductifs 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 & 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 **Pauline Bignon** et **Orane Lamas**, respectivement Référente *Empowerment* et Référente appui technique et plaidoyer – santé environnement – mal-logement au siège de Médecins du Monde. La partie portant sur la notion de « droit commun » a été rédigée avec **Clio Sanders**, infirmière à la PASS Mobile Saint-André et ancienne bénévole de Médecins du Monde à Bordeaux.

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.RICE.S

Pour réaliser ce document, les consultantes ont rencontré et interrogé 51 contributeur.rice.s (voir la liste exhaustive 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 programmes 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.

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 valider les termes de référence, 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 : Mr Morgan Garcia, Coordinateur de la Mission Squats (personne référente) succédé de **Mme Kathy Fenech**, co-référente santé communautaire ; **Mr Jean-Luc Taris**, Responsable de la Mission Squats ; **Mme Ana Rivadeneyra**, co-Référente Santé Communautaire de la Mission Squats ; **Mme Aude Saldana Cazenave**, coordinatrice régionale Aquitaine succédée de Adeline Grippon

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

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



¹ 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>

² 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

INTRODUCTION

CADRAGE THÉORIQUE

ET SÉMANTIQUE

L'ALLER-VERS ET LA MÉDIATION EN SANTÉ

LA CHARTE D'OTTAWA

L'approche développée par Médecins du Monde s'ancre dans une conception de la santé telle qu'inscrite dans la [Charte d'Ottawa](#)³ 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'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. »⁴

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). 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.

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 publique⁵ « *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 Santé⁶ d'Octobre 2017, portant sur [la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins,](#)

3 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

4 <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>

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

6 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

la médiation en santé est « un processus temporaire de « 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. »

L'EMPOWERMENT ET LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE POUR MÉDECINS DU MONDE

Chez Médecins du Monde, l'*empowerment* (empouvoirement ou capacitation) des individus, des communautés et des organisations répond aussi bien à un enjeu pragmatique d'efficacité qu'à un enjeu éthique, en lien avec les valeurs, les principes et l'histoire de l'association.

Médecins du Monde défend l'idée que la participation des personnes aux projets qui les concernent est la condition de la pertinence de toute intervention et que les actions participatives et co-construites répondent plus justement aux besoins des personnes, sont bien davantage « acceptées » par les personnes concernées et sont plus facilement pérennisées. Médecins du Monde promeut l'approche selon laquelle chaque individu devrait pouvoir être acteur de sa propre santé et inscrire son action dans une démarche de santé communautaire, à l'instar des mouvements de lutte contre le sida, ou du « rien sur nous sans nous »⁷ et de la figure du patient expert de sa propre santé.

L'EMPOWERMENT

Puisant ses racines dans les années 1970, dans le féminisme et les mouvements d'émancipation des minorités, la notion d'**empowerment** est inspirée par la pensée de Paolo Freire et accompagne alors de puissantes critiques des injustices et des inégalités sociales. Les mouvements de santé radicale, incarnés notamment par les Young Lords et par le Black Panther Party, par l'émergence des free clinics (cliniques libres) et street clinics (cliniques de rue), incarnent ces enjeux et critiques dans le champ de la santé. En 1986, c'est l'Organisation Mondiale de la Santé qui se saisit de cette notion d'empowerment dans sa fameuse Charte d'Ottawa, évoquée plus bas. Cette notion devient une composante reconnue comme essentielle dans les programmes de santé, et directement articulée à la participation des personnes, dans un paradigme de « **santé communautaire** ».

Médecins du Monde parle donc d'empowerment pour désigner à la fois un **processus et à un objectif par lequel les individu.e.s et les groupes de personnes développent leur pouvoir d'action et de transformation de leur environnement et contexte de vie.**

Ce processus repose sur :

- 1) la participation des personnes et communautés aux actions qui les concernent,
- 2) l'identification et le questionnement des relations de pouvoir et de domination,
- 3) le renforcement de l'autonomie des personnes dans leur choix et parcours socio médicaux,

PRÉCISION SUR LE TERME « DROIT COMMUN »



Dans ce livret, le terme « **droit commun** », désigne toutes les structures médico-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.

Les patient.e.s reçu.e.s à la PASS sont des patient.e.s qui, par le fait d'une absence ou d'une incomplétude de droit à l'assurance maladie, ne peuvent bénéficier des dispositifs de droits communs en matière de santé, car non assuré.e.s. Les soins deviennent alors payants. Lorsque les personnes acquièrent l'assurance maladie elles ne devraient donc plus être prises en charge en PASS. Mais dans les faits, les PASS continuent d'accompagner les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins car les inégalités de santé sont multiples et complexes.



LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Parmi les nombreuses définitions de **la santé communautaire** existantes, Médecins du Monde retient celle de l'OMS, selon laquelle **la santé communautaire est le « processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être comme ceux de la communauté et développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté ».**

Les expériences de santé communautaire se caractérisent par les spécificités suivantes :

- 1) elle concerne une communauté (cela implique une action locale ou circonscrite dans ses membres),
- 2) elle favorise une démarche de co-construction par tous les acteurs concernés,
- 3) elle s'appuie sur un contexte de partage de savoir et de pouvoir,
- 4) elle part, valorise et mutualise les ressources de la communauté.

Ces deux approches et notions se nourrissent l'une l'autre et sont complémentaires.

⁷ Charlton, James, Nothing About Us Without Us, University of California Press, 1998; David Werner, Nothing About Us Without Us: Developing Innovative Technologies For, By and With Disabled Persons, Palo Alto CA, Healthrights, 1998



ZOOM

INTÉGRER L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE DANS LES ACTIONS D'ALLER-VERS

L'exemple de l'équipe de la Mission Squats

La Mission Squats est un dispositif médico- psycho-social mobile qui a vu le jour en 2011. En 10 ans, plus d'un millier d'interventions de médiation en santé ont été menées sur les squats et bidonvilles de la Métropole bordelaise. Lors des sorties sur ces lieux de vie, des demandes ont peu à peu émergé de la part des personnes rencontrées sur d'autres aspects que l'accès aux droits ou aux soins, notamment autour de l'amélioration des conditions de vie et, à partir de 2020, de l'accès à l'emploi et de l'amélioration des conditions de travail.

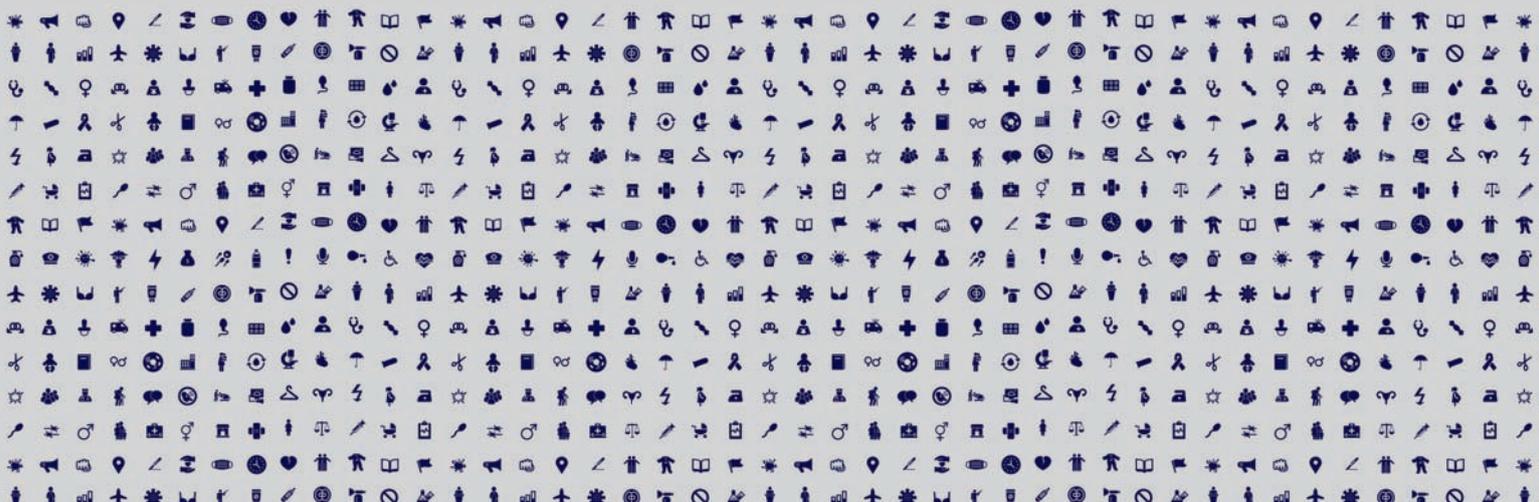
L'accompagnement sur **d'autres thématiques que l'accès aux soins sont ainsi apparues comme un levier d'action pour améliorer l'état de santé et le bien être psychosocial des personnes** en squats/bidonvilles. Ce constat a trouvé un écho dans la réflexion menée au sein de la Mission dès 2018 sur une évolution de ses modes d'intervention et ses pratiques vers la santé communautaire, en lien avec une volonté de passer d'une approche verticale et assistancielle de médiation

sociale et sanitaire à une **approche horizontale** au plus proche des personnes. Dans cette logique, il s'agissait de mieux **les accompagner dans le renforcement de leur pouvoir d'agir en fonction de leurs propres choix en matière de santé, ainsi que dans l'identification des ressources collectives et l'activation de leviers pour agir en conséquence.**

Cette nouvelle approche en santé communautaire débouchera à l'automne 2019 sur la constitution d'une équipe dédiée au sein de la Mission. Dans un premier temps de nombreuses actions pour **améliorer les conditions de vie** ont été menées, notamment autour de l'accès à l'eau et à l'électricité et le ramassage de déchets. En cohérence avec la santé communautaire, **l'équipe a adopté une méthodologie d'intervention facilitant l'expression des besoins des personnes concernées et la mobilisation des ressources collectives, plutôt que d'apporter une réponse prédéfinie à un problème individuel soulevé.** L'établis-

sement des relations de confiance et une posture d'écoute active ont été également intégrées dans la façon d'agir de l'équipe pour que les personnes se sentent libres d'exprimer leurs priorités et d'éviter ainsi d'influencer la prise de décision à l'égard des problématiques à travailler collectivement.

Dès 2020, les demandes identifiées sur les lieux de vie ont dépassé la question d'habitat dégradé pour s'orienter vers **l'emploi précaire et les difficultés d'insertion par le travail, des problématiques exprimées par les personnes rencontrées comme des déterminants majeurs de leur santé.** L'émergence de ces nouvelles demandes et l'ensemble du travail mené avec les habitants de squats/bidonvilles ont conduit l'équipe à s'investir sur ces questions et à étudier l'opportunité d'une nouvelle mission « travailleur.euses précarisé.es » en vue d'accompagner ces publics dans l'amélioration de leurs conditions de travail et dans l'accès à un emploi stable et régulier.



