



Master 2 Mention Santé publique

**Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique**

Promotion : 2020-2021

**Bilan des actions d'un programme mobile intervenant en squats et
bidonvilles :
intérêts, enjeux et perspectives**

Alice PERRAIN

Sous la direction de Monsieur COMBES et Monsieur CAMPEON

le 24 novembre 2021

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur Combes qui m'a apporté un soutien et des conseils précieux au cours de mon stage. Il a su prendre en considération mes doutes et remises en questions en faisant preuve d'une grande écoute. Je souhaite également remercier Monsieur Campéon pour sa bienveillance et sa patience. Je suis profondément touchée par la qualité de l'accompagnement.

Je tiens également à remercier l'équipe du Programme squats et bidonvilles de Médecins du Monde. J'ai appris énormément à leurs côtés, professionnellement et humainement. Chaque membre de l'équipe, par ses qualités, ses ressources, m'ont appris sur l'écoute, le respect de la parole de chacun, la recherche commune de solutions, la prise en considération des difficultés des uns et des autres, sans jugement. J'espère pouvoir à mon tour mettre en œuvre ces façons d'être dans mes prochaines expériences professionnelles.

Je remercie également les habitants des squats et bidonvilles que j'ai pu rencontrer, souvent dans la bonne humeur et le rire. Leur courage force le respect.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	4
1. Perspectives de la Mission Squats et contexte de stage	4
2. Objectif de la recherche	5
2.1. Objectif général	5
2.2. Objectifs spécifiques	5
2.3. Hypothèses	5
3. Méthodes	6
3.1. Revue de la littérature	7
3.2. Les entretiens préliminaires	7
3.2. Les entretiens semi-directifs	8
3.3. L'observation participante	8
3.4. L'analyse des données	9
Partie 1 : L'émergence d'un problème de société et de santé publique : habiter en squats et bidonvilles	10
1. Les bidonvilles, squats et politiques publiques en France	10
1.1. Habiter en squats et bidonvilles au fil du temps	10
1.2. Les politiques publiques et squats et bidonvilles aujourd'hui	12
2. Accès aux soins des personnes en situation de grande précarité : un enjeu de santé publique	14
2.1. L'impact du mal logement sur la santé	14
2.2. De la précarité sociale à la vulnérabilité sanitaire	16
3. Un enjeu social majeur à Marseille	19
3.1. Marseille : une ville marquée par de fortes inégalités	19
3.2. Bidonville, squats et politiques publiques à Marseille	20
4. Le programme squats et bidonvilles Médecins du monde à Marseille	22

Partie 2 : Bilan du programme	24
1. L'accès aux droits, aux soins, à la prévention : une activité qui s'est fortement intensifiée durant les 3 dernières années permettant un renforcement de l'accès aux soins	25
1.1. Accroissement de l'activité : résultat d'une ouverture à de nouvelle population	25
1.2. La crise sanitaire : occasion de l'intensification et de la structuration des actions	31
1.3 Le lien fort entre bénévoles et salariés au sein de Médecins du Monde : quels impacts ?	35
1.3.1. L'équipe bénévole : socle d'un programme viable à Médecins du Monde	36
1.3.2. Un équilibre globalement difficile à trouver pouvant être expliqué par différents facteurs	38
1.3.2.1 Le rapport au travail des bénévoles et des salariés	38
1.3.2.2. Le rapport au temps	39
1.3.2.3. La professionnalisation des associations et du bénévolat	40
1.3.2.4. Les facteurs favorisant une coopération réussie	42
2. La médiation en santé : un levier d'action fondamental pour le programme	44
2.1. L'émergence de la reconnaissance de la médiation en santé : une reconnaissance par les politiques publiques récentes et fragiles	44
2.2. La médiation en santé au sein du programme : un outil reconnu et central du programme squat et bidonville	47
2.3. Un outil de promotion de la santé permettant de contribuer à la réduction des inégalités sociale de la santé	50
3. L'aller vers : une démarche alliée de la médiation	51
3.1. Définition et typologie des intervention de l'aller vers	51
3.2. L'intérêt à réaliser de l'aller vers	52
3.3. Une pratique à encadrer : aller vers pour aller où ?	55
4. L'enjeu autour de la participation des personnes en situation de précarité	58
4.1. L'émergence d'une législation promotrice de la participation	58
4.2. La santé communautaire au cœur d'une équipe mobile : une démarche importante pour le programme	60
4.3. Des pré requis identifiés pour renforcer la capacité à agir des personnes	63
Conclusion	66
Bibliographie	68
Liste des annexes	74
Résumé	82

Liste des sigles utilisés

ADA : Allocation pour Demandeurs d'Asile

AME : Aide Médicale d'Etat

ANRU : Agence Nationale de la Rénovation Urbaine

AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ASV : Atelier Santé Ville

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

DDETS : Direction Départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

CESE : Centre Économique Social et Environnemental

CNDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DIHAL : Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement

DPI : Dossier Patient Informatisé

FAP : Fondation Abbé Pierre

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MDM : Médecins du Monde

PADA : Plateforme d'accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PNMS : Programme National de Médiation en Santé

OFCE : Observatoire Français des Conjonctures Économiques

OFFI : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

ORS : Observatoire Régional de la santé

SPF : Santé Publique France

SPADA: Service de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile

Tables des figures

Figure 1 : *Niveau de réalisation des activités du programme squats et bidonvilles de 2018 à 2021.*

Figure 2 : *Schéma des partenaires du programme squats et bidonvilles.*

Figure 3 : *Évolution du nombre de personnes incluses dans la file active et dans les actions durant les 3 dernières années.*

Figure 4 : *Tableau indiquant les résultats attendus lors de la définition de la stratégie en 2018 et les résultats effectivement atteints lors du bilan en 2021.*

Introduction :

“Je m’en fous de ta santé, donne-moi à manger sinon c’est toi que je mange”. Ces mots prononcés par un habitant de bidonville montrent les difficultés auxquelles font face les personnes vivant en situation de précarité : satisfaire des besoins primaires et élémentaires tels que se nourrir, avoir accès à un logement digne, à un emploi, à l’éducation... Selon l’Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les inégalités sociales se creusent en France. Après une période de stabilité, le taux de pauvreté a augmenté et touche près de 15% de la population soit 9,3 millions de personnes en 2018 contre 8,9 millions en 2017.¹ Le rapport de la Fondation Abbé Pierre (FAP) sur le mal logement va en ce sens : plus de 4 millions de personnes sont concernées par le mal logement en 2019, en France².

Pour participer à l’amélioration du système, des associations et organisations agissent et militent. L’organisation non gouvernementale Médecins du Monde (MdM) créée en 1980 est un acteur important dans le champ de la santé et l’affirme de la manière suivante : *“ Nous voulons une société solidaire et inclusive où les obstacles à la santé auront été surmontés, où le droit à la santé sera effectif*. L’association porte plusieurs valeurs telles que la justice sociale : *“nous croyons en la justice sociale comme vecteur d’égalité devant la santé, du respect des droits fondamentaux et d’une solidarité collective”*. L’objectif est d’accompagner les personnes vers leur autonomie, *“avec nos partenaires, les communautés et leurs représentants, nous contribuons à ce que toutes les populations en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire soient en capacité d’agir dans leur environnement social, d’être acteurs de leur santé et de faire valoir leurs droits”*³.

Le projet associatif clame que Médecins du Monde se décline en 3 principes fondamentaux : soigner *“nous voulons apporter aux populations un accès réel à la santé, considérée au-delà du soin, dans toutes ses composantes physiques, mentales et sociales”*. Accompagner les communautés dans leur volonté de changement social : *“tout changement durable passe par le développement du pouvoir d’agir des populations sur leur santé”*. Et enfin témoigner et plaider *“au-delà de l’indignation et de la révolte, nous cherchons à révéler l’intolérable pour mieux le dénoncer”*.

Pour y parvenir, Médecins de Monde met en place des missions en fonction des besoins identifiés comme prioritaires sur des territoires où le droit commun est considéré comme défaillant. *“Notre mission c’est de visibiliser les invisibles”*⁴. Ces mots relatent le cœur d’action du programme squats et

¹ INSEE, France portrait social, Édition 2019

² Fondation Abbé Pierre, 24ème rapport sur le mal logement en France, 2019

³ Projet associatif, Médecins du Monde

⁴ Issu d’un entretien réalisé avec un bénévole du programme squat et bidonville

bidonvilles de Marseille qui nous intéresse. Son objectif global est de “développer le pouvoir d’agir des populations exilés vivant en squats et bidonvilles à agir pour leur santé, leurs droits et l’amélioration de leur environnement de vie”⁵. Pour cela l’équipe de la mission réalise, entre autres, des sorties basées sur la médiation et sur l’aller-vers dans les bidonvilles en favorisant la participation des personnes concernées.

Le programme squats et bidonvilles touche de nombreux domaines d’intervention et s’inscrit dans une démarche de promotion de la santé. En cela, il est tout à fait en accord avec l’évolution des politiques publiques dans le champ de la santé de ces dernières années. On assiste à un changement de paradigme dans le domaine de la santé. En effet, l’augmentation des coûts des soins, l’augmentation de maladies chroniques, le vieillissement de la population ont contribué à passer d’un modèle curatif vers un modèle plus préventif. Le concept de promotion de la santé est au cœur de cette nouvelle approche. Comme formulé dans la Charte d’Ottawa (OMS, 1986), il permet de doter les communautés et les individus des moyens de maîtriser et d’améliorer leur niveau de santé. Aussi, cela fait référence à une conception élargie de la santé, qui va au-delà de l’absence de maladie ou d’infirmité, mais évoque un état de bien-être physique, mental et social.

L’intérêt et l’objectif de la recherche est d’interroger les différentes orientations et actions du programme. Quel contexte d’intervention justifie la mise en place de ce programme à Marseille ? Quelles actions réalise le programme dans les squats et bidonvilles à Marseille ? Pourquoi spécifiquement ces actions ? Quels en sont les résultats souhaités pour les personnes vivant en squat et bidonville ? Quels sont les impacts de ces actions pour les personnes ?

Pour tenter d’éclairer ces questionnements, une enquête a été menée, sous forme de bilan du programme.

Une première partie fera état de l’émergence des bidonvilles comme un enjeu de santé publique (Partie 1). Pour mettre en lumière cette problématique des éléments du contextualisation seront explicités : l’évolution des politiques publiques pour répondre au développement des bidonvilles en France et à Marseille (1), les enjeux liés à l’accès aux droits, aux soins, à la prévention d’une population précarisée (2), particulièrement à Marseille (3). Enfin seront développées les actions et le cadre du programme squats et bidonvilles (4).

Dans un second temps il s’agira d’explorer les principaux axes d’actions et activités du programme sous forme de bilan (Partie 2) : les enjeux inhérents aux actions d’améliorations de l’accès aux soins, droits et préventions (1), la place importante de la médiation en santé au sein du programme (2),

⁵ Objectif global issu de la stratégie 2018-2020 du programme squats et bidonvilles Marseille

ainsi que le souhait de l'équipe de favoriser la participation des personnes vivant en squats et bidonvilles (3).

Méthodologie

1. Perspectives de la Mission Squats et contexte de stage

Les missions principales du stage consistaient à dresser un bilan des activités menées de 2019 à 2021 au sein du programme squats et bidonvilles de Marseille. Il s'agissait aussi d'effectuer une analyse du contexte et de son évolution depuis les 3 dernières années. L'objectif principal de ce bilan était de pouvoir tirer les leçons des 3 dernières années d'intervention du programme sur la problématique des bidonvilles et squats à Marseille en vue d'identifier des points de vigilances et des recommandations à prendre en compte dans l'élaboration de la prochaine stratégie.

Ainsi, après une lecture bibliographique approfondie, après un travail d'observation des intervenants sur le terrain, de participation aux réunions d'équipes et de bénévoles, il est apparu nécessaire de mettre en perspective ces pratiques en définissant des problématiques spécifiques autour desquelles se sont articulées ce travail de bilan.

Pour cela 3 questions ont été retenues :

- Quel est le niveau d'intégration et d'adéquation du programme squat et bidonville avec les autres programmes Médecins du Monde Marseille et la stratégie France ?
- Quelle est la place des bénévoles et comment a-t-elle évolué dans le programme ?
- Quelle est la place des personnes vivant en squat et bidonville dans le programme et comment a-t-elle évolué dans le programme ?

Pour y répondre, une enquête a été réalisée combinant des données qualitatives (entretien semi directif) et quantitative (données issues du dossier patient informatisé (DPI)). A partir de ces éléments, il a été possible d'identifier les principaux freins, leviers, forces et menaces du programme mis en œuvre et d'en tirer des recommandations à considérer dans la prochaine stratégie.

Ainsi mes missions de stage m'ont permis d'avoir une vision globale du programme. J'ai donc utilisé, en partie, les données récoltées lors de mes missions de stage pour alimenter la recherche en présence.

2. Objectif de la recherche

2.1. Objectif général

Apprécier et évaluer les différents principes d'action d'une équipe mobile composée de bénévoles et de salariés réalisant des interventions de médiation en santé dans des squats et bidonvilles afin de comprendre comment et pourquoi ces interventions ont été mises en œuvre et d'identifier leurs impacts sur les personnes vivant en squats et bidonvilles.