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 à la santé 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 populationnelle⁸. 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 DIHAL⁹ 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'étape¹⁰, 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 diminuer¹¹.

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 métropole bordelaise, Médecins du Monde estime à plus de 2000 le nombre de personnes vivant en squats 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 (Rroms roumains, Rroms bulgares, bulgares turcophones, bulgares slaves, roumains latins, catholiques, évangélistes, orthodoxes, musulmans...)¹². 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

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

⁹ DIHAL, Résorption des bidonvilles, point d'étape, septembre 2021, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-joynte/2021/10/point_detape_2019-2020_-_resorption_des_bidonvilles_vweb.pdf

¹⁰ idem

¹¹ https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-joynte/2021/10/point_detape_2019-2020_-_resorption_des_bidonvilles_vweb.pdf

¹² Rapport d'activité Mission Squat Médecins du Monde Bordeaux 2020

QUELLES CONSÉQUENCES ONT LES EXPULSIONS SUR LE PARCOURS DE SOIN ?

Même si certains lieux de vie peuvent perdurer plusieurs mois, voire plusieurs années¹³, les personnes vivant en squats et bidonvilles sont très régulièrement expulsées de leurs lieux de vie. Selon le dernier rapport de l'observatoire des expulsions datant de 2021¹⁴, entre le 1er novembre 2020 et le 31 octobre 2021, 1330 expulsions ont été recensées en France métropolitaine, ce qui représente, en moyenne, 472 personnes expulsées par jour. Ces expulsions ont des conséquences directes sur leur santé. Voici une part des conséquences néfastes relevées par les équipes de Médecins du Monde et leurs partenaires bordelais au cours de ces 10 dernières années.

DES RUPTURES D'INSCRIPTION GÉOGRAPHIQUE

En quittant leur lieu de vie, les familles doivent couper les liens avec les structures sanitaires et sociales sectorisées. Les démarches administratives entamées pour entrer dans le système de soins et les liens tissés avec les professionnels de santé sont rompus à chaque expulsion. Il faut donc trouver et se rendre dans une nouvelle PMI, une nouvelle MDSI, une nouvelle école pour scolariser les enfants, un nouveau CCAS pour obtenir une domiciliation administrative etc. Le lien avec les équipes mobiles est également rompu.

LA PERTE DE DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET MÉDICAUX

Lors des expulsions, les personnes n'ont pas toujours le temps de récupérer leurs affaires et doivent parfois quitter leur ancien domicile dans la précipitation. Il arrive que des documents administratifs, de santé ou des médicaments soient ainsi perdus.

LA DÉPRIORISATION DE LA SANTÉ

Lorsque des personnes sont expulsées, elles cherchent avant tout à se mettre à l'abri et dans ces situations d'urgence la santé n'est plus une priorité. On note alors fréquemment des ruptures de traitements qui peuvent entraîner des conséquences graves sur la santé des personnes notamment pour des patients atteints de maladies chroniques.

LA DESTRUCTION DES BIENS

Lors des évacuations, les personnes sont sommées de quitter le terrain ou le bâtiment qu'elles occupent, mais doivent laisser derrière elles les cabanes construites et souvent le mobilier de fortune durement rassemblé. A chaque expulsion, elles doivent donc reconstruire leur lieu de vie pour se protéger des intempéries mais aussi retrouver le minimum nécessaire pour y vivre.

UNE DÉGRADATION DES CONDITIONS SANITAIRES

Lors de l'ouverture d'un nouveau squat, il faut organiser le ramas-

sage des déchets et l'accès aux fluides. S'installer sur un nouveau site signifie souvent devoir se battre pour bénéficier de ces services de première nécessité. En attendant leur mise en place, l'environnement est dangereusement pathogène. Par ailleurs, il est difficile de trouver un site abandonné sur lequel s'installer et les personnes expulsées trouvent fréquemment refuge dans des lieux impropres à l'habitat avec de fortes nuisances (sites pollués, à proximité de voies rapides, etc.) et de plus en plus éloignés des structures sanitaires et sociales.



« SUR LES NOTIONS DE SQUATS ET DE BIDONVILLES »¹⁵

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.

Lieux de vie informels : 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.



¹³ Lorsque des accords sont trouvés avec les propriétaires ou le temps que les procédures et décisions judiciaires soient rendues et exécutées.

¹⁴ https://www.observatoiredesexpulsions.org/storage/wsm_publication/acAqJOI52Htcl7FvZEKeLigyadOfIb7dOKP1QcDJ.pdf

¹⁵ 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. 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'essaye 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 SANTÉ¹⁶

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 4ème 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.

¹⁶ 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 facteurs de risques psychosociaux associés à la situation 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 ET AUX PASS

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 ont souvent recours aux services des urgences pour des pathologies aggravées par une prise en charge tardive (ex : pathologies cardio-vasculaires). L'aller-vers en santé 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 en créant des ponts entre les professionnel.le.s 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 en squats et bidonvilles peut jouer un rôle de veille sanitaire et permettre d'éviter la propagation de certaines maladies ou épidémies, en ramenant les personnes vers le système de prévention et de soins. 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 en 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 sanitaire et sociale dans les lieux de vie. De nombreux professionnel.le.s des structures médico-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.

« Les PASS se sont un peu calés sur nous. On est sorti ensemble sur les terrains pendant le COVID et ensuite ils ont suivi nos protocoles. Ce qui s'est passé aussi c'est qu'il y a certaines de personnes qui sont passées par l'équipe Squats qui sont rentrées ensuite dans les PASS et les PASS mobiles. Ça a infusé. »

Salarié, MDM

« Au début, il y a une vraie appréhension de débarquer sur des lieux de vie et de pas se 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 ET DES BÉNÉVOLES DE TERRAIN

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 **posture** des membres de l'équipe s'inscrit dans les trois grands principes déontologiques retenus par la Haute Autorité de Santé¹⁷ 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 médiation en santé, 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 Les sorties

LE NON-JUGEMENT

Les membres de l'équipe de médiation en santé 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.

« Au début j'avais du mal à comprendre comment des parents pouvaient accepter de faire vivre leurs enfants dans de telles conditions [...]. Je me demandais pourquoi ils s'infligeaient une telle vie. Avec les rats. C'est extrêmement violent. Mais en fait, c'est des gens qui sont aussi rejetés dans leur propre pays. La scolarisation c'est compliqué, leurs conditions de vie là-bas aussi c'est difficile. Finalement ils sont moins rejetés en France que dans leur propre pays. On se moque moins de leurs enfants à l'école ici que chez eux. Comprendre ça peut aider à accepter que l'accompagnement de ces personnes soit difficile. Parce qu'on n'a pas les mêmes priorités, on ne fonctionne pas pareil. »

Personnel soignant, PASS Mobile

« 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 en santé s'inscrit 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 de médiation en santé 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 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

« Avec la médiation sanitaire et sociale on a essayé de sortir de l'approche individualiste et paternaliste. Même si on essaye de pas faire ça on s'y retrouve parce qu'eux nous y mettent et parce qu'on arrive avec une idée particulière de ce qu'on va faire. [...] Il s'attendait à ce qu'on vienne pour résoudre leurs problèmes mais en fait la solution doit être coconstruite avec leurs expertises aussi. »

Personnel social, 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 qui accueillent les équipes sur leurs lieux de vie. 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 expérimentiels 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 acteurs médico-sociaux du territoire,
- organiser les plannings, les briefs et debriefs et la logistique,
- mettre à jour les fiches d'orientations.

Ce travail de coordination peut être réalisé par un **poste dédié** de type cadre de santé avec une culture soignante ou un poste d'infirmier coordinateur. A minima, la coordination doit être répartie entre les membres du binôme médico-social déployé sur le terrain.

L'équipe mobile de médiation sanitaire et sociale est **préférentiellement rattachée à une structure médico-sociale avec un plateau technique** dans une complémentarité PASS mobile – PASS « fixe » par exemple (ou équipe mobile – CASO chez MdM).

« Les deux sont connectées parce que les patient.e.s seront pour beaucoup suivis en PASS fixe. On va pouvoir faire une coordination et suivre pour que l'orientation et le suivi aient bien lieu. On peut raccrocher les personnes directement ici à la PASS et on a une connaissance du CHU. C'est vachement confortable et hyper pratique. On sait ce qu'on pourra faire. On sait tous glisser entre la PASS fixe et la PASS mobile. »

Personnel soignant, PASS Mobile

Le planning d'un binôme d'équipe mobile s'organise avec **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. 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.¹⁸

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)

TEMPS SUR SITE	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
- ✓ 1 **téléphone portable chargé pour chaque membre de l'équipe** pour communiquer en interne avec l'équipe et assurer des orientations lorsque nécessaire
- ✓ **Sac médical** dont le contenu détaillé est présenté sur une fiche en annexe
- ✓ **Équipement de visibilité pour chaque membre de l'équipe** A minima badge, peut également être un brassard, chasuble, gilet, badge, 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

¹⁸ 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.

QUELLE EST LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE ?

L'objectif de l'équipe est de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en squat 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 Les sorties

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

- **un personnel soignant** (médecin et/ou infirmier.e diplômé.e d'Etat),
- **un.e personne formée au travail social**, (salarié.e ou bénévole), idéalement un.e travailleur.euse social.e ou un.e médiateur.trice en santé¹⁹,
- **un.e interprète professionnel.le**, si besoin pour des personnes allophones, choisi.e en fonction des langues parlées sur le site visité ; et à minima, un interprétariat téléphonique, indispensable pour toute sortie terrain. 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.

Une équipe standard peut couvrir entre 3 et 4 sites simultanément avec une demi-journée par site pour le terrain et une demi-journée par site pour le suivi, auxquelles 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. Bien que préférable, il n'est pas indispensable que la même équipe intervienne toujours sur les mêmes sites. Il faudra cependant 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 ?