2.2. Objectifs spécifiques

- Analyser les différentes logiques d'action qui sous-tendent les pratiques des intervenants de la Mission
- Analyser les facteurs contribuant à renforcer l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes vivant en squat et bidonvilles
- Analyser les relations des bénévoles et salariés au sein d'une équipe mobile à travers les facteurs pouvant créer un déséquilibre
- Analyser l'impact de la médiation sur les personnes vivant en squats et bidonvilles
- Analyser la pratique de la participation et son intérêt pour favoriser l'autonomisation des personnes vivant en squat et bidonvilles
- Rendre compte de l'expérience de l'équipe mobile afin d'identifier les principaux freins et leviers rencontrés par les équipes lors de leurs sorties sur le terrain

2.3. Hypothèses

- Un programme de santé disposant de peu de ressources humaines et faisant face à des situations de grande précarité peut imploser si des priorisations ne sont pas effectuées dans les activités
- Dans une équipe composée de bénévoles et de salariés des tensions peuvent exister et sont explicables par différents facteurs
- La médiation en santé est outil particulièrement adapté pour les personnes vivant en squats et bidonvilles bien que son impact soit difficilement mesurable
- La pratique de "l'aller-vers" est primordiale pour toucher les personnes vivant en squats et bidonvilles
- La pratique de l'aller vers doit être encadré et délimité dans le temps pour être efficace
- Favoriser la participation des personnes permet de contribuer à leur émancipation

Se pose alors la question de savoir en quoi les orientations prises par le programme participent à l'amélioration des conditions de vie globale des personnes vivant en squat et bidonvilles, et pourquoi ces orientations en particulier ont été choisies par les membres du programme ?

3. Méthodes

Afin de répondre à la question de recherche, une enquête qualitative a été menée. Elle est fondée sur des entretiens, des observations de terrain et une participation active à la vie du programme. Une partie quantitative a également été menée bien que moins importante, notamment à travers l'extraction de données du DPI, un logiciel spécifique à Médecins du Monde permettant de répertorier et de suivre l'ensemble des personnes rencontrées par les équipes en France.

Au fur et à mesure de l'avancée de mes missions de stage, il m'a été difficile de me positionner sur un sujet en particulier. En effet, au fil de mon travail d'analyse, plusieurs questions de recherche sont apparues. Plus j'avais dans la connaissance approfondie du programme, plus je me rendais compte de l'envergure des thématiques qu'il abordait et j'ai rencontré, à un certain moment, des difficultés à clarifier mes idées.

Dans le cadre de mes missions de stage, j'avais prévu de réaliser des entretiens semi directif et des focus groupe avec l'ensemble des personnes concernées par le programme à savoir, les bénévoles, les salariés, les partenaires de terrain et de coalition et les personnes vivant en squats et bidonvilles. Cette phase fut précédée d'une revue de littérature, d'entretiens et d'une note de cadrage me permettant de définir le bilan en posant les questions évaluatives auxquelles j'apporterais des éléments de réponses. Cette phase m'a donc permis de mieux délimiter ma question de recherche. Cette question s'est d'abord orientée sur l'impact de l'équipe renfort, composée de salariés, sur les personnes vivant en squats et bidonvilles. En d'autres termes, en quoi l'équipe composée de salariés a permis au programme d'évoluer et de prendre de l'ampleur. Après réflexion ce sujet ne permettait pas de rendre compte de la réalité du programme et je manquais de recul et de données pour suffisamment l'analyser. J'ai donc basé ma recherche sur les missions de stage. Les données récoltées m'ont permis de mettre en avant certains axes du programme afin de comprendre pourquoi la mission a privilégié ces actions à d'autres et comment elles se sont mises en place.

3.1. Revue de la littérature

J'ai donc commencé par effectuer une revue de la littérature afin de mieux cerner l'ensemble des enjeux du programme.

Cette revue de littérature a porté sur la médiation en santé, la participation, la santé communautaire, la place et le rôle des bénévoles, le plaidoyer et particulièrement le sens du plaidoyer pour Médecins du Monde, la migration, la demande d'asile, l'habitat indigne, la vie en bidonvilles, les politiques publiques liées aux bidonvilles, les stratégies de résorption et d'occupation temporaire, l'histoire des populations roms... Cette revue de littérature a donc été très large afin de bien comprendre l'ensemble du programme. Il me semblait important de couvrir tous les tenants et aboutissants, tous les secteurs et thématiques couverts par le programme.

Bien que ce travail de recherche soit fondamental pour comprendre le programme, il ne me permit pas dans un premier temps de déterminer ma question de recherche. La diversité des actions du programme, les différents axes possibles, ont compliqué ma décision et ma question de recherche est restée imprécise pendant un long moment.

3.2. Les entretiens préliminaires

Dès les premiers jours de stage et simultanément à la revue de littérature, j'ai pu rencontrer différents acteurs proches du programme. C'est à dire les salariés du programme, certains bénévoles et les salariés du Centre d'accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) et de la permanence d'accès aux soins de santé de ville (PASS). J'ai également pu échanger avec la coordinatrice générale des programmes et le coordinateur régional de Marseille. Ces premiers entretiens m'ont permis de comprendre l'organisation globale du programme squats et bidonvilles.

Ces entretiens peu directifs m'ont familiarisé avec le milieu des squats et bidonvilles et les enjeux inhérents au programme. Les données récoltées ont alimenté ma note de cadrage pour les missions de stage et de préciser ma question de recherche. Au total, j'ai effectué 8 entretiens préliminaires qui n'ont pas fait l'objet de grille d'entretien ni de retranscription mais d'une prise de note transcrite dans un carnet de bord.

Après avoir réalisé la revue de littérature, les entretiens non directifs et la note de cadrage certains axes m'ont paru intéressants à analyser plus en profondeur. Ce sont les axes qui seront développés dans la recherche en présence. En effet, le bilan du programme réalisé dans le cadre de mes missions de stage est plus large et touche à davantage de domaines d'intervention.

Le bilan et la recherche en présence ont donc été réalisés en parallèle, certains sujets ont pu être approfondis et font l'objet de l'analyse en présence.

Après avoir sélectionné les thématiques que je souhaitais approfondir, j'ai entrepris de construire les grilles d'entretien générale et en introduisant des questions plus spécifiques pour la recherche en présence (Annexe 2).

3.2. Les entretiens semi-directifs

A partir de mes lectures et de mes entretiens, j'ai pu débiter les entretiens semi-directifs. L'entretien permet de comprendre le sens que l'individu donne à sa pratique : il permet de démêler ses raisons d'agir. La forme semi-directive m'a semblé la plus adaptée, dans la mesure où le guide d'entretien permet de construire un dialogue axé sur les thématiques que nous souhaitons aborder, tout en laissant à l'enquêté une liberté de parole qui favorise l'expression et le dialogue (Fenneteau, 2015). Pour effectuer ces entretiens, j'ai identifié les personnes importantes à interroger. Cette phase a été réalisée lors de la rédaction de la note de cadrage en lien avec la coordinatrice du programme. Il n'a pas été difficile de prendre contact avec les interviewés et les réponses ont été rapides dans l'ensemble.

Au total 23 entretiens ont été réalisés avec différents membres du programme : les bénévoles, les salariés, les coordinateurs (Marseille et Régionale), les Responsables de Missions, des partenaires de terrain, des partenaires plaidoyers, la Direction des Opérations France de Médecins du Monde, les habitants des squats et bidonvilles, des anciens bénévoles du programme, les médiateurs pairs du programme et médiateur en santé.

Pour élaborer mon guide d'entretien, je me suis appuyée sur les principaux questionnements suscités par mes recherches bibliographiques, mes entretiens exploratoires et sur mes premières observations au sein de la Mission Squats. J'ai établi un guide d'entretien spécifique pour chaque personne interrogée en fonction des axes que je souhaitais approfondir selon leur rôle au sein du programme. Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées et ont duré entre 30 et 90 minutes. Ils se sont déroulés dans les bureaux de Médecins du Monde, à l'extérieur et dans les squats et bidonvilles selon les possibilités de chacun. Mes questions étaient ouvertes afin de donner la parole à la personne interviewée et de favoriser la discussion.

3.3. L'observation participante

Afin de compléter et mettre en perspective les données issues des entretiens, j'ai effectué des observations participantes. L'observation est en effet *“une méthode essentielle pour donner accès à*

ce qui se cache, retracer l'enchaînement des actions et des interactions, ou encore saisir ce qui ne se dit pas ou ce qui va sans dire" (Chauvin et Jounin, 2012). Ces moments d'observation en réunion d'équipes, lors des sorties sur le terrain, en réunion avec les partenaires, pour formaliser un projet ont été de véritables sources d'informations. J'ai également pu participer au séminaire organisé par l'équipe squats et bidonvilles de la mission de Bordeaux qui a également été une mine d'informations et de mise en perspective sur le fonctionnement d'un autre programme.

L'observation prend également en compte les phénomènes qui ne sont pas conscients, où le message verbal n'est pas le seul élément étudié, mais aussi l'environnement, les attitudes, les comportements et les interactions entre les personnes présentes (Kivits et al. 2016). Comme l'explique William Foote Whyte : *"rien qu'en étant assis et en écoutant, j'ai eu les réponses à des questions que je n'aurais même pas imaginé poser si j'avais cherché à m'informer uniquement sur la base d'entretiens"* (Whyte 2002). Certaines de mes observations à caractère informel m'ont permis de comprendre les logiques d'action du milieu dans lequel s'est déroulée mon enquête, notamment les échanges avec les personnes vivant en squats et bidonvilles.

En effet, lors des échanges ou des réunions j'ai pu me rendre compte de "l'intensité" des actions menées par l'équipe, tant par les situations rencontrées que par les difficultés à prioriser et à essayer de vaincre le sentiment d'impuissance qui peut émerger face à la précarité.

3.4. L'analyse des données

Pour analyser les données j'ai dans un premier temps réalisé un compte rendu après chaque entretien. J'ai ensuite écouté les entretiens. Puis j'ai retranscrit les verbatims après avoir construit une grille d'analyse spécifique à chaque personnes interrogées et aux axes d'actions définis. Quinze entretiens ont été retranscrits intégralement.

Après avoir analysé les entretiens, j'ai complété ma recherche bibliographique en fonction des questionnements retenus. J'ai ensuite croisé les données entre les données récoltées et les hypothèses émises. Cela m'a permis de mettre en perspective ce que j'avais lu dans la littérature avec mes constats, j'ai ainsi pu compléter avec d'autres lectures.

Partie 1 : L'émergence d'un problème de société et de santé publique : habiter en squats et bidonvilles

Afin de contextualiser la recherche et de comprendre le contexte d'intervention du programme, sera analysée l'évolution des politiques publiques depuis l'émergence des bidonvilles jusqu'à aujourd'hui (1). Sera ensuite développée l'importance de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité comme un enjeu de santé publique (2), puis le contexte particulier de la ville de Marseille en proie à d'importantes inégalités (3).

1. Les bidonvilles, squats et politiques publiques en France

Il sera abordé l'évolution des politiques publiques d'hier (1.1) à aujourd'hui (1.2).

1.1. Habiter en squats et bidonvilles au fil du temps

L'observatoire des expulsions de lieux de vie informels renvoie le terme de bidonville à *“une réalité de mal-logement historique et juridique”* et précise que les bidonvilles en France recourent diverses situations concernant tant le public que le type d'habitat. Ils ont cependant en commun plusieurs éléments : un statut d'occupation fragile, voir 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 (Observatoire des expulsions des lieux informels, 2019). La surpopulation y est fréquente mais ne caractérise pas tous les bidonvilles en France. Leur environnement, urbain ou non, est souvent un non-lieu, sans reconnaissance institutionnelle. Le squat est défini comme un *“logement ou un immeuble initialement inoccupé et habité par des occupants sans titre. Le terme suggère une certaine forme d'organisation collective. Même si les squats constituent des réalités extrêmement mouvantes, leurs occupants s'organisent souvent dans la durée”*⁶.

L'après seconde Guerre mondiale marque l'émergence des bidonvilles en France. Face à une importante crise du logement suite aux destructions dues à la guerre, les français éprouvent des difficultés à se loger. Dans ce contexte, *“les nouveaux venus se retrouvent les derniers servis”*, ainsi les premiers bidonvilles de Nanterre apparaissent au début des années 50 (Cohen, 2011). Les années

⁶ Pauvres à Marseille, un besoin urgent de fraternité, Centre chrétien de réflexion (Secrétariat social de Marseille), 2018

60 voient donc se développer des bidonvilles abritant des centaines de milliers de personnes constituant parfois de véritables villes.

La problématique des bidonvilles est inscrite à l'agenda politique à la fin des années 1960, dans le sillage de mai 1968. En effet, la mort par asphyxie de cinq travailleurs maliens dans un taudis d'Aubervilliers combiné à la mobilisation d'associations de soutien aux travailleurs étrangers et des partis d'extrême gauche marque un tournant. La question du logement des exilés devient un problème national (Cohen, 2011). Ainsi, le 10 juillet 1970, la loi Vivien tendant "*à faciliter la suppression de l'habitat insalubre*" est votée (Légifrance, 1970). Sous l'impulsion de cette loi les plus grands bidonvilles dont ceux de Nanterre disparaissent par le relogement des habitants dans des cités de transit (Cohen, 2011). Cependant ces cités de transit ne sont pas de réelles solutions de relogement comme l'explique un tract de l'ASTI diffusé à Nanterre fin 1972 dénonçant cette opération comme un coup médiatique : "*La politique de résorption a fait disparaître les bidonvilles trop voyants ou trop gênants en face de la préfecture ou des facultés. En disant qu'à Nanterre il n'y a plus de bidonvilles, le gouvernement prétend convaincre l'opinion que le problème du logement des immigrés est résolu. Or, d'une part, des centaines de personnes continuent à pourrir dans des îlots peu visibles ; d'autre part, on ne reloge pas les familles, on les déplace, sans tenir compte de leur avis, en exerçant des pressions policières ou des menaces d'expulsion sur ceux qui refusent d'être traités comme des bêtes, en les parquant dans des cités de transit, véritables ghettos souvent loin des centres, des écoles, et gérées par des gardiens qui ont appris à contrôler l'indigène en Indochine ou en Algérie.*" En effet, les cités de transit qui devaient à l'origine avoir un caractère provisoire tendent à se pérenniser comme le démontre la lettre adressée par un ancien habitant de la Folie : "*Lorsque vous nous avez relogés, ma famille et moi, à la cité de Gennevilliers, vous nous avez assuré que c'était seulement à titre provisoire, l'affaire de deux mois environ, et que nous serions ensuite relogés normalement. Or nous sommes là depuis le 13 juillet 1971, ce qui va faire bientôt 9 mois et nous ne vous avons plus revu.*"

Les années 90 marquent le début de la résurgence des bidonvilles. De nombreux exilés en provenance d'Europe Orientale et des Balkans trouvent refuge dans des habitats de fortune tels que des cabanes et caravanes à défaut de logement faisant réapparaître le phénomène des bidonvilles que l'on croyait disparu. La question des bidonvilles ne se pose plus dans les mêmes termes que dans les années 60. La France connaît un contexte de "*vulnérabilité de masse*" (Castel, 1995). La précarisation de l'emploi, l'essor du chômage, le délitement de la protection sociale et l'augmentation des prix du logement excluent des portions de plus en plus importantes du logement standard (Lion, 2013).

Lors de cette réémergence, le terme bidonville n'est pas retenu au profit du terme campement illicite. Ce terme met en avant la violation du droit de propriété et le caractère illégal de l'occupation plutôt que les questions sociales sous-jacentes d'accueil ou de non-accueil des exilés, de pauvreté, de mal-logement... etc. En d'autres termes l'emploi des termes bidonvilles et squats dans les documents administratifs sont corrélés à la misère et à la pauvreté et a un impact sur le traitement par les politiques publiques. La réponse des pouvoirs publics à cette résurgence se résumera pendant plusieurs années à une politique d'évacuation alors que le terme "bidonville" fait transparaître la prise en compte des conditions de vie et des situations sociales des personnes y habitant, laissant imaginer une politique de résorption centrée sur l'insertion des personnes (Bourgeois, 2019). On remarque que la question du bidonville n'est pas soulevée par l'angle de l'habitat mais soit par l'aspect légal ou illégal ou par une approche ethnique, notamment on note souvent un amalgame avec la population Roms. La définition des termes au sein des politiques publiques est loin d'être anodine, puisqu'elle oriente les solutions qui seront proposées.

1.2. Les politiques publiques et squats et bidonvilles aujourd'hui

L'instruction gouvernementale de janvier 2018 marque un changement et fut le premier texte à employer le terme de bidonville depuis les années 1970 : le terme "bidonville" fait alors davantage référence à la grande précarité et à une approche plus sociale du problème. Cette instruction gouvernementale se situe dans la lignée de textes de même nature juridique produits depuis 2010. Ces circulaires sont structurées autour de deux axes identiques : le démantèlement des sites et l'éloignement des personnes en situation irrégulière (Bourgeois, 2019).

En 2012, le gouvernement de François Hollande produit une nouvelle circulaire qui vise à "*anticiper et accompagner des actions et opérations d'évacuations de campements illicites*". Malgré le maintien de la notion de "campement illicite", ce texte marque un premier glissement dans la conception du problème public en insistant sur "*les situations humaines souvent très difficiles*" et la nécessaire mise en place d'un accompagnement social à différents niveaux tels que la scolarisation, la santé, l'hébergement, l'insertion professionnelle (Bourgeois, 2019). Mais cette circulaire, de par son caractère non contraignant, est peu ou pas appliquée et les actions publiques menées manquent d'une approche globale favorisant l'inclusion sociale des personnes.

L'instruction gouvernementale du 25 janvier 2018 a donc souhaité définir "*un cadre d'action renouvelé afin de donner une nouvelle impulsion à la politique de résorption des campements illicites et bidonvilles, une politique à la fois humaine et exigeante quant au respect du droit et de la loi mais aussi une politique efficace, avec un objectif de réduction durable du nombre de bidonvilles dans les 5 ans à venir.*" (Légifrance 2018). Dans cet élan, en 2019, une enveloppe supplémentaire a été

accordée par le gouvernement passant de 4 millions à 8 millions pour l'ensemble des bidonvilles en France.

Le suivi de la mise en oeuvre de cette instruction est confié à la Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement (DIHAL) qui rend compte au 1er juillet 2019, en France Métropolitaine, de 17 619 personnes recensées sur 359 sites de plus de 10 personnes habitant dans des squats et bidonvilles.

Les données précisent bien qu'il s'agit de campements illicites, bidonvilles et grands squats, indépendamment de l'origine ethnique de leurs habitants. Pourtant, il convient de préciser que ce recensement ne tient pas compte de tous les bidonvilles, notamment ceux des migrants hors Union Européenne. En effet, la mention *"la France compte près de 570 bidonvilles où vivent 16 000 personnes, pour une grande partie d'entre elles ressortissantes roumaines et bulgares"* exclut les exilés extracommunautaires vivant en bidonvilles (Bourgeois, 2019). Cela invisibilise l'existence de lieux comme la "jungle" à Calais. On constate donc que l'état des lieux des bidonvilles réalisé par la DIHAL n'est pas exhaustif. Ce recensement ne tient pas non plus compte des bidonvilles situés dans les départements d'outre-mer, notamment à Mayotte. On remarque donc que le statut administratif et la nationalité des personnes ont un impact sur leur traitement par les politiques publiques. D'un côté les exilés communautaires, pouvant entrer comme bénéficiaires des politiques publiques, et d'un autre les exilés extra-communautaires exclus de cette politique.

Aujourd'hui l'impact de ces instructions sur les situations des personnes restent difficiles à évaluer. En 2016, 10 119 personnes ont été expulsées de leurs lieux de vie, ce qui représente une diminution de 9% par rapport à 2015 relate l'observatoire des conditions de vie. Les chiffres actuels indiquent *"qu'entre le 1er novembre 2019 et le 31 octobre 2020, 1 079 expulsions ont été recensées, ce qui représente en moyenne 388 personnes expulsées par jour, certaines personnes pouvant être expulsées plusieurs fois"* (Observatoire des expulsions, 2019). Pour 85% des personnes concernées, ces expulsions ont lieu sans solutions satisfaisantes de relogement souligne l'observatoire des expulsions. Ces expulsions sèches, les conditions de vie dans lesquelles vivent les personnes ainsi que les barrières auxquelles elles doivent faire face pour accéder aux soins et aux droits ont un impact sur leur santé globale. En effet, comme l'explique un rapport de l'association Trajectoires *"ces formes d'habitats particulièrement indignes et souvent dangereuses, installées sans droit ni titre sur des espaces publics ou privés, soulèvent des questions liées à l'ordre public, à la sécurité des personnes et à l'accès aux droits fondamentaux."* (Association Trajectoire, 2019).

2. Accès aux soins des personnes en situation de grande précarité : un enjeu de santé publique

L'état de santé des personnes vivant en squats et bidonvilles est impacté par deux facteurs principaux : les conditions de vie liées au mal logement (2.1) et les difficultés d'accès aux soins et aux droits (2.2).

2.1. L'impact du mal logement sur la santé

La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme « *l'état de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». C'est la première fois qu'est envisagée la santé autrement que par le simple prisme du soin ou de la santé physique. Cette définition intègre donc l'idée du bien-être mental et social. Pour autant elle reste statique en ce qu'elle n'envisage pas les autres déterminants sociaux de l'état de santé : le logement, le travail, les relations sociales, l'environnement... Il faudra attendre l'émergence de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'OMS en 1986 pour préciser que *“la santé est 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”*. Et ajoute que *“la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable [...]”*. Le logement apparaît alors comme un déterminant majeur de l'état de santé des personnes.

Un rapport de la Fondation Abbé Pierre mettant en lumière les impacts du mal logement sur la santé des personnes questionne : *“quand on est malade, on reste à la maison, mais que faire quand c'est le logement qui rend malade ?”*. En effet, les difficultés de logement sont considérées comme un facteur qui vient accroître le risque de développer une maladie ou d'aggraver des symptômes déjà existants. Le conseil Économique Social et Environnemental (CESE) le rappelle : *“la qualité de l'habitat a un impact avéré sur la qualité de vie et le bien-être de la population concernée, le contenant (bâtiments...) et le contenu (personne, famille, groupes humains...) sont indissociables.”* Pour preuve, selon le collectif des morts de la rue, les personnes vivant à la rue ont une espérance de vie de 49 ans contre 77 ans au sein de la population générale⁷. Si l'absence de logement est dangereuse pour la santé, *“vivre dans un logement dégradé peut l'être aussi”* rappelle la fondation abbé pierre (Fondation Abbé Pierre, 2016).

⁷ Etudes sur la mortalité des dans mor dans la rue, collectif des morts de la rue, 2019

Les logements insalubres, humides ou très dégradés, ont des conséquences sur le plan sanitaire tel que le saturnisme, l'asthme, les bronchites, les chroniques, les allergies... En effet, *“des conditions de vie dégradées dans un logement causent divers problèmes d'hygiène entraînant des pathologies dermatologiques et digestives potentiellement graves intestinales, diarrhées”* (Médecins du Monde, 2011). De plus, cela favorise la propagation d'épidémies telles que la tuberculose, coqueluche, rougeole (Médecins du Monde, 2011) auxquelles les enfants de bidonvilles sont particulièrement exposés en raison d'une couverture vaccinale très faible. De plus, le caractère très humide d'un logement peut avoir un impact sur la santé, notamment celle des enfants. L'OMS reconnaît en effet un lien entre la pollution intérieure d'un logement et l'apparition accrue d'asthme, d'infections respiratoires ou de désagréments tels que les maux de tête, la fièvre, les diarrhées (OMS, 2007). Le mal logement peut également avoir des conséquences sur un plan psychique et social. Cela peut être une source de repli sur soi et de délitement du lien social par un sentiment de honte ressenti aussi bien par des adultes que par des enfants, indique le rapport de la FAP (Fondation Abbé Pierre, 2021).

Les squats et les bidonvilles sont donc des endroits particulièrement propices au développement de maladies. Leurs localisations, bien souvent sur des friches industrielles ou des interstices urbains sont dépourvus d'équipement nécessaires à satisfaire les besoins primaires de tout être humain (Daubeuf, 2019). En 2015, la DIHAL estimait qu'environ la moitié des bidonvilles ne disposait d'aucune forme de traitement des déchets, deux tiers ne disposaient pas d'accès à l'eau et trois quarts fonctionnaient sans électricité. De plus, les besoins primaires non satisfaits couvrent d'autres problèmes tels que la présence importante de matériaux nocifs comme le plomb ou l'amiante. L'environnement immédiat dangereux comme les voies rapides mais aussi la pollution de sols, l'absence d'accès à des douches, le manque d'intimité... sont autant de facteurs impactant sur la santé des personnes (Médecins Sans Frontières, 2020).

Une autre difficulté inhérente aux squats et bidonvilles, comme évoquée précédemment, sont les risques d'expulsions. D'après une autre étude menée par l'association Trajectoires, il ressort que : *“le facteur psychologique des personnes est déterminant dans l'accompagnement social. Face aux expulsions répétées de leurs lieux de vie, face aux obstacles administratifs, les personnes s'épuisent et se renferment, adhèrent de moins en moins aux discours des accompagnants sociaux et se recentrent sur leurs besoins primaires. La survie au quotidien devient l'objectif et il est difficile de se projeter à moyen terme”*(Association Trajectoires 2017). Les expulsions ne sont pas systématiquement suivies de propositions de relogement et sont lourdes de conséquences sur la santé globale notamment sur la santé mentale des personnes. Cela provoque des ruptures de parcours suivis de soins, notamment cela rompt les liens tissés avec les structures de soin de proximité. Les expulsions aggravent les conditions de vie et la précarité des personnes et peuvent causer des pertes de repères et des

traumatismes psychologiques. En effet, les conséquences de l'expulsion sont synonymes de retour à la rue, à l'errance, à la reformation d'un autre bidonville (Médecins du Monde, 2018). Cette politique a d'ailleurs été dénoncée par la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme (CNDH) qui a publié un avis adopté à l'unanimité sur le respect des droits fondamentaux des populations vivant en bidonvilles sous-titré "*Mettre fin à la violation des droits*". Ce document de 25 pages constitue une charge sévère contre la non application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites, qui "*avait suscité un regain d'espoir*" indique le rapport⁸. Il précise qu'il est nécessaire de constater, deux ans après, que "*l'on est encore très loin du 'traitement égal et digne de toute personne en situation de détresse sociale' appelé dans son préambule*".

De plus, dans un contexte d'errance la santé n'est pas souvent pas la priorité pour les personnes vivant en squats et bidonvilles. En effet, les expulsions à répétition engendrent une dé-priorisation des problèmes de santé et la création d'un milieu peu opportun à l'adoption de comportements favorables à la santé, ce qui entraîne un retard dans le recours aux soins et le développement de pathologies chroniques (ORS, 2012).