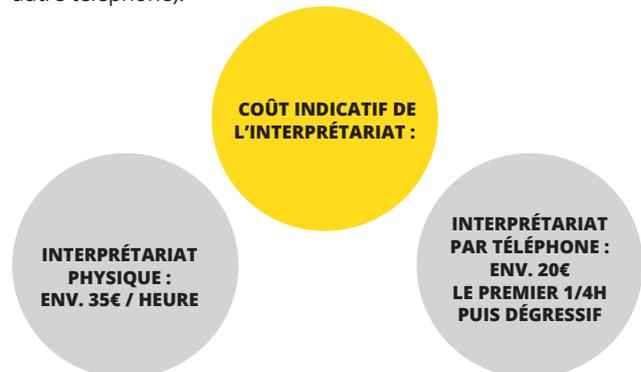
L'interprétariat est une pratique professionnelle qui repose sur la traduction orale pour les personnes peu ou non francophones (allophones). Elle vise à transmettre l'information d'une langue à une autre et permet à la communication et à la compréhension de s'installer.



Le recours à l'interprétariat linguistique professionnel dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patient.e.s/usager.ère.s, 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 professionnel.le.s, 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 qualité²⁰. 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 IMEDI²¹ à Bordeaux),
- Interprétariat par téléphone (par exemple ISM²²),
- Interprétariat en téléconférence (appel d'un téléphone à un autre téléphone).



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'acquière 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

¹⁹ / ²⁰ Le 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.

²¹ <https://www.bordeaux.fr/o90960/imedi>

²² <https://ism-interpretariat.fr/>

POURQUOI AVOIR UN.E MÉDECIN DANS L'ÉQUIPE ?

Le volet médical constitue la porte d'entrée sur le site et auprès des habitant.e.s. A ce titre, la présence d'un.e **médecin**, plutôt ou en complément d'un.e IDE, est recommandée sur les premières sorties, mais pourra s'avérer moins pertinente sur les sorties suivantes, une fois que le lien est établi. Sur les premières sorties, la présence d'un.e médecin assoit l'intervention et donne une certaine légitimité à l'équipe médico-sociale. Le ou la médecin pourra prioriser et temporiser les urgences et les problématiques de santé graves. Sa fine connaissance du système de santé lui permettra de faire le lien avec d'autres médecins et dispositifs médicaux pour faciliter les orientations et l'inscription dans le parcours de soins.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur la sortie

« C'est un peu terrible à dire mais je pense que quand c'est un médecin qui oriente vers un médecin il y a moins de tension que quand c'est une IDE qui oriente vers un médecin. »

Personnel soignant, Bénévole MdM

La présence d'un.e médecin dans l'équipe permet également de désacraliser l'image du médecin et de débloquer **un des freins aux soins : la peur des institutions et du corps médical**. Et à l'inverse de faire tomber les stéréotypes et les idées reçues sur les populations éloignées du soin.

« Pour le médecin, sortir sur les terrains ça permet de découvrir ces populations qu'on ne connaît pas. On comprend mieux leurs conditions de vie, les enjeux, les fonctionnements de ces communautés. Savoir regarder derrière les murs ça change tout ! Et après les sorties, on voit que les gens adhèrent et viennent à l'hôpital. Ils nous ont vu en civil lors des sorties et puis ils nous voient à l'hôpital dans notre blouse blanche. Ça les rassure de nous connaître déjà un peu. »

Personnel soignant, PASS Mobile

« C'est compliqué parce que dès que les gens comprennent que tu es médecin, ils vont te solliciter sur des problématiques de santé très précise alors qu'ils ont des droits ouverts. Il faut éviter au max de faire des consultations. »

Personnel soignant, Bénévole MdM



ATTENTION : La position de médecin au sein d'une équipe de médiation en santé en squats et bidonvilles est complexe, car son objectif n'est pas de faire des consultations sur site, ni de prescrire ou faire des ordonnances ou d'être identifié comme médecin de famille, **mais d'orienter les personnes vers le droit commun**, pour leur permettre d'accéder aux soins et à leurs droits. Cela n'est en revanche pas toujours évident au regard des attentes des personnes rencontrées.

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 usagers et l'impact sur le parcours de soin.

Le projet, d'un budget global d'un peu plus de 400.000 euros, perçoit des financements de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de Médecins du Monde et de la Fondation NEHS

ZOOM

COMMENT GÉRER LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA SANTÉ MENTALE ?

Si la santé mentale demeure, faute de moyens humains et matériels, un des « parents pauvres » de la santé publique en France, elle n'en reste pas moins un élément auquel sont confrontées les équipes mobiles, et avec lequel elles doivent composer.

La souffrance psychologique est inhérente aux conditions de vie en squats et bidonvilles. C'est une problématique à laquelle sont en permanence exposées les équipes qui pratiquent l'aller-vers en santé. La question de la santé mentale a été très régulièrement discutée au sein de la Mission Squats à Bordeaux. Elle a fait l'objet de nombreuses réflexions et donné lieu à la création d'un groupe de travail « Santé mentale ». Pour autant, l'équipe n'est pas parvenue à identifier un modèle permettant de la prendre en compte ou d'y répondre de manière satisfaisante.

Idéalement la recommandation serait d'intégrer au sein de l'équipe une personne formée. Mais de manière réaliste, l'expérience montre que cela n'est pas possible. Pour autant, il reste recommandé de pouvoir bénéficier pour l'équipe du regard d'un professionnel leur permettant de repérer une situation, de tenter de construire des réponses adaptées, et d'élaborer un système d'orientation à minima quand cela s'avère nécessaire. Cela n'a pas été le cas à Bordeaux, où l'équipe, en fonction des disponibilités de bénévoles, a pu répondre au cas par cas à des urgences psychiatrique, en faisant de l'orientation vers des services d'urgence. La question de la mise en place de consultations a également fait débat, ainsi que celle des prescriptions directement faites sur site. Mais, de la même manière que sur d'autres actions d'aller-vers, l'objectif était d'orienter les personnes et de les accompagner vers

des dispositifs de droit commun plutôt que de remplacer ces structures sur les lieux de vie informels. Cet objectif d'orientation, qui a globalement été atteint sur l'accès aux soins en santé somatique, a été beaucoup plus difficile face à un système de santé mentale en grande difficulté, des structures de droit commun déjà saturées et leur incapacité à s'engager dans des actions mobiles qui prendraient en compte les personnes vivants en squats et bidonvilles et leurs spécificités.

Ainsi, la question de la santé mentale dans les démarches d'aller-vers en santé reste une question fondamentale, à laquelle les équipes mobiles se devront de répondre, en fonction des dispositifs et partenaires existants sur leur territoire et de leur volonté de s'engager dans une démarche de ce type.

Pour apporter des recommandations réalistes et appropriées, nous avons décidé de relayer directement la parole d'un professionnel, dont le statut (à la fois en tant de médecin psychiatre, que de bénévole sur la Mission Squats) confère une expertise incarnée qui nous semble apporter un éclairage précieux sur le thème.



Santé mentale

TÉMOIGNAGE ET RECOMMANDATIONS D'UN MÉDECIN PSYCHIATRE, BÉNÉVOLE DE LA MISSION SQUATS ET DU CASO À BORDEAUX

ZOOM

« Il y a une pluralité des types de souffrances psychiques, que l'on ne peut « enfermer » dans une classification médicale (...). **Il faut donc réfléchir ensemble en équipe pluridisciplinaire à la complexité de la situation.** Dans cette réflexion, le psy sera un intervenant parmi les autres et va croiser son regard avec celui des membres de l'équipe qui connaissent les familles, les lieux, les cultures, la langue... Il y a une complexité à prendre en compte dans la réception de la souffrance psychique avant de pouvoir élaborer une possibilité d'intervention. Elle est singulière à chaque situation. (...) »
« Les possibilités de réponse du droit commun sont très problématiques. On ne peut raisonner que dans la durée. »

En mettant de côté les pathologies graves qui nécessitent des hospitalisations, **c'est la santé communautaire qui peut apporter des réponses**, mais il faut se donner des objectifs modestes. **Il faut accepter qu'il n'y ait pas de solution « clé en main ».** Il peut y avoir des rencontres où la personne peut exprimer sa souffrance. (...)

En fait il me semble qu'il y a 4 questions clés :

- **Comment les gens d'une équipe peuvent-ils s'aider, ensemble, face à l'impuissance thérapeutique ?**
- **Comment les gens d'une équipe peuvent-ils s'aider ou être aidés pour proposer aux personnes vivant dans une précarité sociale une prise en compte de leur santé, au sens communautaire du terme, avec les moyens dont ils disposent ? Par exemple la situation des enfants non scolarisés...**
- **Comment, en fonction des réseaux, l'équipe peut-elle mobiliser le droit commun, en prenant en compte la réalité locale dans sa singularité (chaque région est différente) ?**
- **Comment mener un plaidoyer envers les pouvoirs publics, à partir de cette pratique du terrain, sur la nécessité de prise en compte de la souffrance psychique par des moyens à inventer et à créer ?**

QUELS PRÉREQUIS SONT NÉCESSAIRES AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE ?

L'**interdisciplinarité** médico-sociale est une des clés de la robustesse de l'équipe mobile. Un.e soignant.e pourra être amené à renseigner et accompagner un.e patient.e sur ses démarches d'accès aux droits, par exemple sur le dossier d'Aide Médicale de l'Etat. 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.

Pour plus de détails, voir le volet 2

« L'aller-vers en droits et santé sexuels et reproductifs »

« 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 et bidonvilles
- Les droits sociaux des personnes migrantes,
- Les dispositifs locaux médico-sociaux (les acteurs, CCAS etc.),
- Le fonctionnement de la domiciliation postale,
- 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.

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, qu'en réduction des risques on nomme « savoirs profanes »²³, 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 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 psychosociologue spécialisé 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 membres pluridisciplinaires de l'équipe²⁴. Elles permettent :

- de partager les observations, doutes et questionnements, dans une démarche réflexive,
- de revenir sur des situations complexes ou des difficultés rencontrées,
- d'améliorer la collaboration des équipes médico-sociales,
- 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.

²³ <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/reduction-des-risques-rdr>

²⁴ L'adhésion et la participation à ces séances s'avèrent parfois difficile à mobiliser.



LEÇON N°2 : LA COORDINATION ENTRE ACTEURS

POURQUOI TISSER DES LIENS AVEC D'AUTRES ACTEURS ?

Les actions menées par une équipe mobile auprès des habitant.e.s en squats et bidonvilles visent à avoir une meilleure compréhension des besoins et des ressources des personnes rencontrées pour les accompagner dans un parcours pour une prise en charge médicale et sociale dans le droit commun et une autonomie dans la gestion de leur santé.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur [Les sorties](#)

Pour pouvoir proposer une orientation pertinente aux personnes rencontrées, il est crucial pour les équipes de **bien connaître les ressources du territoire**.

« 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, Bénévole MdM

QUI SONT LES PARTIES PRENANTES ?