A cela s'ajoutent des difficultés dans l'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en squats et bidonvilles

2.2. De la précarité sociale à la vulnérabilité sanitaire

Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur les inégalités sociales de santé en 2009 explique que "*les personnes en situation de précarité cumulent les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les populations les plus pauvres et les plus "exclues", par exemple les personnes sans chez soi ou encore les immigrés en situation irrégulière*". C'est pourquoi il précise que "*accéder au système de soins, surtout pour les plus précaires, est un moyen de réduire les inégalités sociales en la matière. Favoriser cet accès aux soins est donc une forme de lutte contre l'exclusion*"⁹.

Pourtant, les personnes vivant en bidonvilles rencontrent de nombreuses barrières à l'accès aux soins et aux droits. Pour illustration, l'instruction du 10 juin 2016 précise que les personnes vivant en squats et bidonvilles doivent être domiciliées sur la commune avec laquelle ils ont un lien. Son accès constitue la porte d'entrée vers tous les autres droits dont l'accès à une couverture maladie.

⁸ INSEE, France portrait social, Édition 2019 Avis sur le respect des droits fondamentaux des personnes vivant en bidonvilles, CNDH, 2015

⁹ Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, HCSP, 2019

Pourtant, depuis plusieurs années face à une demande croissante de domiciliation, le nombre de lieux où il est possible d'effectuer une domiciliation se réduit. En effet, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) sont donc devenus les principaux lieux de dépôt de demande et les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont de près de 2 mois. Ce sont des périodes d'attente pour les personnes qui ne peuvent envisager aucune démarche leur permettant d'accéder à une couverture maladie. De plus, l'étude réalisée par l'association Trajectoires en 2017 montre que seulement 73% des ménages vivant en bidonvilles possèdent une domiciliation (Trajectoires, 2017). A cela s'ajoute la complexité du système socio-sanitaire français, présentant plusieurs limites et ayant pour conséquence le renoncement ou le retard de recours aux soins, notamment chez les personnes précarisées (ORS d'Ile-de-France 2012). En effet, l'aide médicale d'Etat (AME) qui permet de prendre en charge le financement des soins de toute personne en situation irrégulière sur le sol français connaît un non recours important. Bien que selon info migrants le nombre de bénéficiaires de l'AME n'a cessé d'augmenter depuis sa création. Ainsi, en 2010, on compte environ 260 000 bénéficiaires et 335 000 bénéficiaires en 2019. Des personnes déclarant souffrir de pathologies comme le diabète ou les maladies infectieuses ne bénéficient pas de l'AME ou de l'assurance maladie de droit commun. Pour preuve, une enquête réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) montre qu'en 2019, 49 % des personnes éligibles à l'AME ne la perçoivent pas. Il en va de même pour les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire (CSS) : 34 % à 45 % ne la perçoivent pas. De plus, selon l'observatoire de l'accès aux soins et aux droits de Médecins du Monde, en 2019 près de la moitié des personnes reçues en consultation médicale généraliste présentaient un retard de recours aux soins et 60 % nécessitent des soins urgents ou assez urgents (Médecins du Monde, 2019).

Les raisons de renoncement aux soins sont variées : peur, non connaissance du système de santé, barrière de la langue... Une étude en date de mars 2021 montre une corrélation forte entre expériences de discrimination par le système de santé français et le renoncement aux soins : les personnes qui déclarent une expérience de discrimination ont une probabilité de 14% supérieure de renoncer aux soins¹⁰. Depuis le 1er janvier 2021, le gouvernement a mis en place une réforme de l'AME, désormais un délai de 9 mois est nécessaire entre le dépôt de la demande d'AME et restreint l'accès à certaines opérations ou soins de ville considéré comme secondaire. Ces barrières dans l'accès aux soins des personnes exilées creusent les inégalités sociales en soins et contribuent à la dégradation de l'état de leur état de santé.

¹⁰ Discrimination et renoncement aux soins dans le système de santé Français, Institut convergences migrations, 2021

Il existe peu d'études scientifiques récentes pour évaluer l'état de santé des personnes vivant en squats et bidonvilles et pour mesurer l'impact des barrières d'accès aux droits et aux soins. Cependant le rapport *"situation sanitaire et sociale des Roms migrants"* (ORS, 2012) en Île de France apporte des éléments. D'une façon générale, dans l'Union Européenne, les Roms migrants ont un état de santé nettement moins bon que le reste de la population des pays où ils vivent. Ils ont davantage de maladies chroniques et infectieuses. Leur santé buccodentaire est souvent dégradée. On constate chez les nouveau-nés davantage de prématurés, de complications prénatales, de faibles poids de naissance, et de retards staturo pondéraux que dans le reste de la population.

La question des problématiques liées à la santé mentale des personnes exilées est également préoccupante. Leur santé mentale se trouve fragilisée comme en témoigne l'étude précédemment citée, qui décrit les conséquences d'une mobilité permanente subie (ORS, 2012). Une étude sur la santé mentale des exilés réalisés par Santé Publique France (SPF) en 2017 montre que la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6% au sein de cette population, plus importante chez les femmes à hauteur de 23,5% et 13,8% pour les hommes. Aussi, les troubles dépressifs s'élèvent à 22% et sont plus fréquents chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile comparativement à la moyenne nationale qui est de 7,5% (Veisse, 2017). Bien qu'il n'existe pas de pathologie psychiatrique spécifique de la migration, il n'en reste pas moins que certaines pathologies sont très fréquentes comme le trouble de stress post traumatique et la dépression, et que les personnes affectées ont beaucoup de difficultés à trouver des soins adaptés explique l'association le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) dans son rapport annuel (RA, 2019).

Les personnes en situation de précarité sont donc confrontées de façon plus accrue à des problèmes de santé. Ces personnes ont en permanence de nombreux choix à faire, essayant au mieux de parer aux urgences quotidiennes (se loger, se nourrir, se vêtir, assurer les besoins de base pour elles-mêmes et leurs familles...). La santé se situe dans un espace secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux : la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, qui aggrave l'état sanitaire (Duflo, 2010). Il faut donc leur *"faciliter la tâche en rendant la prise de décision plus facile, par exemple en rendant le recours au système de santé plus simple"* (Duflo, 2010). En effet, comme l'explique un rapport de l'OMS *"la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté"*¹¹. L'ensemble de ces facteurs de détérioration de l'état de santé des personnes sont également présents à Marseille.

¹¹ OMS, 2001, Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé

3. Un enjeu social majeur à Marseille

“La tour la Marseillaise est érigée, signée Jean Novel [...]. Comme personne ne veut payer les chers loyers pour s’y installer, on y a mis les services de la ville et de la métropole de l’argent public donné à du privé pour que ce même public occupe les lieux vides, avec un bon loyer versé au même privé [...] une ville intelligente. Dix jours avant l’effondrement, Gaudin donnait dans le lyrisme lors de l’inauguration de la tour [...] “c’est un hymne à la renaissance de Marseille, un hymne à la lumière [...]” De là-haut on peut voir les toits de Noailles ; 48 % du quartier est dégradé, Marseille compte 9000 immeubles insalubres, 10% de l’habitat [de France] insalubre se trouve à Marseille”. Cet extrait du livre “La chute du Monstre” de Philippe Pujol (Pujol, 2019) montre les particularités politiques qui ont dominé Marseille pendant de nombreuses années, participant à l’émergence d’inégalités sociales (3.1) favorisant l’émergence de squats et de bidonvilles (3.2).

3.1. Marseille : une ville marquée par de fortes inégalités

Marseille est une ville de contraste. Elle est multiculturelle, multiethnique, elle est aussi "multi-sociale". Comme l’explique l’économiste Philippe Langevin sur ce territoire deux fois et demie plus grand que Paris, les inégalités sont grandes. Moins de 5 kilomètres à peine séparent le quartier Périer, un des plus riches de la ville et celui de la Belle de Mai, considéré comme le plus pauvre de France où la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté.¹² Sur une population totale de 860 000 marseillais, 200 000 sont considérés comme pauvres. Une enquête réalisée par l’association Action contre la Faim dans le Grand centre et le nord de Marseille en décembre 2020 révèle que sur la part des ménages interrogés, 69% des ménages “ont pu ne rien avoir à manger à la maison par manque de ressources financières dans le mois” et 8% des ménages interrogés se sont retrouvés en situation de faim sévère¹³. Marseille est donc marqué par de fortes inégalités avec une concentration de la pauvreté dans certains quartiers. Pour exemple, le diagnostic pré opérationnel de MSF en date de 2020 indique que le taux de ménages sous le seuil de pauvreté est de 40 % dans les quartiers prioritaires de Marseille¹⁴.

A cela s’ajoute une couverture médicale inégale. Bien qu’une dynamique récente de regroupement médical autour des Maisons régionales de santé et des Maisons de santé pluridisciplinaires soit

¹²Pauvres à Marseille, un besoin urgent de fraternité, Centre chrétien de réflexion (Secrétariat social de Marseille), 2018.

¹³Enquête exploratoire multisectorielle, grand centre nord Marseille, Action contre la faim, 2021.

¹⁴Projet d’accès aux soins et de médiation en santé à destination des populations précaires de Marseille, Médecins sans Frontière, 2020

lancée, la couverture médicale apparaît très inégale selon les quartiers. Par exemple, on compte 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans les 13e, 14e, 15e et 16e arrondissements, contre 128 pour 100 000 en moyenne pour la ville de Marseille.¹⁵

Bien qu'ils soient difficiles de dresser un bilan exhaustif de l'état sanitaire des personnes en situation de précarité à Marseille, on peut noter de fortes disparités des états de santé des personnes selon leur lieu d'habitation. Pour exemple le rapport *"Pauvre à Marseille: un besoin urgent de fraternité"* indique un taux de mortalité prématurée 15 fois plus élevée que la moyenne nationale dans le 16° et dans le 15° arrondissement de Marseille, considérés comme quartiers prioritaires.

Comme expliqué précédemment, les situations de précarité ont tendance à favoriser le développement de certaines pathologies, avec notamment la surreprésentation de phénomènes de surpoids, d'obésité, d'affection dentaire ou de souffrance psychique. En effet, on note pour les quatre arrondissements des quartiers nord de Marseille, des valeurs significatives de surmortalité pour les pathologies les plus représentées tel que les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies endocriniennes principalement le diabète (MSF, 2020).

A cela s'ajoutent des difficultés en termes de conditions de vie. On note l'existence d'un important parc de logements dégradés à Marseille qui s'accompagne dans les cas les plus graves d'impacts potentiels sur la santé (gale, teigne, allergies, asthmes, saturnisme, etc.). De plus, ce mauvais état du parc s'accompagne souvent d'un phénomène de sur-occupation des logements. A cela viennent s'ajouter les nuisances, en particulier en termes de qualité de l'air, liées à la situation géographique de bon nombre de quartiers précaires situés pour une large part d'entre eux dans la partie nord de la ville. L'intensification du trafic de stupéfiants ces dernières années, également source de violence, est également une conséquence directe des difficultés économiques et sociales dans la mesure où l'inscription dans ces réseaux parallèles apparaît souvent comme une solution alternative et facile de revenus (MSF, 2020).

3.2. Bidonville, squats et politiques publiques à Marseille

A Marseille, en 2020, l'observatoire des conditions de vie¹⁶ compte environ 1500 personnes vivant en squats et bidonvilles répartis sur une cinquantaine de lieux.

La politique de résorption des bidonvilles est pilotée par le pôle de résorption des bidonvilles de la

¹⁵ *Pauvres à Marseille : un besoin urgent de fraternité*, Centre chrétien de réflexion (Secrétariat social de Marseille), 2018.

¹⁶ L'observatoire des conditions de vie est composé de plusieurs associations Marseillaise dont MdM, Architectes sans frontières, Just, Rencontres Tsiganes...

préfecture des Bouches du Rhône qui se conforme à la doctrine DIHAL, à savoir une prise en compte quasi exclusive des sites habités par les citoyens européens excluant donc les squats, essentiellement en copropriétés dégradées ou dans des grands ensembles de logements sociaux dans les projets Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) habités par des citoyens non européens. Le fait de catégoriser a pour principales conséquences d'invisibiliser un certain nombre de personnes : les Albanais, les Serbes, les Croates ou encore les populations en situation de migration, souvent en parcours de demande d'asile qui ne sont pas ressortissants de l'Union Européenne.

Pourtant, si une partie des squats et bidonvilles recensés à Marseille accueille principalement la communauté rom ou identifiée comme telle, de nombreux squats accueillent également des populations d'origine diverse et souvent néo-arrivantes. On rencontre notamment de nombreux ressortissants d'Afrique de l'Ouest, pouvant être mineurs.

Durant ces trois dernières années à Marseille des événements ont impacté les politiques publiques concernant les squats et bidonvilles. En 2019, on note un ralentissement de l'engagement politique impulsé par l'instruction de 2018. Les effondrements d'immeubles de la rue d'Aubagne, causant la mort de 8 personnes le 5 novembre 2018 ont mis à jour un état de dégradation avancée des logements à Marseille. Cet événement a déclenché près de 3000 évacuations d'urgences et a eu pour effet une mobilisation citoyenne exceptionnelle aboutissant à une reconnaissance des problématiques de mal-logement à Marseille. En effet, en novembre 2019, soit un an après l'effondrement, le Haut Comité pour le Logement des personnes défavorisées a publié un rapport intitulé *"Marseille : de la crise du logement à une crise humanitaire"*. Il remplaçait cet épisode d'urgence comme la conséquence de la dégradation du parc et de la non-prise en charge de l'habitat dégradé. En effet, on estimait en 2015 à 40 400 le nombre de logements privés potentiellement indignes, présentant un risque pour la santé ou la sécurité de 100 000 occupants (Nicol, 2015). Les évacuations d'urgence ont engendré une augmentation du nombre de personnes sans logement faute de place dans les hébergements d'urgence et de proposition de relogement. Elles ont dans le même temps amené à une sursaturation des dispositifs d'accès au logement et à l'hébergement dont les habitants en squats et bidonvilles ont pu pâtir. Par exemple, la durée d'attente pour une proposition de logement/hébergement est passée de 6 mois fin 2018 à plus d'un an fin 2019 (Réseau Hospitalité Marseille, 2021).