Il s'agit de se coordonner avec :

- les autres acteurs médico-sociaux mobiles (autres PASS mobiles, EMPP, équipes mobiles DSSR, PMI),
- les autres intervenants en squats et bidonvilles (GIP, collectifs militants, CCAS),
- les lieux ressources du territoire.

AA titre indicatif, une liste des principaux acteurs bordelais en lien avec les lieux de vie informels figure en annexe avec une brève description de leurs rôles respectifs.

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 personnes rencontrées en fonction des leurs **besoins et de leurs ressources**,
- ☑ Echanger, avec l'accord des personnes concernées, des informations sur leur **situation sociale et administratives et les conditions de vie** permettant une meilleure prise en charge,

- ☑ **Rappeler des rendez-vous** aux personnes vivant en squats et bidonvilles,
- ☑ Assurer un **suivi de la situation** des personnes rencontrées,
- ☑ **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.

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 interacteurs,
- 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**.



L'EXEMPLE DU COLLECTIF CASaM

ZOOM



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.

La charte du CASaM a été rédigée par Médecins du Monde et finalisée avec les partenaires bordelais engagés dans des actions mobiles sanitaires et sociales, dans le cadre du transfert de la mission squats. Il s'agissait, avec la création de ce collectif et de la charte, de réunir l'ensemble des acteurs qui font de l'aller-vers en santé à Bordeaux autour d'un ensemble de valeurs, des objectifs communs et des préconisations en matière de coordination (réunions régulières etc.). C'est un élément important du transfert, car la création de ce collectif a permis d'initier des espaces d'échanges et de coopération entre les différentes structures...

La Charte CASaM est disponible en annexe.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE
ACTEURS DE L'AIDE ALIMENTAIRE
COLLECTIF CASaM
MÉDECINE DE VILLE
ACTEURS DE L'ASILE
ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE
SOCIÉTÉ CIVILE ET ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ
ACTEURS DE L'HÉBERGEMENT ET DU LOGEMENT
ACTEURS DE LA SANTÉ SEXUELLE



LEÇON N°3 : LA PREMIÈRE 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 en santé peut être informée de l'existence d'un nouveau lieu de vie par différents biais :

- ☑ **une personne** concernée alerte l'équipe sur l'existence de son lieu de vie et l'invite à y intervenir,
 - ☑ **un autre acteur mobile et/ou associatif** l'a identifié (comme un Groupement d'Intérêt Public²⁵ (GIP) ou un Centre communal d'Action Sociale (CCAS), etc.) et introduit l'équipe auprès des personnes,
- Pour plus de détails, voir le chapitre Coordination
- ☑ un contact existe avec **les ouvriers et ouvrières de squats** qui invitent l'équipe à y intervenir,
 - ☑ **une expulsion** d'un lieu de vie connu et suivi a provoqué l'installation sur un nouveau site et les habitant.e.s invitent l'équipe à y intervenir,
 - ☑ la plateforme de la **Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement** (DIHAL)²⁶.

« C'est aussi beaucoup des histoires de personnes. Au fur et à mesure on est en contact avec des ouvriers ouvrières de squat. Ils nous connaissent. Les gens viennent à nous pour nous signaler des lieux. »

Salarié, MdM

COMMENT SE DÉROULE LA PREMIÈRE SORTIE ?

ÉLABORER UN DIAGNOSTIC MÉDICO-SOCIAL

La première visite sur un site vise à évaluer la situation socio-sanitaire et à déterminer si la mise en place d'une intervention est nécessaire et souhaitable. Cette première sortie permet de présenter l'équipe et sa mission et de réaliser un **diagnostic médico-social** identifiant :

- ☑ l'adresse du lieu et la date d'installation,
- ☑ le nombre de personnes vivant sur le terrain, leurs origines géographiques et les langues parlées,
- ☑ 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

LES CONDITIONS D'UNE PREMIÈRE SORTIE

« 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 ou par une des personnes vivant sur le site.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur la coordination

Dans le cas d'un nouveau site, créé après une expulsion par exemple, il est possible que les personnes connaissent déjà les équipes et en reconnaissent les membres.

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

Bien que cela ne soit pas souhaitable, il peut arriver, lors de la première sortie, que la visite de l'équipe ne soit pas annoncée. Mieux vaut 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** sous la forme de brassards, de chasubles, de badge et/ou de 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.

La conversation commence par des **présentations simples**, avec l'appui de l'interprète pour les personnes allophones.

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

Exemple de présentation : 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.

Il n'est pas nécessaire (ni même judicieux) à ce stade de présenter en détails les rôles de chacun.e des membres de l'équipe. On peut **laisser les personnes exprimer librement leurs situations** et leurs problématiques. Il faut accepter que la santé ne soit pas toujours priorisée par les habitant.e.s de

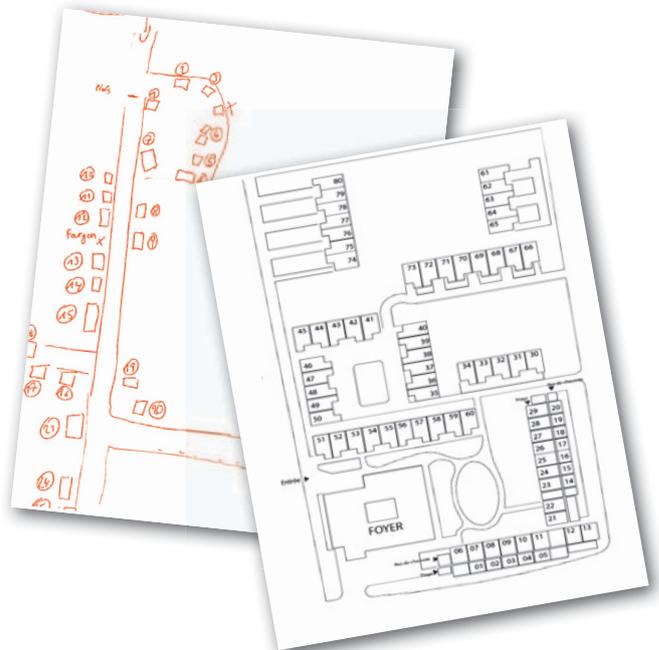
squats et bidonvilles en raison de la précarité de leurs situations administratives, sociales, de logement, etc.

On peut ensuite préciser clairement et simplement **l'objectif médico-social de la sortie** : *Exemple de présentation : Nous venons pour voir comment ça va la santé. Est-ce qu'il y a des personnes malades qui habitent ici ? Quand vous êtes malades vous allez où pour vous soigner ? Est-ce que vous avez la sécurité sociale, une AME, une CMU ?*

« Faut pas s'inquiéter, les besoins ils vont émerger, les personnes elles vont venir en te disant : « J'ai besoin d'une prescription médicale. J'ai mal au dos. J'ai un dossier MDPH à remplir. J'arrive pas à avoir une domiciliation ». Il faut plutôt réfléchir avant au cadre sinon on commence à faire tout et n'importe quoi et n'importe comment. »

Salarié, MdM

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.



Exemples de cartographie

- 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 ?

« Il faut accepter qu'au début tu viens et ça sert à rien. Et ensuite il peut suffire qu'une famille vienne et que ça se passe bien, qu'ils arrivent à ouvrir leurs droits et qu'ils soient bien pris en charge à la PASS. Ils vont pouvoir dire aux autres « Elle m'a vraiment aidé » ».

Personnel soignant, PASS Mobile

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 d'accès aux soins et aux droits 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 disponibles 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.

On peut ensuite espacer les visites toutes les deux ou trois semaines pour faire le suivi des situations. **Au bout de 3 à 4 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, composée d'un binôme médico-social et un.e interprète, peut couvrir de 3 à 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 **rappports 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. On peut également utiliser ou créer des outils comme :

- ☑ **un système d'affichage** pour communiquer sur les visites terrain en fonction des langues parlées et lues,
- ☑ **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 zappent 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

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-entreprenariat, 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 CLASSEUR D'ORIENTATION

Le classeur 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 !

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 du matériel médical de base.

Il n'est pas forcément recommandé de sortir avec un ordinateur portable parfois peu pratique sur le terrain. A fortiori si les équipes ne sont pas parfaitement à l'aise avec l'outil. En effet, cela peut créer une distance avec les personnes rencontrées. Le cas échéant, il est préférable de prendre des notes sur un carnet, sur place ou en fin de visite.



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.

Voir en annexe, le contenu du classeur pour Bordeaux Métropole comme modèle à suivre

LE SAC MÉDICAL

L'équipe intervient avec le matériel médical nécessaire à la réalisation de consultations rapides et une trousse d'urgence comprenant notamment du matériel infirmier pour soigner les petites blessures les plus courantes. 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. Les éléments contenus dans le sac sont à retrouver en annexe.

Voir en annexe, le contenu du sac médical



POURQUOI ON NE PREND (PRESQUE) PAS DE MÉDICAMENTS ET D'ORDONNANCIERS ?

Il n'est pas judicieux dans une approche de médiation sanitaire et sociale de sortir avec des médicaments et des ordonnanciers en squats et bidonvilles. La réponse immédiate sur site à un besoin médical qui pourrait être couvert dans le droit commun est contraire au principe d'autonomisation du patient dans le système de santé. Les personnes deviennent dépendantes des interventions mobiles ce qui est délétère pour leur prise en charge sur le long terme en limitant le recours plus difficile au droit commun.

Ainsi, la composition du sac médical a évolué pour réduire drastiquement la présence de pharmacie. Cependant, quelques exceptions peuvent être tolérées : Paracétamol (max pour 24h), Ovule pour mycose vaginale, Crème anti-inflammatoire, Dexeryl, Ventoline.

COMMENT SE DÉROULE UNE SORTIE ? QUELLE EST LA PLACE DU SOIN ?

LA PRISE DE CONTACT

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.

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 l'intimité et la volonté des personnes de rencontrer ou non l'équipe.**

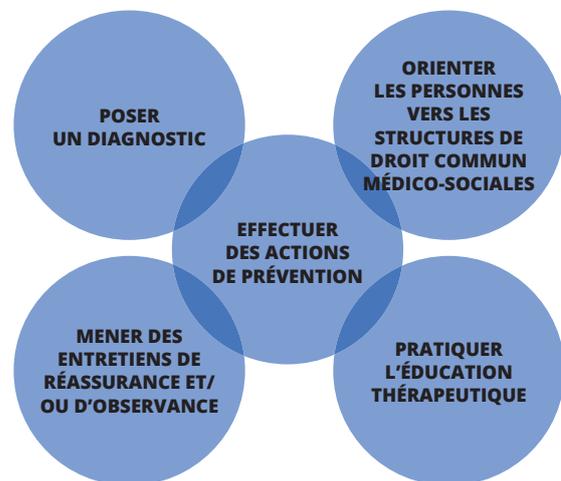
Néanmoins, pour un site déjà visité, certain.e.s habitant.e.s requièrent **un suivi pour un rappel de rendez-vous médical**, pour voir si la personne s'est effectivement rendue à un rendez-vous ou pour comprendre les barrières qui l'ont empêchée de se rendre à un rendez-vous. On peut alors toquer directement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

Comme pour la première visite, les conversations commencent par des présentations et des échanges simples avec l'appui de l'interprète.

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

L'OBJET DE LA VISITE

Les personnes rencontrées bénéficient de conseils et d'aide quant à leur situation médicale ou sociale, mais ne bénéficient pas nécessairement de consultation. L'objectif est de les amener vers une prise en charge pleine et entière par le système de santé de droit commun (notamment via un médecin traitant) et une autonomie dans la gestion de leur propre santé, afin de se concentrer sur les personnes dont la santé est en danger immédiat et/ou l'accès aux droits inexistant. Ainsi, **les visites auprès des habitant.e.s consistent essentiellement à :**



« Sur le soin au début j'avais imaginé qu'on allait arriver, soigner et repartir. Mais en fait c'est aller vers pour ramener vers. Et c'est bien parce que sinon c'est des ordonnances pour répondre ponctuellement à une problématique mais il n'y a pas de suivi. »

Personnel soignant, PASS Mobile

« Si tu commences à prendre la tension d'une personne sur un site de 300 personnes, t'as 30 personnes qui font la queue. Et si tu fais des consultations à la première visite sur un site c'est hyper dur de ne plus le faire ensuite. Il y a plutôt un gros travail d'explication à faire sur le système de santé et le rôle de médecin traitant. »

Personnel soignant, Bénévole MdM

Pour répondre à une inquiétude et temporiser, **des examens médicaux rapides peuvent avoir lieu de façon exceptionnelle** pour des personnes en rupture de soins et sans droits ouverts à la sécurité sociale. Il peut également être pertinent de réaliser un soin d'évaluation ou de petits pansements sur une plaie par exemple, pour ensuite pouvoir orienter la personne vers une structure adaptée à la prise en charge. Il est parfois nécessaire d'appeler les pompiers pour une urgence.

Cependant, **il n'est absolument pas recommandé de faire des ordonnances sur place.**

COMMENT GÉRER LA CONFIDENTIALITÉ SUR LE TERRAIN ?

Les discussions commencent souvent à plusieurs en extérieur ou dans les espaces communs. L'équipe doit, malgré la présence du groupe, **improviser un espace de confidentialité, en concertation avec les personnes**, lorsque des entretiens privés s'avèrent nécessaires. Dans ce cas on peut :

- ☑ suggérer à la personne que cette question ou cette problématique devrait être **discutée au calme**,
- ☑ demander à la personne où elle souhaite s'installer pour être à l'aise. Si la personne n'a pas d'idée, proposer 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.

« On n'est pas dans un bureau de consultation. On peut l'oublier et commencer des discussions intimes au milieu de tout le monde. Il faut savoir revenir à des discussions de groupe quand quelqu'un essaye de montrer un truc perso. »

Salarié, MdM

« Il faut savoir ne pas se laisser submerger par les demandes de chacun et pouvoir dire à un moment « on va s'isoler ». Les personnes ne proposent pas forcément d'aller à l'écart. Les interprètes non plus d'ailleurs. »

Personnel soignant, Bénévole MdM

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 conditions ne permettent souvent de toute façon pas un examen clinique complet.

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

La médiation sanitaire et sociale entre les personnes rencontrées en squats et bidonvilles et les acteurs du champ médico-social est le cœur des missions de l'équipe mobile. **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.

« Il faut laisser une marge de manœuvre pour que la personne puisse dire ce qu'elle pense et ce qu'elle veut. [...] Il faut laisser la liberté à la personne pour qu'elle puisse verbaliser une solution qui lui paraisse faisable face à son problème. Sinon tu te retrouves à proposer des solutions qui culpabilisent la personne et vont lui faire vivre un échec parce qu'on n'a pas été attentif à ses ressources pour mener à bien une solution. Je conseille de toujours demander aux personnes : « Qu'est-ce que vous voulez faire ? Quelle énergie vous avez pour faire ça ? ». La personne apporte son savoir expérientiel, ce qu'elle a l'habitude de faire, ce qui ne lui demande pas trop d'efforts, et nous on apporte les savoirs sur les dispositifs existants. Il faut aussi se demander s'il y a vraiment un besoin, voir si c'est vraiment un problème au quotidien. Parfois, c'est juste pour nous confier un problème parce que ça leur fait du bien de se sentir écoutés. »

Personnel social, Bénévole MdM

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

Selon la Haute Autorité de Santé en distinguant de deux ordres²⁷ :

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)

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. Les orientations peuvent être médicales mais concernent la prise en charge psychosociale avec des propositions d'orientations sociales vers des dispositifs adaptés pour les questions sur le non-hébergement, le manque de nourriture ou l'exposition à des violences, qui ont des impacts sur la santé globale des personnes et sont étroitement liées aux problématiques de santé.

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 ?²⁸
- **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.



Exemples de tickets rdv en PASS

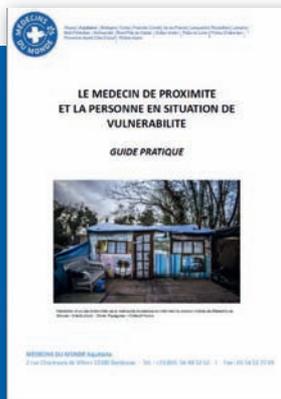
Même si elle est souvent favorisée, l'orientation vers la structure médico-sociale « fixe » d'une équipe mobile (par exemple l'hôpital rattaché à une PASS mobile) n'est pas systématiquement la meilleure option pour les personnes rencontrées. **D'autres structures** peuvent s'avérer être plus pertinentes, 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



LE MÉDECIN DE PROXIMITÉ ET LA PERSONNE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

MOOZ

Ce **guide pratique** publié par la Mission squats de Médecins du Monde en 2020 recense les partenaires pour la Métropole Bordelaise sur les volets :

VIE QUOTIDIENNE

- Aide alimentaire, Hébergement, Vestiaire et hygiène

ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE

- Les Centres Communaux D'action Sociale
- Les Maisons Départementales de la Solidarité
- Plateforme d'Accueil des Personnes en Errance (PAPE)
- La CIMADE
- Association du Lien Inter culturel Familial et Social

SOINS ET PRÉVENTION

- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

- Médecins du Monde Bordeaux
- Les centres de Protection Materno-Infantile (PMI) : petite enfance et parentalité
- La santé scolaire : les centres médico-scolaires (CMS)
- La santé mentale : CMP, EMPP, autres structures relai
- Les soins dentaires
- Les soins ophtalmologiques
- Prévention et Infectiologie : vaccinations, CEGIDD, CLAT, GAPS, Bordeaux sans hépatites
- Santé sexuelle et santé de la femme
- Accompagnement et prise en charge des personnes victimes de violences
- Accueil et accompagnement des personnes en situation de prostitution
- Associations LGBTQI+
- Accueil, accompagnement et prévention en addictologie

²⁸ Pour plus d'information, voir les formations disponibles sur les droits à la santé

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. Certaines personnes utilisent un carnet pour prendre des notes pendant la sortie.

Le temps d'échange permet de remplir collectivement l'outil informatique de suivi du site 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, l'équipe utilise un **tableau Excel** composé de plusieurs onglets. Il permet notamment de renforcer le travail en réseau et de témoigner des situations vécues par le public cible.

Le **premier onglet** présente le diagnostic initial réalisé lors de la première rencontre et qui contient les informations suivantes :

- L'adresse du lieu de vie et la date d'installation,
- Le nombre de personnes vivant sur le site, leurs origines géographiques et les langues parlées et lues,
- Les personnes fragiles (enfants de moins de 6 ans, dont bébés de moins de 1 an, femmes enceintes, lourdes comorbidités, pathologies chroniques etc.),
- Le point sur les couvertures maladie et le réseau de soins à proximité,
- Les partenaires intervenants sur le site (CCAS, Mairie, Associations, PMI, MDS etc.),
- Le 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 risques et dangers identifiés,
- Le volet juridique et administratif en cherchant à se renseigner sur le propriétaire du site et l'état des poursuites judiciaires relatives à l'occupation illicite.

Le **deuxième onglet** présente une cartographie du site réalisée à la main ou grâce à un logiciel de cartographie.

Le **troisième onglet** présente dans un même tableau toutes

les sorties réalisées sur le site. Il contient des informations sur les personnes vivant sur site le jour de la sortie, la situation logistique et juridique du site, les partenaires actifs sur le site et les situations individuelles sociales et/ou médicales à suivre. Ce 3e onglet est présenté ci-dessous.

Le tableau est un fichier Excel avec plusieurs onglets colorés. Les onglets sont : Démographique (jaune), Sociologique (vert), Juridique (orange), Interventions Partenaires (bleu), Situations Sociales à Suivre (rouge), Situations Médicales à Suivre (bleu foncé), et Autres (gris). Le tableau principal est divisé en colonnes correspondant à ces onglets. Les colonnes 'Situations Sociales à Suivre' et 'Situations Médicales à Suivre' contiennent des sous-onglets pour 'Sortie #1', 'Sortie #2', 'Sortie #3', etc. Le tableau est rempli de données fictives pour illustrer le suivi des sites et des personnes.

Il est important de préciser que toutes les données portant sur des situations personnelles seront anonymisées, ou stockées sur un espace sécurisé conforme à la législation relative à la gestion des données personnelles.

Au-delà d'aider à monitorer les visites sur sites, cet outil contribue à **nourrir un plaidoyer** en coalitions de causes communes en :

- Recueillant et analysant les données anonymisées sur la situation administrative, sociale et médicale des personnes rencontrées,
- Assurant une veille sur la vie des sites et un travail de médiation avec les institutions compétentes du territoire en vue d'une amélioration des conditions de vie,
- Participant activement à des temps de mobilisation inter-assocative pour sensibiliser sur la question de l'accès aux soins
- Interpellant les institutions lorsque des manquements aux droits des personnes sont constatés.

COMMENT SUIVRE LES PATIENT.E.S ENTRE LES SORTIES ?

LE DOSSIER MÉDICO-SOCIAL INDIVIDUEL

En plus de l'outil de suivi par site, les équipes établissent après chaque sortie et pour chaque personne rencontrée un dossier médico-social individuel permettant d'assurer un suivi précis de chaque situation.