Cependant, la crise sanitaire et le changement de municipalité ont contribué à améliorer la prise en charge des squats et bidonvilles par les politiques publiques. Le 23 juillet 2021, le maire de Marseille, suite à un incendie dans un immeuble où intervient le programme causant la mort de trois personnes, a lancé un cri d'alarme dans un courrier adressé au premier ministre et a demandé des *"états généraux sur la lutte contre les squats, les bidonvilles et l'habitat indigne à Marseille"*. Il

rappelle que 14 000 demandes de logements sociaux sont en attente, que 4000 vivent en taudis, 15 000 à un moment ou un autre a été sans abris et que 1500 personnes vivent en squats et bidonvilles.

Parfois rempart contre l'abandon et l'exclusion des personnes vivant en squats et bidonvilles, le tissu associatif marseillais joue un rôle important localement. C'est notamment le cas du programme squats et bidonvilles de Médecins du Monde.

4. Le programme squats et bidonvilles Médecins du monde à Marseille

En 2007, une équipe de bénévoles de Médecins du Monde a décidé d'aller à la rencontre des populations roms vivant en habitat précaire à Marseille. En effet, habitats insalubres et dangereux, expulsions à répétitions, discriminations et violences multiples, difficultés d'accès aux soins, dénis de droits sont les raisons pour lesquelles Médecins du Monde a initié une mission.

C'est tout d'abord une "mission Roms" qui a été créée par Médecins du Monde. Le nom du programme a évolué au fil des années. Conscient de la participation à la stigmatisation d'une partie de la population et souhaitant mettre l'accent sur la précarité de l'habitat, le nom a été changé en "mission bidonville". Puis avec l'élargissement de l'action à d'autres populations et lieux de vie en "programme squat et bidonville". Ce changement sémantique est motivé pour des raisons politiques de "déséthnisation" de la problématique liée à l'habitat.

C'est donc pour participer à l'amélioration des conditions de vie et de l'accès à la santé des personnes que le programme s'est construit. Au fil des années, il a fortement évolué en passant du soin vers la médiation en santé en renforçant ses axes de plaidoyer et d'interpellation et en participant à l'amélioration des conditions de vie.

Le programme a un donc un objectif global qui est de participer à l'amélioration des conditions de vie en squats et bidonvilles et cela se décline sous 3 objectifs opérationnels qui sont :

- La participation à l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.
- La participation à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant en squats et bidonvilles.
- Le renforcement de la participation des personnes vivant en squats et bidonvilles.

Initialement l'équipe est composée de deux salariés : une médiatrice en santé et une coordinatrice de programme et aujourd'hui d'une quinzaine de bénévoles actifs. Lors de la crise COVID Médecins du Monde a demandé à ce que des ressources humaines supplémentaires soient recrutés à l'ARS. L'équipe a donc été renforcée par des ressources humaines supplémentaires : 3 équivalents temps plein de médiateurs pairs et 2 équivalents temps plein d'infirmiers. Cette "équipe renfort" a eu un

effet “propulseur” des activités du programme. Après un an et demi de présence dans le programme, l’intervention de cette équipe spécifique a pris fin. Malgré une volonté de pérennisation de l’ARS, Médecins du Monde a refusé car elle considère que son action n’a pas pour but de se substituer au droit commun.

L’intervention de Médecins du Monde trouve sa raison dans le fait que les personnes vivent en squats et bidonvilles. Ce qui détermine la santé, l’accès aux soins et le recours de cette population et justifie les actions ne résident pas dans la nationalité des personnes mais avant tout dans la conjugaison des vulnérabilités que représentent le fait d’être migrants, en situation de précarité administrative, vivant en squats et bidonvilles.

Après avoir exposé le contexte d’intervention du programme, sera développée l’évaluation du programme afin de comprendre ses enjeux, ses intérêts et ses perspectives d’évolution.

Partie 2 : Bilan du programme

Aujourd'hui, le programme est d'une grande richesse. Il ressort de l'enquête menée que le programme est au coeur d'enjeux opérationnels et de plaidoyer important. Il est connu et reconnu par les partenaires. Ses actions de terrain sont pertinentes et font sens. Il s'est adapté à fait face à des situations de crises importantes. L'équipe bénévole grandit et est de plus en plus soudée. Mais il est également d'une grande complexité. Il se perd parfois dans ses activités, dans ses objectifs, dans les combats qu'il souhaite mener. Il fait face à des situations complexes, à des demandes dues à la multiplication des sites grandissants, des enjeux de plaidoyers importants dépendants des politiques en place et doit répondre à des urgences telles que les expulsions, les incendies.

Le programme peut être qualifié de "*monstre à deux têtes*" résume la coordinatrice du programme. Une salariée du programme complète "*c'est comme si on avait deux programmes en un seul programme, cela fait beaucoup, on n'est pas une grosse équipe*".

D'une part, il vise à améliorer les conditions de vie par des actions concrètes et ponctuelles telles que le raccordement à l'eau, la mise en place de lavabo, de douche, d'éradication de nuisibles tels que les rats, les punaises de lit... en partenariat avec d'autres associations (Architecte sans frontière, Just) tout en portant un plaidoyer auprès des pouvoirs publics par la rédaction d'une stratégie de résorption des bidonvilles.

D'autre part, il vise à contribuer à améliorer l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des personnes vivant en squats et bidonvilles par, entre autres, des sorties médiations, des consultations, des accompagnements, des orientations, la sensibilisation des professionnels de santé autour des sites...

Ces deux axes sont mis en œuvre tout en favorisant la participation des personnes concernées.

Au cours de l'enquête il est apparu que le programme touche à de nombreux autres domaines d'activité. Il réalise des actions de plaidoyer par des interpellations, des communiqués de presse, des actions en justice... Il coordonne les actions d'associations partenaires pour intervenir sur les sites en fonction des besoins identifiés, il met en place des activités en santé communautaire, il doit recruter et faire vivre l'équipe bénévoles, il participe aux réunions institutionnelles avec la préfecture, la métropole, la mairie, rédige des rapports d'Alerte en liens avec d'autres acteurs de la solidarité...

Ainsi, comme expliqué dans la méthodologie, l'ensemble des axes du programme ne sont pas abordés dans ce bilan, notamment les axes concernant l'amélioration des conditions de vie et le

plaidoyer. Cela est justifié par une nécessité de prioriser les éléments à développer pour les approfondir au mieux.

Les éléments qui seront étudiés au cours du bilan sont l'intensification de l'activité contribuant à une amélioration de l'accès aux soins des personnes vivant en squat et bidonvilles (1), la médiation en santé qui est au cœur de l'activité de l'équipe (2), la mobilité (3), enfin la participation des personnes au sein du programme (3).

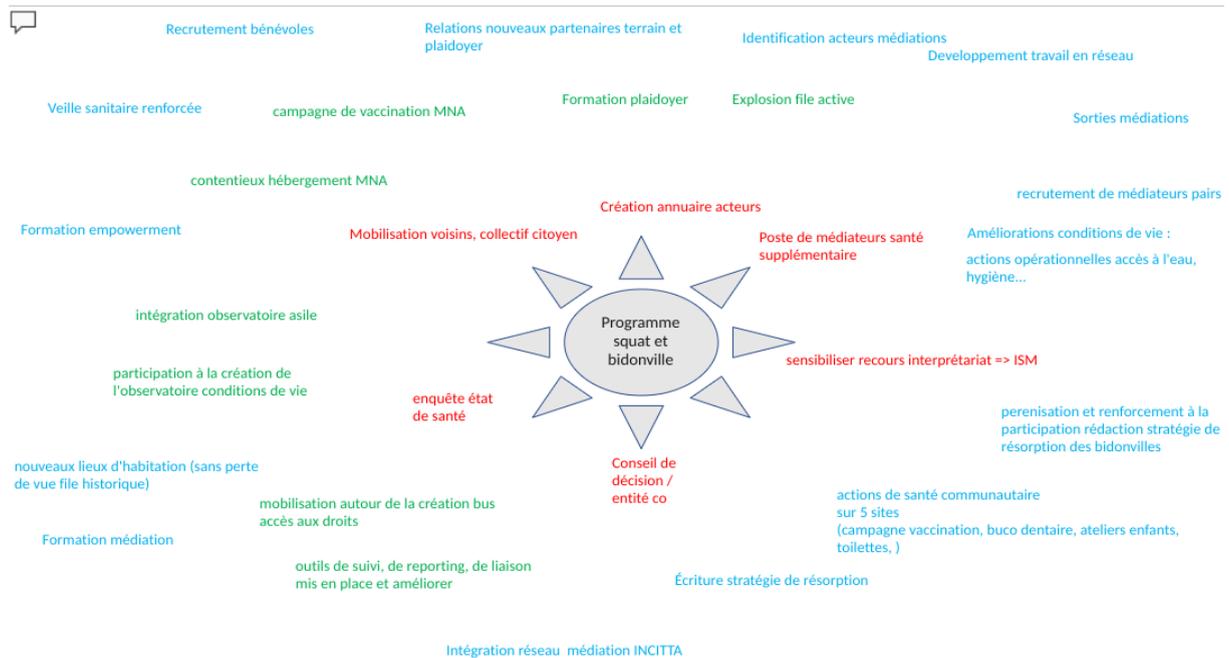
1. L'accès aux droits, aux soins, à la prévention : une activité qui s'est fortement intensifiée durant les 3 dernières années permettant un renforcement de l'accès aux soins

L'axe sur le renforcement de l'accès aux soins, aux droits et à la prévention nous intéresse particulièrement en raison des événements récents qui l'ont impacté. L'activité du programme a "explosé" au cours des 3 dernières années et surtout en 2020. Nous expliquerons les raisons de l'accroissement de l'activité (1.1.) et l'effet de la crise sanitaire sur son maintien et son développement, notamment grâce à l'arrivée d'une équipe renfort covid (1.2). Cela permet d'interroger les ambivalences possibles d'une équipe mixte composée de bénévoles et de salariés (1.3).

1.1. Accroissement de l'activité : résultat d'une ouverture à de nouvelle population

Lors du bilan réalisé en 2018, il est ressorti que le programme n'est pas assez spécialisé et touche à de (trop) nombreuses thématiques, il avait donc été retenu qu'il serait nécessaire de prioriser ses activités afin d'être plus "impactant". Comme l'explique un salarié : *"on voulait moins saupoudrer ici et là mais faire les choses plus en profondeur et pour y parvenir on devait prioriser nos actions et être moins sur tous les fronts"*. Et continue *"pourtant aujourd'hui on a intensifié notre activité"*.

Pour preuve, ce schéma qui répertorie les actions et activités menées par le programme durant les 3 dernières années montre les difficultés du programme à prioriser ses activités :



Titre : Niveau de réalisation des activités du programme squats et bidonvilles de 2018 à 2021

Légende :

- En vert : les activités non prévues et réalisés
- En rouge : les activités prévues et non réalisés
- En bleu : les activités prévues et réalisées

On observe que de nombreuses activités ont été réalisées alors qu'elles n'étaient initialement pas prévues. Qu'est ce qui a contribué à l'accroissement de l'activité ? Il ressort de l'enquête que l'ouverture à l'ensemble de la population a contribué à intensifier l'activité. En effet, En 2018, un travail d'analyse et de bilan a permis de rendre compte de la présence de populations dites "extra communautaire" notamment dans les squats et qui n'étaient pas accompagnés par le programme : "les contextes européens, français et régional sont marqué depuis 2015 par l'arrivée massive de migrants extra-européens fuyant des situations de conflits [...] constituant les plus importants flux migratoires depuis la seconde guerre mondiale"¹⁷. La mission a donc élargi son champ d'intervention auprès de personnes exilées extracommunautaires.

¹⁷ Fondation Abbé Pierre " chapitre 5 : Accueillir les personnes migrantes dignement : des logements et des droits" Rapport Annuel sur l'état du mal logement en France, 2017"

La file active du programme montre ces changements : en 2016, la mission bidonville a rencontré 270 personnes au travers des activités menées. La quasi-totalité soit 96.3% des personnes étaient de nationalité roumaine. Les quelques autres sont de nationalité serbe, bulgare et moldave¹⁸.

Les populations migrantes originaires d'Europe de l'est vivant en habitat précaire représentaient l'essentiel du public bénéficiaire de la mission bidonville jusqu'en 2018.

Précisons qu'il est estimé que les Roms étrangers qui vivent en France sont à plus de 90% originaires de Roumanie et de Bulgarie dans une moindre mesure. Les deux principaux foyers d'installation sont l'Île-de-France, environ 3 000 personnes, et les Bouches-du-Rhône, entre 1 500 à 2 000 personnes, dont 80% installées à Marseille (Romeurope, 2009). A Marseille on estime à au moins un millier les Roms allant d'un bidonville à l'autre et disposant de peu de ressources. Ces personnes sont pour la plupart de nationalités Roumaines, c'est-à-dire citoyens Européens non-expulsables. Il s'agit de familles avec des enfants en bas âge, qui trouvent une bonne partie de leur alimentation des déchets des poubelles, pratiquent le ferrailage ou occupent quelques emplois précaires¹⁹.