Pour Médecins du Monde, le **logiciel de Dossier Patient Informatisé (DPI)** s'appuie sur un accès par internet à une base de données unique centralisée sur le web et hébergée de façon sécurisée par Epiconcept²⁹, hébergeur agréé de données de santé. Le dossier individuel combiné à l'outil par site permet aux équipes d'assurer un suivi des patient.e.s d'une sortie sur l'autre.

Il ne s'agit pas d'un suivi médical des personnes sur site mais d'un accompagnement pour favoriser l'adhésion à leur prise en charge dans les structures médico-sociales du droit commun, notamment lorsqu'une orientation a été proposée avec ou sans rendez-vous.

L'équipe mobile lors du suivi joue un rôle de **connecteur** :

- ☑ va à la rencontre de la personne dans son habitation,
- ☑ demande à la personne si elle s'est rendue à son rendez-vous,
- ☑ **demande comment s'est passé le rendez-vous** (transport, accueil, interprétariat, rendez-vous complémentaire, etc.) si la personne s'est effectivement rendue au rendez-vous,
- ☑ analyse avec la personne **les raisons qui l'ont amenée à manquer le rendez-vous** le cas échéant, pour pouvoir proposer une nouvelle orientation alternative si cela s'avère pertinent,
- ☑ peut également **contacter la structure partenaire** vers laquelle la personne avait été orientée pour savoir si elle s'est présentée au rdv, si la personne a été informée qu'une telle démarche serait enclenchée et si elle a donné son accord,
- ☑ peut proposer exceptionnellement de **l'accompagner physiquement à son rendez-vous** pour lui permettre de se repérer dans les transports et dans les lieux.

« Quand je fais une orientation médicale ou sociale, je ne donne pas juste une feuille. Je note que j'ai orienté la personne quelque part et qu'il faudra que je vienne la semaine suivante voir si ça s'est bien passé. Là on est dans l'autonomisation de la personne. (...) On peut se dire qu'on va lâcher l'affaire mais moi je n'ai pas envie de lâcher l'affaire. C'est mon travail de m'occuper des patients donc je vais jusqu'au bout du truc. Je ne me sens pas pour autant dans la stigmatisation ou comme les mettant à la marge. Je veux comprendre ce qui s'est passé. La santé n'est pas prioritaire pour eux et il peut y avoir tellement de raison qui font qu'ils ne sont pas venus. Moi il me semble que je ne fais pas mon travail si je ne vais pas au bout. »

Personnel soignant, PASS Mobile

« Ça m'est arrivé une fois d'accompagner un vieux monsieur à la PASS. Il avait des problèmes avec l'alcool. Il était très affaibli. Il avait peur d'aller à l'hôpital, peur de manquer d'alcool, peur d'être enfermé. On y est allé ensemble. Il a vu le trajet en transport en commun qu'on a fait ensemble. On l'a rassuré et après il a continué ses rendez-vous avec une prise en charge au long terme. On lui a donné le petit coup de pouce qui lui a permis de se dire « Allez, c'est bon, j'y vais. Je prends soin de moi ! » »

Personnel social, Bénévole Mdm

Si le rendez-vous est pris avec la structure à laquelle est rattachée l'équipe, un suivi plus rapproché peut être organisé avec **un partage des dossiers patient.e.s au sein de la même structure** par exemple ou un registre partagé pour les prises de rendez-vous en fonction du fonctionnement.

QUAND ET COMMENT ARRÊTE-T-ON LE SUIVI ?

L'équipe doit **réfléchir dès le début des interventions aux critères de désengagement** sur un site en gardant toujours en tête l'objectif de l'aller-vers et de la médiation sanitaire et sociale qui vise à faciliter l'accès aux soins et aux droits auprès des structures médico-sociales existantes sur le territoire pour les personnes vivant en squat et bidonvilles.

« Théoriquement il faudrait y retourner souvent. En fait, il y aura toujours des besoins. Vue les conditions de roulement, les allers et venues, les expulsions... C'est difficile de se dire que tout le monde va être rattaché au droit commun en connaissant bien le maillage médico-social. Mais il y a quand même une forme d'apprentissage sur les squats et bidonvilles. Par exemple, les femmes enceintes vont spontanément aller se faire suivre en PMI, parce qu'elles savent que l'une d'entre elles y est allé et que ça s'est bien passé. »

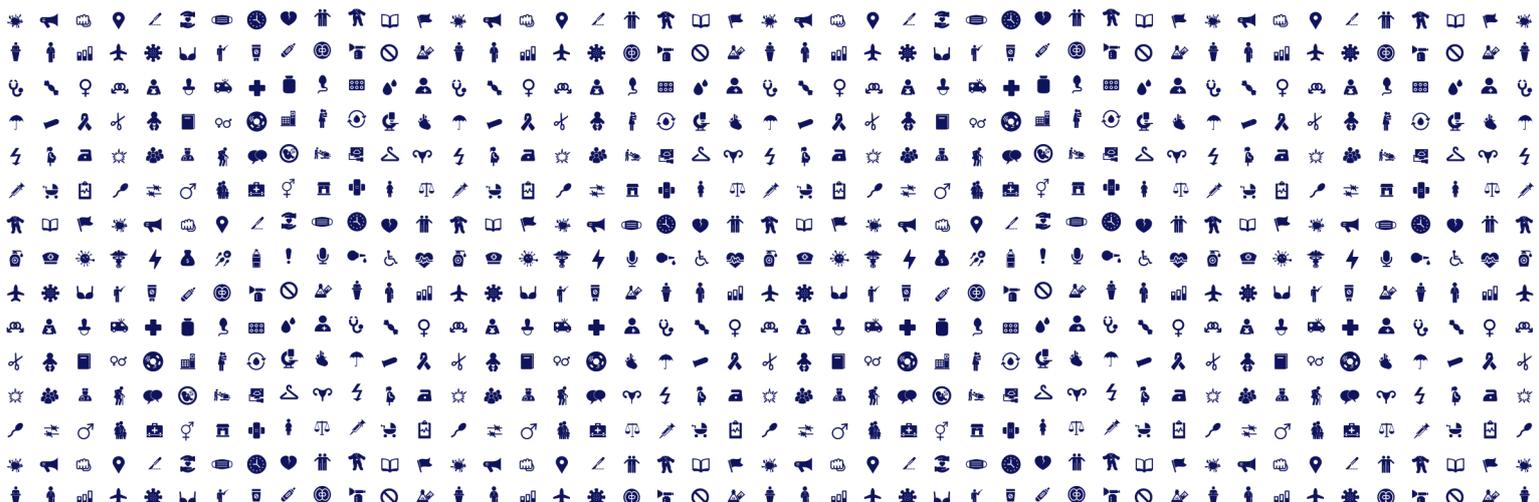
Personnel soignant, PASS Mobile

Au bout de 3 à 4 mois d'intervention³⁰, un temps réflexif est engagé pour évaluer **la pertinence de l'action au regard de critères de désengagements** tels que :

- ☑ l'accès aux droits (AME, CMU, etc.),
- ☑ l'autonomie des personnes pour accéder au parcours de soins et pour faire le relais des informations auprès des nouveaux.elles habitant.e.s du site,
- ☑ le suivi des personnes par le CCAS de secteur,
- ☑ la présence d'autres acteurs mobiles sur les sites,
- ☑ l'expulsion du site.

Le désengagement de l'équipe est préparé et discuté en amont avec les personnes concernées. Lorsque l'intervention se termine, l'équipe peut laisser ses coordonnées pour être sollicitée directement par les habitants pour revenir ponctuellement sur le site si nécessaire.

³⁰ Cette temporalité peut évoluer selon les conditions de chaque site.



CONCLUSION

Ce travail de capitalisation a permis à Médecins du Monde et à ses partenaires à Bordeaux de prendre le recul nécessaire pour formaliser les leçons de leurs 10 années d'expérience collective. En faisant le choix de se mobiliser pour les partager avec d'autres professionnel.le.s du secteur, elles et ils poursuivent **le processus de transmission** engagé dès le démarrage de leur projet. Leur ambition commune est de **contribuer à nourrir les bonnes pratiques pour promouvoir un aller-vers en santé de qualité**.

Leur démarche met notamment en évidence que **l'aller-vers en santé est une démarche accessible à tou.te.s les personnes professionnel.le.s ou bénévoles de la santé et du social, qui souhaitent s'y lancer**. Elle n'est pas réservée à des médecins ou des soignants spécialisés 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 en santé ne doit en rien être considéré comme une approche « low cost » de l'accès à la santé**. C'est une démarche qui ne s'improvise pas et requiert un séquençage rigoureux. Elle exige surtout qu'on s'en approprie les enjeux et nécessite **une attitude d'ouverture et de non jugement**.

L'aller-vers en santé est aussi **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 également **un savoir-faire, un savoir-être et une démarche méthodique**, tout particulièrement lors des prises de contact ou des interactions sur les sites.

La mission squats de Médecins du Monde à Bordeaux a aujourd'hui transmis ses activités d'aller-vers en santé à ses partenaires, notamment aux PASS mobiles. L'émergence de nouvelles demandes et l'ensemble du travail mené avec les habitant.e.s des squats/bidonvilles conduisent aujourd'hui l'équipe 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 confrontés et qu'elles et ils 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
Corinne Vincent	Chargée de mission, et ancienne bénévole MdM	Maison Départementale de la Santé - Ceggid
Gaëlle Devros	Cadre de santé	Maison Départementale de la Santé - Ceggid
Najat Lahmidi	Référente technique et plaidoyer - droits et santé sexuels et reproductifs	Médecins du Monde
Marie Missioux	Référente technique et plaidoyer - droits et santé sexuels et reproductifs	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 Ouadi	Coordinatrice du programme bidonville	Médecins du Monde Marseille
Yann Le Boulaire	Coordinateur du programme « squats et bidonvilles »	Médecins du Monde Montpellier
Sylvaine Devriendt	Coordinatrice 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
Annaïg 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 DSSR	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
Aurélie 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
Martine Pasquis	Sage-Femme	PMI

ANNEXE 2 : CHARTRE DU CASAM

LE COLLECTIF DES ACTEURS SANITAIRES MOBILES DE BORDEAUX

PRÉAMBULE

Cette charte a pour objectif de fédérer un ensemble d'acteurs autour de valeurs et principes d'interventions communs relatifs à l'accès aux soins et aux droits de personnes en grande précarité. Elle vient en complémentarité d'éventuels conventionnements établis entre les différents signataires de la présente charte ; les conventions visant quant à elles à définir de manière plus opérationnelle la répartition des actions et des moyens entre chacune des parties, et à définir une organisation partagée.