En 2020 la file active du programme s'est élargie. Le nombre de personnes accompagnées par l'équipe s'élève à 550 dont 248 personnes de nationalités roumaines mais également 100 personnes de nationalités Nigérianes, 50 personnes d'origines Albanaises. Au total durant l'année 2020, l'équipe a rencontré des personnes de 20 nationalités différentes : des Serbes, des Comoriens, des Sénégalais, des Maliens...

Ces personnes font face à des difficultés en lien avec le parcours d'asile, en demande ou déboutés. Ils vivent essentiellement en squats, dans les copropriétés dégradées et paient pour la plupart un "loyer" à des marchands de sommeil. Comme l'explique un usager de la Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile²⁰ : *"nous sommes à plus de 6000 demandeurs d'asile domiciliés à Marseille à la SPADA²¹ par décision de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFFI) sans qu'aucun hébergement dans une structure dédiée ne nous soit proposé. Nous devons alors nous loger sur le marché immobilier avec le complément d'ADA versé spécifiquement aux demandeurs d'asile non hébergés par l'Etat pour couvrir leurs frais de logement, soit 225 € par mois. [...] Au mieux, nous nous retrouvons, comme de nombreux marseillais précaires, obligés de passer par des circuits*

¹⁸ Données issues du Dossier Patients Informatisés, remplis par les équipes pour toutes nouvelles personnes

¹⁹ Diagnostic pré opérationnel, Médecins sans frontières, 2020

²⁰ L'association des usagers de la PADA a pour objectif de défendre et de représenter les intérêts des usagers de la Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA) de Marseille. L'association regroupe 500 adhérents de 25 nationalités tous demandeurs d'asile.

²¹ Structure de premier accueil des demandeurs d'asile

parallèles et donc des marchands de sommeil. La plupart ne trouvent même pas de logement et vivent dans la rue ou squattent des bâtiments trop insalubres pour être habités".²² Cela est confirmé par le directeur de la Fondation Abbé Pierre (FAP) de Marseille : *"La Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) est pleine de bonne volonté, mais n'a pas la main sur tous les tenants et les aboutissants de la politique migratoire [...]. Les services d'accueil et d'hébergement d'urgence pour les demandeurs d'asile à Marseille sont saturés. Environ 6000 personnes inscrites sur la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile de Marseille ne sont pas hébergées par l'OFFI. Les plus chanceux trouvent des solidarités communautaires, d'autres se débrouillent comme ils le peuvent en squattant dans la ville"*²³.

Cette ouverture s'est rapidement révélée pertinente. En effet, lors des interventions l'équipe de la mission a constaté une rupture d'accès aux droits pour environ un tiers des personnes rencontrées. La multiplication des demandes tels que la domiciliation, la complémentaire santé solidaire, l'Aide Médicale d'Etat, les orientations diverses ont permis à des personnes d'accéder au système de santé.

Parallèlement cela a engendré des changements dans le programme comme l'explique une salariée : *"le vrai changement c'est l'élargissement vers d'autres publics"*. Elle se confie sur le sujet quant à l'approche nouvelle que lui demande cette ouverture sur de nouvelles populations : *"on arrive on se présente, bonjour on est de MdM [médecins du monde], on fait ça, ça et ça, c'est un travail de longue haleine, il faut que les gens fassent confiance, je n'ai pas eu l'habitude de ça, du fait de parler la langue [le salarié en question parle roumain couramment] j'étais accueilli les bras ouverts de partout, là c'était différent il faut avoir la confiance de gens mais on s'est vite rendu compte que c'était indispensable d'y aller"*. Un autre salarié explique : *"au début les quartiers nord on n'y allait pas, on allait dans les bidonvilles, on était à l'aise. Après aller dans les quartiers c'est une autre approche"*. Un salarié explique *"on voulait prioriser, au final cela a augmenté l'activité, mais on a bien fait d'aller vers ces personnes, il y a beaucoup de besoins là-bas"*.

Face à des problématiques qui leur étaient inconnues, les membres du programme ont dû acquérir des compétences nouvelles.

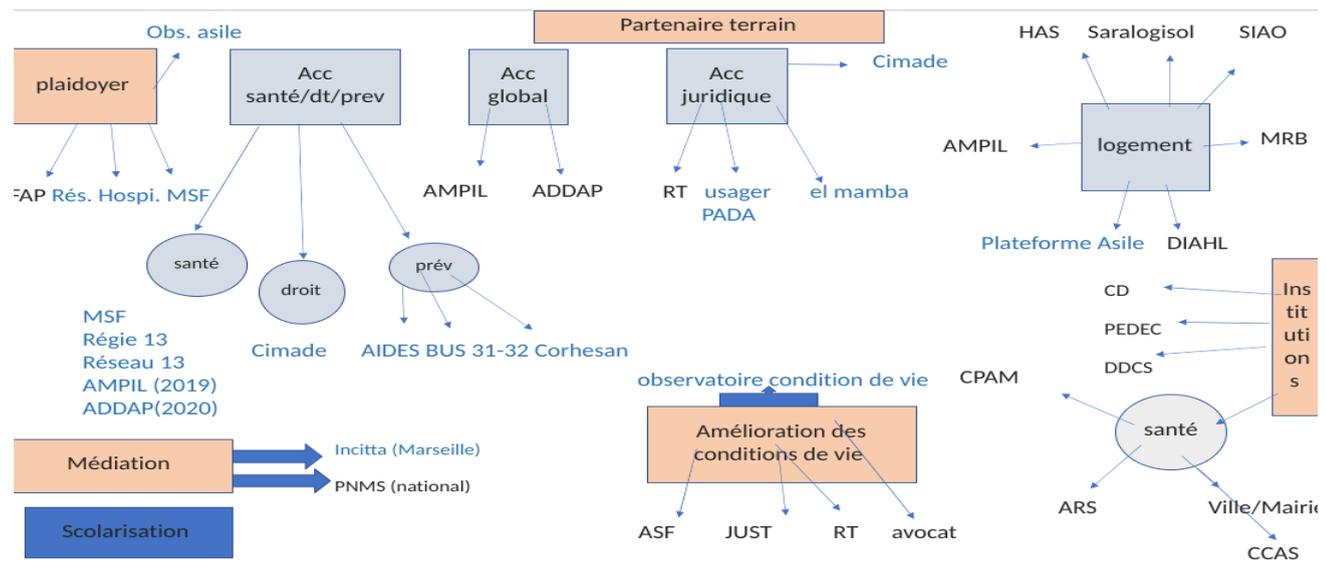
Des formations sur le droit d'asile et le développement d'outils d'interprétariat ont été proposées aux bénévoles et salariés du programme. Cela a également fait émerger des questions sur les plaidoyers à porter en fonction des besoins spécifiques des personnes. Des plaidoyers répondant plus à l'urgence et au contexte politique et social ont été portés par le programme : une campagne de vaccination pour les mineurs non accompagnés grâce à des actions d'interpellations, des plaidoyers

²² Appel lors de la manifestation "manifestation à Marseille pour le droit au logement", mars 2021

²³ <https://marsactu.fr/squats-a-marseille-la-part-invisible-du-mal-logement/>

en lien avec l'accès à la domiciliation, un soutien aux mineurs non accompagnés de Saint Just aux séances au Tribunal de Grande Instance en raison de la non application du droit au logement opposable...

Cela a également nécessité de créer un nouveau réseau de partenaires en lien avec les demandeurs d'asile, les mineurs non accompagnés etc... Pour preuve, ce schéma montre les "nouveaux partenaires" du programme depuis 2018 :



Titre : Partenaires du programme squats et bidonvilles

Légende : en bleu les nouveaux partenaires du programme depuis 2018.

La multiplication des partenaires de terrain tels que AIDES, la Cimade, Médecins Sans Frontières... répondent à une demande identifiée au préalable par les équipes sur les sites. Cela permet de mutualiser les compétences des associations afin de répondre aux demandes et besoins des personnes identifiées auparavant par les membres de la mission grâce à un passage régulier. Cela permet également de toucher des personnes qui ne font pas la démarche de se rendre dans les structures et de rendre visible une partie de la population et des besoins non couverts. Ainsi, les associations partenaires apportent des connaissances et réponses aux questionnements précis des personnes.

Ce réseau d'acteurs demande un temps de relationnel et de coordination important pour les membres du programme, comme l'explique un salarié "cela prend du temps d'organiser les sorties, tout prévoir, coordonner les uns et les autres faire les briefs, les debriefs...".

Cette ouverture a été réalisée sans perdre de vue "la file historique" du programme c'est -à -dire que la part de personnes roms ou désignées comme tels n'ont pas diminué avec l'ouverture aux populations extra communautaire. Ce qui avait été identifié comme un risque en 2018.

Face à cette diversification des champs d'activités du programme, le risque était qu'il implose comme l'explique un salarié "*on est sur plein de sujets, plus de choses, on connaît tout le monde mais c'est compliqué d'être sur tous les fronts, c'est épuisant*". En effet, "*on a tout de même peu de ressources humaines et beaucoup de problématiques à gérer, on se sent souvent dépassé*" relate une salariée. Il est ressorti des difficultés liées au trop plein d'activités et d'actions. Un sentiment d'impuissance et de lassitude de la part des salariés comme des bénévoles se faisait sentir, "*parfois j'ai l'impression de vider l'océan avec une petite cuillère*" explique un bénévole.

Cette difficulté à prioriser les actions et à "*être sur tous les fronts*" peut être expliquée par la complexité des situations des personnes, notamment en situation de précarité. La complexité a été définie par Edgar Morin comme "*ce qui ne peut se résumer en un maître mot, qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple*". Selon lui, la complexité peut, être vue comme ce "*tissu d'événements, d'actions, d'interactions, de rétractions, de déterminations, d'aléas se présente alors avec les traits du fouillis, de l'inextricable, du désordre, d'ambiguïté et de l'incertitude posant le défi des connaissances*"(Morin, 2005).

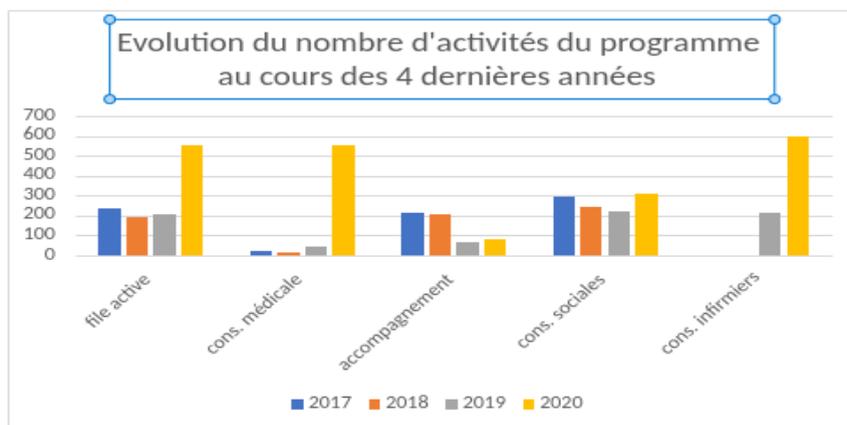
La complexité des situations apparaît comme plus accentuée ou plus difficile à décrypter, en raison du nombre important d'intervenants et de la complexité des situations concrètes qui échappent souvent à la connaissance des professionnels²⁴. Particulièrement, intervenir en promotion de la santé relève d'emblée d'un phénomène complexe. La complexité se situe dans le changement attendu, qu'il soit individuel, communautaire ou défini à l'échelle de la population. Ce changement doit permettre l'acquisition de nouvelles ressources personnelles, communautaires, voire politiques, en vue de l'amélioration de la population (Trompette, 2018). La promotion de la santé agit à la fois sur l'ensemble des déterminants de la santé et le contexte ayant une influence positive ou négative sur la santé des individus. Il peut donc être difficile pour une équipe composée de peu de ressources humaines accompagnant des personnes en situation de précarité d'apporter des réponses à l'ensemble des problématiques ayant un impact sur leur santé.

Il ressort de l'enquête que ce qui a évité au programme d' "imploser" est la crise sanitaire notamment combinée à l'arrivée d'une équipe renfort covid. Cela a contribué à la structuration de l'activité et à l'amélioration des accès aux soins et aux droits des personnes vivant en squats et bidonvilles.

²⁴ <https://www.revue-projet.com/articles/precarite-et-demandes-de-sante/7619>

1.2. La crise sanitaire : occasion de l'intensification et de la structuration des actions

Les données issues du dossier patient informatisé (DPI) montrent que l'année 2020 fut une année "exceptionnelle". Pour preuve on note une augmentation significative en termes de file active, de consultations médicales, infirmières, sociales :



Titre : Evolution du nombre de personnes incluses dans la file active et dans les actions du programme durant les 3 dernières années.

Aussi, les indicateurs prévus lors de la définition de la stratégie en 2018 ont tous été atteints, voire dépassés. Pour preuve ce tableau représente les résultats attendus et les résultats effectivement atteints:

ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RÉSULTATS RÉALISÉS
File active	Au moins 400 personnes ont été accompagnés vers le droit et le soin	195 personnes en 2018 300 personnes en 2019 600 personnes en 2020
Activités liées à l'accès au droit et au soin	Une veille sanitaire couvre au moins 2/3 de la population vivant en squat et bidonville	600 personnes en 2019 1200 personnes en 2020 Sur recensement d'environ 1500 personnes vivant en squats et bidonvilles
	Au moins 3 sorties médiation organisé chaque semaine Dont au moins 1 avec partenaires terrain	Au moins 6 sorties avec au moins 5 partenaires terrain en 2020
	Au moins 3 accompagnements/semaine	209 accompagnements, 64 accompagnements en 2019 82 accompagnements en 2020

Titre : tableau indiquant les résultats attendus lors de la définition de la stratégie en 2018 et les résultats effectivement atteints lors du bilan en 2021.

“Le 1er confinement était extrêmement intense” explique une bénévole présente lors des débuts de la crise sanitaire. Les effets du confinement sur les personnes vivant en squats et bidonvilles furent particulièrement délétères. D’un point de vue économique on assiste à une diminution voire une perte de travail souvent informels, à l’arrêt des activités de certaines associations ou de lieux ressources²⁵. D’un point de vue sanitaire : *“on [l’équipe du programme] en était malade la moitié était des personnes à risques avec des comorbidités impressionnante”* explique une bénévole. Pour preuve, entre le 1er juin 2020 et le 31 mars 2021, l’étude COVID Homeless menée à Marseille par l’Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (HP-HM), en partenariat avec Médecins du Monde, a eu pour objectif de rendre visible la morbi-mortalité de la COVID chez des personnes en situation de précarité et sans abris. L’étude a relevé un taux de séroprévalence deux fois supérieur à celui de la population générale. En effet, 50 % des personnes rencontrées étaient porteuses de comorbidités, et près d’un tiers ne disposaient d’aucune protection maladie malgré le maintien annoncé des droits par la sécurité sociale durant la période de l’état d’urgence sanitaire²⁶.

Alors, pour compenser ces inégalités d’accès à la santé, l’État via l’ARS a financé des renforts à plusieurs équipes mobiles médico-sociales d’aller-vers les personnes vivant à la rue, en squat et bidonville ou dans les quartiers les plus défavorisés, dont le programme squats et bidonvilles.

Le rôle principal de l’équipe salariée consistait en l’accompagnement de l’équipe bénévole : *“Nous on est là pour accompagner les équipes bénévoles”*. En effet, les salariés des programmes ne sont pas recrutés pour *“faire à la place des bénévoles”* mais pour faciliter leurs missions en tant que bénévoles : *“Je pense que l’équipe salariée a permis de renforcer l’équipe bénévole pour les accompagner sur le terrain et leur apporter le soutien et la coordination de leurs actions”* explique un salarié de l’équipe renfort.

Précisons qu’avant la crise sanitaire une équipe bénévole était constituée et intervenait de façon régulière sur 5 sites. Cependant, la crise sanitaire a engendré une perte de bénévoles (personnes fragiles, autres préoccupations prioritaires...) ce qui a freiné la dynamique lancée par l’équipe. La majorité des bénévoles actifs sur le programme aujourd’hui sont donc présents depuis moins d’un an.

²⁵ Période COVID / Marseille – Rapport Activités – Mi-mars à mi-mai 2020

²⁶<https://www.alerte-exclusions.fr/fr/chroniques-de-lultra-precarite-en-region-paca-nouveau-rapport-du-collectif-alerte-paca>

Il est apparu au cours de l'enquête que l'arrivée de salariés sur le programme de santé composé originellement essentiellement de bénévoles a induit des changements. Les salariés se distinguent des bénévoles par le fait qu'ils se projettent plus sur la durée, sont là tous les jours, cependant pour eux c'est un travail ce qui implique des temps de disponibilité différents des bénévoles. Ces derniers étant disponibles or du temps de travail.

En effet, la présence d'une équipe renfort COVID composé de salariés à *"contribué à intensifier l'activité et en même temps elle a permis de maintenir à flot le programme et de le développer"* explique un salarié. En effet : *"on est pris entre deux mouvements, on a eu des salariés pendant la période covid et là il y a une équipe qui a fait boum, elle a amélioré le programme sauf qu'elle est temporaire"* relate un salarié.

En effet, on note différents impacts sur le programme. Dans l'organisation interne du programme pour améliorer les actions du programme. L'équipe salariée a créé des outils d'orientation utile lors des sorties, des fiches de suivi de cas complexes, des tableaux de suivi de l'activité.

Des classeurs d'orientation répertoriant les lieux clés en fonction des demandes autour des sites ont été créés : *"au début j'ai eu du mal à comprendre tous les partenaires, pour orienter du coup j'ai commencé à faire le classeur et j'ai aussi fait des feuilles d'orientations par site"* explique une salariée du programme. Un guide de la médiation en santé a été élaboré par la médiatrice en santé du programme qui répertorie les orientations possibles en fonction de demandes rencontrées lors des sorties : *"cela manquait, avant il n'y avait rien"* explique un bénévole.

L'équipe a contribué au développement de l'utilisation d'un outil de partage des messages de prévention en plusieurs langues, à la formalisation des protocoles de sorties de terrain. *"Cela a changé, cela a permis de structurer notre travail, de faire des choses qu'on n'avait pas le temps de faire avant"* explique un salarié.

Des formations ont également été créées par les salariés du programme : sur la médiation en santé et sur le plaidoyer, *"on s'est rendu compte que le plaidoyer n'était pas assez présent dans le programme, alors on a créé cette formation cela permet de sensibiliser les bénévoles à ce qu'on entend par plaidoyer à Médecins du Monde"* explique un salarié de l'équipe renfort.

Ces outils permettent de donner *"le pouvoir d'agir aux bénévoles"*, explique une salariée. Ils gagnent en autonomie lors des interventions et peuvent alimenter et améliorer les outils en fonction des situations qu'ils rencontrent sur le terrain.

L'équipe salariée a également eu un impact sur la régularité des passages sur les sites. Cela a permis une veille sanitaire plus étendue et d'élargir les lieux d'interventions notamment sur des copropriétés dégradées sur des lieux comme celles des Corot, les Rosiers, les Flamants²⁷.

Ces sorties continues ont permis de créer un lien avec les personnes. Cela a permis de connaître les personnes, de saisir leurs problématiques de santé mais aussi leurs ressources pour y faire face : *“tous les albanais ils nous connaissent, on a vraiment créé un lien, les nigériens aussi on a vraiment réussi à en [du lien] créer et c'est le plus beau tu vois”*. Les personnes rencontrées sur les sites partagent ces points de vue : *“c'est un peu ma famille, j'aime bien venir juste pour discuter”*. Un femme explique *“au début je ne venais pas venir maintenant je viens toutes les semaines pour discuter ou pour prendre des couches, du lait, cela m'aide dans le quotidien”*. Les observations réalisées sur le terrain vont en ce sens, des relations de confiance se sont créées. Il n'était pas rare d'être invité à boire un café chez les habitants et que les échanges ne concernent pas les questions de santé. Ces moments sont précieux et peuvent faire émerger d'autres problématiques.

La pérennisation du lien engendre la confiance : *“plus tu es régulier et plus tu gagnes la confiance des gens et plus tu fais de la qualité”* explique un salarié. Un autre salarié le confirme *“c'est sûr que si tu as juste des bénévoles qui sortent deux ou trois fois par mois, les gens au bout d'un moment ils vont lâcher et ils vont se dire on ne peut pas compter sur vous et cela peut vraiment casser le lien avec les personnes.”*

La présence des salariés à plein temps a également permis d'améliorer le suivi des situations complexes : *“il y a des situations qui te prennent dans le ventre, c'est compliqué, des situations trop lourdes, nous on peut vraiment suivre, les [les personnes] voir souvent, les rappeler, on a tous en tête”* explique un salarié.

Le programme a pu se rendre sur des lieux où d'autres acteurs de santé ne sont pas présents et où les besoins en santé se sont révélés importants *“ on doit être au plus près de ceux laissés pour compte, ceux accompagnés par personnes [...] notre rôle est d'être au plus près de ceux qui sont invisibles pour les autres, à partir du moment où tout d'autres acteurs arrivent, on devrait laisser tomber et aller ailleurs”* explique un salarié. Le programme a également pu faire venir sur les sites des associations et acteurs qui répondent aux besoins identifiés par les équipes (demande d'asile, prévention santé sexuelle, dépistage Covid...). Le programme joue alors un rôle de médiateur entre les personnes et les associations, le droit commun.

²⁷ Noms des copropriétés dégradées sur lesquels se rend l'équipe depuis 2020

L'équipe renfort a donc permis de structurer et d'intensifier les activités du programme contribuant à l'amélioration des conditions de vie pour les personnes vivant en squats et bidonvilles.

Du point de vue interne au programme, l'équipe renfort covid a également perturbé *"le cœur de fonctionnement"* du programme explique un salarié. Cela ressort lors des entretiens, particulièrement avec les bénévoles. Ils ont émis des craintes liées au départ de l'équipe conscients de la charge de travail que supporte l'équipe renfort. Lors des entretiens *[qui ont eu lieu avant le départ de l'équipe]* ressort une appréhension liée au départ de l'équipe *"je ne sais pas comment on va faire sans l'équipe, surtout les médiateurs c'était plus facile de travailler avec eux à nos côtés"*, *"on va faire face à une tempête"* s'inquiète un bénévole. Un ancien bénévole soulève : *"le public bénévole, c'est principalement des personnes retraitées ou des médecins qui font ça à côté de leur travail mais on ne peut pas demander autant à des bénévoles de suivre et d'avoir la charge mentale des suivis"*. Les salariés le comprennent : *"c'est sûr que tu ne peux pas demander à un bénévole de gérer tout l'après, tout l'avant de la sortie quand ce n'est pas ton travail tu ne t'engages pas pareil, tu ne peux pas tout donner, alors que quand tu es salarié c'est ton obligation"*. Un salarié explique : *"ils comptent sur moi car ils ont l'habitude que je sois là et du coup ils pensent qu'ils ne peuvent pas le faire."*

Cette situation fait émerger l'ambivalence des équipes mixtes composées de salariés et de bénévoles. Comme l'explique une bénévole : *"avoir une équipe salariée qui peut aller sur plusieurs sites c'est pertinent car il y a tellement de travail, mais en même temps je vois l'intérêt des bénévoles, sur la liberté que cela offre ne serait-ce que par rapport aux demandes financières car on voit les associations financées par l'état elles ont les mains liées. En même temps, l'instabilité que cela amène de compter sur des bénévoles, s'ils ne viennent plus et bien d'un coup les personnes elles sont plus suivies"*.

Cette situation exceptionnelle dans un programme Médecins du Monde permet d'interroger les impacts des relations entre bénévoles et salariés au sein de Médecins du Monde et globalement dans le monde associatif.

1.3. Le lien fort entre bénévoles et salariés au sein de Médecins du Monde : quels impacts ?

Les missions de Médecins du Monde en France sont originellement composées de bénévoles qui sont la force vive des programmes (1.3.1). Cette dichotomie peut être source de tension pouvant être expliquée par plusieurs facteurs (1.3.2). Cependant, des facteurs peuvent également favoriser cette coopération, démontrant de l'intérêt d'équipes mixtes (1.3.3).

1.3.1. L'équipe bénévole : socle d'un programme viable à Médecins du Monde

“Médecins du Monde n'existe que parce que des bénévoles sont engagés” explique un salarié. En effet, les missions Médecins du Monde France s'appuient sur 2000 bénévoles pour mener à bien leurs actions et porter un plaidoyer auprès des politiques publiques. La volonté de promouvoir le bénévolat se retrouve dans les termes de référence du pôle animation de la vie associative de Médecins du Monde²⁸: *“repenser les modalités de participation et de représentation, en France et à l'International, en se basant sur les approches de démocratie participative afin de consolider le modèle associatif paritaire”* et encore *“animer une réflexion sur la capacité à produire du changement social au niveau des délégations grâce à un bénévolat critique et acteur”*. L'association doit jouer le rôle de facilitateur pour permettre au bénévole de participer à la vie associative : *“Suivre les parcours de bénévolat et promouvoir le passage du bénévolat à la participation à la vie associative”*. Le bénévole permet de faire vivre les programmes.

Aussi, à la question *“si tu avais carte blanche pour le programme que ferais-tu ?”*²⁹ La réponse *“une équipe bénévole soudée”* revient à plusieurs reprises. Cela est expliqué par un salarié *“l'objectif proche, c'est la constitution d'une équipe qui se base sur de mêmes objectifs et qu'il y ait une cohérence de groupe”*. C'est pourquoi l'intégration du bénévole est perçue comme primordiale : *“il va y avoir un roulement, certains vont partir, d'autres vont rentrer mais ce qui me semble important ce que quand il y en a un qui rentre il ait son petit chemin tracé par les autres bénévoles et qu'il soit intégré à ce processus là et dans ce processus d'intégration il faut les bases de transmises”*. Avoir une équipe soudée permet de ralentir le turn over et de pérenniser les actions. Un salarié explique *“il faut perdre du temps, perdre énormément de temps et c'est quand on aura perdu du temps avec les bénévoles qu'on aura compris et créé quelque chose”*. La constitution d'une équipe bénévole est donc essentielle pour mener à bien les missions.