Elle vise à rapprocher les dispositifs sanitaires et sociaux autour d'objectifs partagés en termes de qualité d'accès aux soins et aux autres prestations socio-sanitaires et, parallèlement, de permettre à ces dispositifs d'agir de manière efficiente auprès des personnes concernées, notamment en favorisant l'accès de celles-ci au droit commun.

Faire face aux inégalités de santé, qui touchent tout particulièrement les personnes vivant sans hébergement stable, est une priorité de santé publique. Toutes les personnes devraient avoir un égal accès au droit, à des soins de qualité et à la prévention. Néanmoins, rendre cet accès effectif nécessite des modes d'organisation et d'action spécifiques.

Les signataires de la présente charte s'engagent à partager leurs pratiques en matière d'intervention mobile auprès des personnes en situation de précarité, et le cas échéant, à mettre en commun ressources et moyens d'actions et à s'engager dans un travail coordonné auprès des publics concernés.

Ils déclarent adhérer aux valeurs et principes d'actions énoncés ci-dessous, et s'engagent, autant que possible, chacun à des places différentes (soignants, travailleurs sociaux, pairs-aidants, cadres, responsables institutionnels...), à mettre en œuvre leurs activités dans le respect des objectifs fondamentaux et des bonnes pratiques mis en avant dans cette Charte.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE

ACTEURS DE L'AIDE ALIMENTAIRE

COLLECTIF

ACTEURS DE L'ASILE

CASAM

MÉDECINE DE VILLE

ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE

SOCIÉTÉ CIVILE ET

ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

ACTEURS DE L'HÉBERGEMENT
ET DU LOGEMENT

ACTEURS DE LA SANTÉ SEXUELLE

LE COLLECTIF CASAM

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.

Au 18/05/2021 il regroupe les signataires suivants :

- 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 Laïque du Prado,
- Le GIP Bordeaux Métropole Médiation,
- La Mission Squats de Médecins du Monde.

Une courte présentation des membres et description de leurs activités est proposée en annexe à cette Charte.

De nouveaux acteurs se reconnaissant dans les valeurs et principes d'interventions ici décrits sont susceptibles de rejoindre le CASAM après accord des membres fondateurs.

VALEURS FONDAMENTALES ET PRINCIPES D' ACTIONS

Nous adhérons à l'approche holistique et positive de la santé et aux principes de justice sociale, d'équité et de participation communautaire portés dans la Charte d'Ottawa.

« 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. »

EXTRAIT DE LA CHARTRE D'OTTAWA

« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. »

1985, Alma Alta

Nous inscrivons nos actions dans une prise en charge globale.

Intervenant auprès de publics précarisés directement sur leur lieu de vie, sur l'espace public ou sur les lieux qu'ils fréquentent au quotidien, il apparaît avec d'autant plus d'acuité que 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.

A ce titre, nos actions d'information, de médiation, et d'orientation portent également sur l'ouverture d'une domiciliation, l'accès à un conseil juridique, à l'hébergement et au logement, à la scolarisation ou toute autre question amenée par les personnes elles-mêmes permettant une amélioration du bien-être général.

ALLER-VERS : 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.

DROIT À LA SANTÉ : reconnaissance du droit à la santé comme un droit fondamental et comme un principe éthique selon lequel tous les individus devraient avoir l'opportunité de grandir et de vivre en bonne santé afin de pouvoir ainsi développer leur potentiel et d'atteindre leurs objectifs.

NON-DISCRIMINATION : intervention auprès de toute personne précarisée, quel que soit la nationalité, l'ethnicité, la situation administrative et respect de l'autonomie, la culture, les valeurs, les individualités et les choix personnels et collectifs des personnes et des groupes

IMPARTIALITÉ : agir dans l'intérêt de la personne, en dehors de toute considération politique, religieuse ou liée aux tutelles des membres du collectif.

BIENVEILLANCE : Développer une démarche d'écoute active et bienveillante dans l'accompagnement et la prise en charge.

CONFIDENTIALITÉ : respect des données personnelles, des informations sensibles sur les milieux de vie, et du secret professionnel.

NON REDEVABILITÉ : Ne rien attendre en retour de la personne accompagnée.

CLARTÉ ET HONNÊTÉ DANS LES RAPPORTS ET LES ÉCHANGES : Informer de manière claire et transparente, mettre en œuvre les moyens favorisant l'accessibilité culturelle et linguistique à l'information, et particulièrement l'interprétariat dès que cela est possible.

LE TRAVAIL PARTENARIAL : Les membres du collectif sont liés par différents partenariats, dans un objectif d'articulation et de coordination des interventions respectives et de facilitation de l'accès aux dispositifs et aux publics.

LE RELAI VERS LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN : Les acteurs du CASaM sont vigilants à ne pas rendre captives de leur intervention les personnes concernées mais au contraire à faciliter le lien entre celles-ci et d'autres dispositifs non spécifiques. Cela peut notamment se décliner en un soutien aux acteurs institutionnels qui pourraient éprouver des difficultés ou des appréhensions à intervenir dans la rue, sur squats ou bidonvilles.

Dans l'objectif de favoriser l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun, nos actions peuvent donc se traduire par un accompagnement, une sensibilisation, une information voire une formation des acteurs du système de santé sur les obstacles rencontrés par les personnes concernées.

FACILITER LA COMPRÉHENSION ET L'APPROPRIATION DES DROITS SOCIAUX : L'ensemble des actions menées ont vocation à permettre aux personnes de mieux comprendre leurs droits en fonction de leur situation, afin qu'elles puissent bénéficier des mêmes services que tout un chacun de manière autonome.

PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES PERSONNES : Nous cherchons à faire émerger l'expression des personnes concernées quant à l'identification de leurs besoins, de leurs attentes et des solutions à privilégier. Dans les limites fixées par le droit (protection de l'enfance, troubles psy etc.) nous leur reconnaissons le droit de décider d'elles-mêmes de ce qui est bon pour elles.

LE « FAIRE AVEC » : Nos actions ne constituent pas une prise en charge mais un accompagnement en fonction des besoins exprimés, des ressources et envies des personnes ou groupes concernés. Les actions du collectif s'ancrent dans cette logique de co-construction avec les personnes concernées.

DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR : nos actions visent à renforcer la capacité des personnes accompagnées par nos dispositifs à s'organiser pour mettre en place des actions en réponses aux problèmes et priorités qu'ils identifient.

NOTRE OBJECTIF GÉNÉRAL : AMÉLIORER DURABLEMENT LA SANTÉ GLOBALE DES PERSONNES CONCERNÉES



NOS OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ GLOBALE

- Instauration, accompagnement, soutien dans un parcours de soin personnalisé et coordonné par différents acteurs
- Rétablir, tisser, renforcer le lien de confiance thérapeutique
- Réaliser une veille sanitaire et identifier les risques et/ou les pathologies lourdes, chroniques ou à potentiel épidémique
- Orienter les personnes en fonction de leurs besoins et de leurs droits vers les structures adaptées

AMÉLIORER ET FACILITER L'ACCÈS AU DROIT À LA SANTÉ, ET AUX DROITS SOCIAUX EN GÉNÉRAL

- Identifier les droits auxquels les personnes rencontrées peuvent prétendre
- Orienter les personnes vers les dispositifs d'accompagnement et assurer l'interface entre le public et les structures
- Accompagner ou soutenir les personnes dans leurs démarches administratives

DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ET LE TRAVAIL EN RÉSEAU ENTRE LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS SUR LE TERRAIN

- Mettre en œuvre une organisation concertée des actions
- Créer et/ou remettre en lien un réseau d'acteurs pouvant apporter une réponse globale aux besoins des personnes (approche médico-psycho-sociale)
- Echanger des pratiques, capitaliser les expériences et mettre en œuvre une évaluation dynamique des besoins et des ressources à disposition sur le territoire
- Développer des actions communes de promotion de la santé

PERMETTRE L'EXISTENCE D'UNE VOIX COMMUNE AUTOUR DES PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

- Assurer une veille, recueillir et analyser les besoins des personnes rencontrées
- Via un travail de médiation, faire remonter les constats de terrain aux institutions compétentes
- Alerter les institutions lorsque des manquements aux droits des personnes sont constatés

COORDINATION DU COLLECTIF

Au-delà de la volonté de créer des conditions favorables à une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité par des acteurs complémentaires et coordonnés, la création de ce collectif vise à développer les échanges et confrontations de pratiques/idées entre professionnels, institutions et personnes concernées.

Les signataires de la Charte s'engagent dans une **démarche de coopération active** et s'impliquent collectivement pour améliorer la réponse aux besoins et attentes des publics en grande précarité, en favorisant le dialogue partenarial et la prise en compte de ces enjeux par les institutions concernées.

Le Collectif se réunit à un rythme trimestriel et pourra, en sus, organiser des temps d'échanges ponctuels en fonction de l'actualité et des besoins exprimés par ses membres pour favoriser les échanges de pratiques, la transmission d'informations et mener une réflexion commune sur les problématiques nous concernant.

Des outils organisationnels pourront être mis en place pour favoriser notre articulation et la mise en œuvre d'interventions communes (espace en ligne partagé, boucle de mail...).

Les membres du collectif s'engagent à mettre en œuvre **un accès partagé à différents outils** utiles à l'amélioration des prises en charge : fiches ressources, rapports d'activités, guide de bonnes pratiques, listes de personnes référentes...

Des temps d'information et des formations seront également organisées, si le besoin s'en fait sentir, entre les acteurs signataires, mais aussi auprès des partenaires extérieurs qui souhaiteraient développer une meilleure connaissance des problématiques spécifiques traitées par les membres du Collectif.

Le Collectif, dans un souci de gestion horizontale et d'équité, pourra **déléguer différentes tâches à l'un de ses membres** : veille, formation, rédaction de rapports ou compte rendu etc...

Nous souhaitons que le collectif CASaM soit reconnu, soutenu et investi par les autorités sanitaires. Dans cette optique, après accord des membres et mandat expressément donné, **une structure pourra participer au nom du collectif aux réflexions menées par les autorités sanitaires** ou partenaires réguliers sur les questions de santé des personnes en situation de précarité



ANNEXE 3 : LA LISTE DES PARTENAIRES BORDELAIS



LES PASS :

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont pour mission d'accompagner les personnes en situation de précarité dans leur accès au système de santé et dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les PASS sont un dispositif gratuit visant à permettre aux plus démunis d'accéder à une consultation de médecine générale ou spécialisée, recevoir des soins dentaires, bénéficier de soins infirmiers, prises de sang, examens radiologiques, obtenir les médicaments prescrits et bénéficier d'un accompagnement social.

Pour Bordeaux Métropole, il existe :

- La PASS généraliste Saint André,
- La PASS adultes Pellegrin,
- La PASS Bordeaux Rive Droite (Lormont),
- La PASS pédiatrique Pellegrin,
- La PASS Bucco-dentaire de Saint André,
- La PASS maternité de Pellegrin,
- La PASS mobile Bagatelle pour 23 communes rurales,
- Dont certaines PASS ayant développé des missions d'aller-vers.



LE CACIS :

Le Centre accueil consultation information sexualité (C.A.C.I.S) est une association loi 1901 ayant pour finalité:

- de permettre à toute personne, jeune ou adulte de trouver les moyens de vivre sa sexualité dans notre société,
- d'agir contre toute forme d'exclusion liée à la santé, à la sexualité et au genre.

Cela à travers diverses missions comme la formation aux professionnel.le.s, l'éducation et le soutien à la vie affective et sexuelle, l'administration d'un Centre de Planification et d'Education Familiale avec des consultations gynécologiques gratuites et confidentielles (contraception, IVG, TROD, dépistages, etc.), un service d'accompagnement des femmes victimes de violences. L'association fonctionne en gratuité, en confidentialité et en libre accueil (il n'est pas nécessaire d'avoir une couverture santé pour bénéficier des consultations).

LES PMI :

Les services de Protection maternelle et infantile sont accessibles sans couverture maladie et sans condition de régularité du séjour pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 6 ans.

LES CCAS :

Les Centres Communaux d'Action Sociale assument des missions d'aide sociale et notamment la domiciliation administrative des personnes vivant sur leur commune sans domicile stable.



LE GIP BORDEAUX MÉTROPOLE MÉDIATION :

Le Groupement d'Intérêt Public Bordeaux Métropole Médiation propose un service gratuit auquel tout habitant peut faire appel : la médiation de voisinage. Le GIP dispose de médiateurs intervenant sur l'ensemble du territoire métropolitain pour réaliser de la médiation sanitaire et sociale en particulier sur des questions relatives à la scolarisation, à l'emploi, au logement et à la santé.

LES COLLECTIFS INTER-ASSOCIATIFS :

Les équipes mobiles peuvent être représentées dans les nombreux collectifs locaux (réseau périnatalité, plateforme santé vulnérabilité...) et les plateformes nationales (Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Groupe de Travail Habitat de la Commission Nationale de suivi de la résorption des bidonvilles)

LES COLLECTIFS MILITANTS :

Ces formes de solidarité émergentes permettent de fixer des populations démunies et sans abri dans des squats qui leur assurent (au moins un temps) une stabilité et favorise le démarrage d'action de santé, scolarisation, accès aux droits, etc.

L'ARS :

L'agence régionale de santé (ARS) Aquitaine était le principal bailleur de la Mission Squats de MdM. Les personnes vivant en squats et bidonvilles sont considérées comme un public prioritaire et les actions des équipes mobiles contribuent à la réalisation des objectifs de l'agence « auprès des personnes les plus démunies ».

LA CPAM :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde a soutenu financièrement la Mission Squats de MdM pour ses actions permettant de limiter les retards de recours aux soins et d'améliorer l'accès au droit à la santé en accompagnant les personnes vivant en squats et bidonvilles sur Bordeaux Métropole dans leur demande d'affiliation à la sécurité sociale.

ANNEXE 4 :

LE CONTENU DU

CLASSEUR

D'ORIENTATION

DE MDM POUR

BORDEAUX MÉTROPOLE

FICHES D'ORIENTATION MÉDICALE :

- PASS Saint André et PASS Dentaire
- PASS Pellegrin
- PASS Lormont
- PASS Bagatelle
- CASO
- Médecins traitants
- Laboratoire EXALAB
- CACIS (Centre Accueil Consultation Information Sexualité)
- Centre de Planning Familiaux
- Lieux des consultations PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Maison départementale de santé-Centre dépistage Anonyme et gratuit
- EMPP (Equipe mobile Psychiatrie Précarité)
- GAPS- Groupe d'aide Psychologique et sociale
- SECOP (urgence psy)
- CASPERTT (trauma psy)
- Centre Medico-scolaire
- CEID (Comité d'Etude et D'information sur les Drogues)
- CSAPA (Addictologie)
- COREVIH
- MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

FICHES D'ORIENTATION SOCIALE :

- Mairie et CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale)
- Secours populaire français
- Association MANA
- PROMOFEMMES
- Poppy
- Accueil de jour
- Croix rouge bébé-enfants
- CPAM
- MDSI (Maison Départementale des Solidarités et Insertion)

- Diaconat de Bordeaux
- Guide d'orientation du 115 et Passeport de la débrouille (Aide alimentaire, Douches, Laveries, etc.)
- CLAP pour les Cours de Français Langue Etrangère
- Cimade
- Pôle Emploi
- SOLIGUIDE

FICHES PRATIQUES :

- Liste des numéros utiles pour l'équipe
- Fiche pratique AME
- Formulaire de demande d'AME
- Fiche pratique PUMA
- Formulaire de demande PUMA
- Attestation de présence
- Déclaration de ressources
- Document d'orientation Diaconat (photos à 1€)
- Procédure de domiciliation et gratuité des transports
- Scolarisation et autres services municipaux
- Courrier domiciliation
- Formulaire de demande
- Déclaration sur l'Honneur
- Demande d'élection de domicile
- Formulaire de demande Aide juridictionnelle et Fiche pratique des lieux ressources



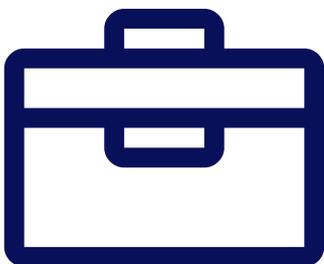
ANNEXE 5 : LE CONTENU DU SAC MÉDICAL UTILISÉ LORS DES SORTIES

L'équipe intervient avec le matériel médical nécessaire à la réalisation de consultations rapides et une trousse d'urgence comprenant notamment du matériel infirmier pour soigner les petites blessures les plus courantes.

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.

Il n'est pas judicieux dans une approche de médiation sanitaire et sociale de sortir avec des médicaments et des ordonnanciers en squats et bidonvilles. La réponse immédiate sur site à un besoin médical qui pourrait être couvert dans le droit commun est contraire au principe d'autonomisation du patient dans le système de santé. Les personnes deviennent dépendantes des interventions mobiles ce qui est délétère pour leur prise en charge sur le long terme en limitant le recours plus difficile au droit commun.

Ainsi, la composition du sac médical a évolué pour réduire drastiquement la présence de pharmacie. Cependant, quelques exceptions peuvent être tolérées : Paracétamol (max pour 24h), Ovule pour mycose vaginale, Crème antiinflammatoire, Dexeryl, Ventoline.



MATÉRIEL À PROPOSER AUX PERSONNES RENCONTRÉES EN FONCTION DES BESOINS :

Thermomètre axillaire, Compresses stériles, Dentifrice, Brosse à dents, Préservatif, Couverture de survie.

GÉNÉRAL :

- Courrier à en tête
- Poche jaune déchets médicaux DASRI
- Tampon encreur
- Solution hydroalcoolique
- Masque

TROUSSE DE DIAGNOSTIC RAPIDE :

- Bandelettes urinaires
- Test de grossesse
- Lecteur de glycémie + bandelettes glycémie + Lancette

TROUSSE DE CONSULTATION MÉDICALE ET PÉDIATRIQUE :

- Thermomètre
- Stéthoscope
- Oscope (x2)
- Abaisse langue
- Speculums auriculaires
- Marteau réflexe
- Tensiomètre
- Piles de rechange AA
- Saturomètre
- Centimètre
- Lampe frontale

TROUSSE PANSEMENTS ET URGENCE:

- Compresses stériles
- Set à pansement sec
- Bistouri
- Ote Agrafe
- Sparadrap
- Sérum physiologique en unidose
- Algosteril compresses 10x10
- Mepilex Border: 7,7x7,5 - 12,5²
- UrgoTull 10x12 cm
- Gants
- Biseptine
- Tubifast ligne bleue : 1boite
- Coalgan
- Tensoplast 6cm x 2,5
- Boite à aiguilles

ANNEXE 6 : 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
- ☑ **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
- ☑ **Instruction N° Dgos/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
- ☑ **Conclusions 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
- ☑ **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 (disponible en annexe 2)
- ☑ **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 disponibles en 9 langues**, CPEF Colliard, 2021, <http://www.fsef.net/etablissements/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-referance>

PLAIDOYER POUR DES CONDITIONS DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ EN SQUATS ET BIDONVILLES

- ☑ **Guide méthodologique : Comment mener un plaidoyer**, Direction Santé Plaidoyer, Médecins du Monde France, 2020
- ☑ **De l'installation à l'expulsion, quelles actions sur les lieux de vie précaires ?** Direction Santé Plaidoyer, Médecins du Monde France, 2021 2019
- ☑ **Défendre les droits des occupants de terrain**, Jurislogement, Editions La découverte GUIDES, 2014, https://www.editionsladecouverte.fr/defendre_les_droits_des_occupants_de_terrain-9782707183675
- ☑ **Expulsions de terrains et de squats sans titres mais pas sans droits**, Fondation abbé Pierre, GTSI, CNDH Romeurope, Avril 2018, <http://www.gisti.org/spip.php?article5904#som>
- ☑ **Sans droit ni titre, vraiment ? Auto-formation juridique sur le squat en France et ressources pour un vrai droit au logement pour toutes**, Le Collectif RISEUP, Décembre 2021, <https://rebellyon.info/Sans-droit-ni-titre-vraiment-nouvelle-23757>
- ☑ **Note : Mobiliser le foncier municipal vacant pour lutter contre le non et mal logement à Bordeaux à destination de la Mairie de Bordeaux**, Médecins du Monde Bordeaux, 2021
- ☑ **L'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins**, Médecins du Monde France, 2021, <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/reports-observatory>
- ☑ **Observatoire des expulsions de lieux de vie informels**, Rapport Annuel 2021, <https://www.observatoiredesexpulsions.org/fr/login#publications-wrapper>
- ☑ **Observatoire des droits à l'eau et à l'assainissement**, Etat des lieux en France, Coalition Eau 2021, <https://www.coalition-eau.org/actualite/publication-du-premier-observatoire-des-droits-a-l-eau-et-a-l-assainissement/>