Cependant, au cours de l'enquête revient des *“difficultés”* à travailler avec les bénévoles pour certains salariés. Un salarié explique que *“l'exercice le plus dur à Médecins du Monde c'est l'équilibre bénévoles, salariés car il y a un décalage”*. Une autre salariée explique *“c'est un équilibre assez fin entre la capacité à intégrer les bénévoles à les faire monter en puissance et en même temps à être face à des contingences et des urgences.”* En effet *“c'est compliqué car parfois on a les idées avant eux et il faut que tu fasses en sorte d'embarquer tous les bénévoles avec toi”* précise un salarié. Il

²⁸ Cela fait référence à un document interne à Médecins du Monde

²⁹ Question posées lors des entretiens avec les bénévoles et les salariés du programme, voir Annexe grille d'entretien

ressort des entretiens avec les bénévoles qu'ils accordent une confiance importante aux savoirs être et savoir faire des salariés et se sentent moins *"légitimes"* que les salariés à prendre des décisions. Un bénévole explique *"si des gens veulent donner des directions, qu'ils le fassent mais pas moi, je ne suis pas suffisamment compétent"*. Ils ont conscience de la *"charge mentale"* que supportent les salariés dans le suivi et l'accompagnement des personnes.

Cette différence de statut dans une même organisation est une spécificité du monde associatif. Cette situation est *"caractérisée par l'existence de facteurs de contradiction qui peuvent avoir pour effet de constituer, voire de radicaliser, chaque groupe comme un sous-ensemble ayant sa logique propre, pour des raisons objectives et subjectives"*(Bardet, 2007). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette dichotomie entre salariés et bénévoles.

1.3.2. Un équilibre globalement difficile à trouver pouvant être expliqué par différents facteurs

En 2018, en France on compte 1,3 million d'associations actives. Elles emploient 2,2 millions de salariés fin 2018. Les associations fonctionnent grâce à l'implication de nombreux bénévoles avec 21 millions de « participations » bénévoles (INSEE, 2021).

"Depuis plus d'un demi-siècle, cet improbable couple ne cesse en fait de perdurer, en dépit des transformations de l'un et l'autre et des ruptures successives annoncées"(Ion, 2005). La même auteur présente les relations entre le salariat et le bénévolat dans le travail social. Il précise : *"Bien que immuable, ce duo irréductible constitue une sorte de famille très unie, mais perpétuellement en guerre de légitimité. Si les bénévoles ont créé le travail social, les salariés se chargent de le pérenniser."*

Pour comprendre les rapports entre salariés et bénévoles, il convient d'interroger les impacts de leurs différences de statuts (1.3.2.1), leur rapport au temps (1.3.2.2) ainsi que la professionnalisation des associations et du bénévolat au fil du temps (1.3.2.3).

1.3.2.1 Le rapport au travail des bénévoles et des salariés

Le rapport au travail du bénévole est bien différent de celui d'un salarié. France bénévolat explique ce rapport par la *"différence fondamentale de statuts entre bénévoles et salariés"*(France bénévolat, 2018). En effet, le salarié est lié par un contrat de travail par le versement d'une rémunération tandis que les bénévoles ne sont liés par aucun contrat si ce n'est moral : il travaille *"gratuitement"*. Comme l'explique un salarié ayant des missions de coordination : *"c'est compliqué la gestion des bénévoles là-dessus, car il n'y a pas de contrat de travail, tu ne peux pas exiger pareil, il peut partir quand il veut, il fait ce qu'il veut"*.

De plus, le salarié est lié par une relation de subordination qui s'oppose à la "liberté" du bénévole. Comme l'explique le guide d'information pratiques *"dans le cas d'une association, le salarié exercera son activité sous l'autorité (la subordination juridique) du conseil d'administration, du président ou d'une personne déléguée à cet effet"* à la différence du *"bénévole n'est soumis à aucune subordination juridique. Il ne peut être soumis à aucune instruction ou ordre impératif, et ne peut être sanctionné par l'association, comme pourrait l'être un salarié. Sa participation est volontaire : il est toujours libre d'y mettre un terme sans procédure ni dédommagement. Il est en revanche tenu de respecter les statuts de l'association, ainsi que les normes de sécurité dans son domaine d'activité."*³⁰

Ainsi les cadres dans lesquels s'exercent leurs actions sont structurés de façon assez contradictoire. Comme le développe Dominique Lebleux concernant le système d'opposition entre salariat et bénévolat dans le vocabulaire employé pour désigner leurs fonctions. Par exemple, on parlera de compétence pour un salarié et de bonne volonté pour un bénévole, de salaire contre don de soi ou encore d'horaire contre disponibilité. Il explique que ces termes représentent d'un côté une organisation fonctionnelle et de l'autre des termes aux connotations plus valorisantes. Cela peut engendrer des difficultés de communication, de collaboration qui peuvent prendre une forme *"d'une indifférence ou d'une ignorance polie, d'une méconnaissance des capacités respectives, d'une concurrence "feutrée", voire d'une "compétition muette."* (Dreyer, 2006).

La notion de contrat est une des lignes de force qui séparent bénévoles et salariés. Jusqu'à une époque récente, les bénévoles ne signaient aucun contrat. C'est moins le cas aujourd'hui. Beaucoup d'associations demandent à ce que les bénévoles signent des contrats, des conventions ou des chartes dans lesquels ils s'engagent sur des heures de présence, sur des règles, sur le respect du secret professionnel...(Ferrand-Bechmann, 2011). Ce n'est pas le cas du programme, les bénévoles signent une charte qui n'impose pas des heures de présence ou une durée minimale d'engagement en tant que bénévoles. Il est apparu au cours de l'enquête un fort turn-over au sein du programme : *"il y a 3 ans, on avait 2 bénévoles actifs, aujourd'hui il y en a une quinzaine mais il y a eu beaucoup de changements, de va et vient"* explique une salariée. La crise a également eu un impact : *"on a perdu beaucoup de bénévoles pendant la crise"*.

Si ce turn over peut être source d'enrichissement pour l'équipe (nouvelles compétences, vision...). Cela peut aussi provoquer une perte d'information, de compétences et de suivi d'activité. Ce turn over met à mal les suivis et les actions menées sur le terrain *"si on ne peut pas compter sur les bénévoles c'est compliqué, par exemple on met en place des actions de santé communautaire mais si*

³⁰ Guide d'informations pratiques, www.associations.gouv.fr

les bénévoles arrêtent de venir cela met à mal le travail engagé, c'est dommage" explique une salariée du programme.

1.3.2.2. Le rapport au temps

Parmi les facteurs d'opposition, on note le rapport différencié qu'entretiennent bénévoles et salariés au temps. On peut alors parler de temps "choisi" et de temps "contraint". Si l'on se réfère à la représentation traditionnelle, quand un bénévole choisit de consacrer une partie de son temps disponible à la cause défendue par l'association, il en garde la maîtrise (Bardet, 2007). Ainsi, il peut choisir de s'absenter, de prendre des vacances lorsqu'il le souhaite. A la différence du salarié qui doit respecter un planning, des horaires, et assurer la continuité des tâches dont il est responsable lorsqu'il est absent.

Aux yeux du salarié, le bénévole est un acteur particulier, et même privilégié car il a du temps. Pascale Dreyer donne une description particulièrement forte de cette situation et des tensions qui en résultent :

« ...le bénévole a tout son temps durant le temps qu'il donne. Aussi a-t-il tendance à exiger du professionnel qu'il lui donne de son temps dans la même proportion et avec la même qualité. Ce qui n'est évidemment pas possible dans le monde professionnel, dont le personnel est compté, ni dans les associations dont le personnel est également trop peu nombreux. Ensuite, les bénévoles demandent pour eux-mêmes, toujours dans ce temps normalement consacré à l'action associative, une attention spéciale. La relation interpersonnelle avec le professionnel, positive ou négative, valorise leur présence et la justifie. Cette double exigence du bénévole ("Donne-moi de ton temps et de ton attention parce que je suis là" oblige les professionnels à vivre simultanément dans deux régimes temporels : le leur, où ils ont à peine le temps de remplir leur mission, et celui du bénévole à qui ils doivent accorder une attention parfois supérieure (même si elle est contrainte) à celle qu'ils ont pour leurs propres collaborateurs et collègues.»³¹

Or, les structures associatives ou les associations qui font appel à des bénévoles, surtout quand elles ont un objectif social et ont à traiter de cas d'urgence ou d'action sociale, ou encore dans la lutte contre l'exclusion comme c'est le cas du programme, ont besoin d'une régularité et d'une présence sur lesquelles elles peuvent compter. Plus leur public est constitué de personnes fragiles, plus il est nécessaire de pouvoir compter sur les bénévoles ayant du temps.

³¹ Dreyer, P. Être bénévole aujourd'hui. Motivations, engagement, reconnaissance, Marabout, 2006

1.3.2.3. La professionnalisation des associations et du bénévolat

La création du travail social est intimement attachée au bénévolat, qui a permis à ce secteur d'activités d'émerger en France et de faire valoir l'expression concrète des valeurs liées à l'engagement (Rullac, 2012). Après la seconde guerre mondiale, l'Etat a investi le secteur du travail social. C'est à partir de ce tournant que le développement du travail social a été confié à des salariés, recrutés en fonction des diplômes nouvellement créés comme les éducateurs spécialisés. Cette professionnalisation tend à effacer le rôle central des anciens bénévoles et fait émerger une concurrence entre salariés et bénévoles : *“Et de fait, en même temps que le nombre de salariés ne va cesser d'augmenter, s'établit progressivement l'image d'un monde professionnel de plus en plus qualifié et détaché de ses origines charitables ou militantes”* (Ion, 2005). Il en va de même au sein de Médecins du Monde, un ancien président questionne : *“est-il possible, dans une structure qui grandit de laisser sa gestion quotidienne aux seuls bénévoles dont les disponibilités et les compétences sont forcément limitées ?”* (Granjon, 2013).

En effet, *“tant que les actions à mettre en place ne requièrent pas un niveau de technicité et de compétence importante, les fondateurs ou les successeurs pouvaient assurer eux-mêmes la mise en œuvre des actions”* (Benazet, 1999). Mais comme expliqué dans la partie qui contextualise la recherche, les problématiques rencontrées par les personnes sont nombreuses et complexes (difficultés d'accès aux droits, l'accès à la domiciliation...). Cette complexité et notamment la complexité d'une intervention précise en santé se caractérise par l'interaction de composantes multiples qui la constituent. En effet, les interventions sont très souvent envisagées comme *“un processus séquentiel de moyens physiques, humains, financiers ou encore symboliques organisés dans un contexte particulier venant perturber le cours naturel des choses ou une séquence d'événements prévisibles et ayant pour but de préserver, transformer un état de santé des populations ou de modifier sa trajectoire prévisible d'évolution, en agissant sur un certain nombre de ses déterminants”* (Trompette, 2007). Cela se confirme lors des sorties les bénévoles font face à des demandes qui nécessitent souvent une pluralité de connaissances : une demande d'aide médicale d'état, ce qui implique d'avoir effectué une demande de domiciliation, de connaître la liste des documents nécessaire pour créer un dossier, les lieux de rendez-vous... Cela demande donc des connaissances précises et fiables.

Cette complexité peut perturber l'activité des bénévoles. En effet, il ressort de l'enquête que certaines situations ne satisfont pas les bénévoles notamment lorsqu'ils sont amenés à recevoir des demandes auxquelles ils ne sont pas formés à répondre et qui empiète sur leur activité de médiation sanitaire. C'est le cas de ce médecin bénévole : *“Ce qui est un peu plus compliqué c'est quand on ne*

sait pas répondre aux demandes sociales récurrentes en particulier comme la domiciliation ou appeler le 3646.³²». La récurrence des problèmes paraît également difficile pour les bénévoles, donnant une impression de tourner en rond : « il y a des moments quand même j'ai l'impression de vider la mer avec une petite cuillère ». Cela peut entraîner un sentiment d'impuissance et de frustration notamment lorsque les barrières sont des problèmes d'ordre structurel : « parfois on ne peut rien faire, je me sens impuissant ».

La professionnalisation et la délimitation floues des territoires des professionnels et des bénévoles constituent une question importante du fait des conflits entre bénévoles et salariés, mais aussi une question reliée au problème des spécialistes et des non-spécialistes. Le point de vue moyen est de rendre hommage aux bénévoles tout en reconnaissant que certaines tâches ne peuvent leur être confiées, de plus en plus d'obligations administratives et légales complexes contraignent les responsables associatifs à embaucher des professionnels (Ferrand-Bechmann, 2011).

C'est pourquoi, pour pallier aux difficultés que peuvent rencontrer les bénévoles, des formations leurs sont proposées régulièrement et sur différents sujets, sur la demande d'asile, sur la médiation, sur les orientations possibles, sur le système de santé et sur l'empowerment. Comme l'explique un salarié : *“l'important c'est la formation, cela permet de réinterroger les pratiques, tu as des difficultés, vient on en parle”*. Cependant certains bénévoles ne sont pas enclins à se former, notamment les plus anciens : *“les plus anciens ne sont pas habitués à être formé, pour eux c'est étude, le même travail et après t'es retraité tu fais de la charité, c'est le schéma”*.

En fait, seul un objectif commun et un même combat peuvent contribuer à fédérer les énergies et rapprocher les bénévoles et les salariés.

1.3.2.4. Les facteurs favorisant une coopération réussie

Dans toute organisation collective, y compris lorsqu'elle est composée de personnes de statut homogène tel que des salariés dans une entreprises, des conflits existent (Frimousse,2019). Cela peut être dû à des rivalités, des désaccords résultant de divergences dans le choix des méthodes de travail. De ce postulat, la problématique des relations entre bénévoles et salariés est d'un moindre poids, car elle est clairement identifiable et peut ainsi être travaillée.

Ainsi, il s'agit de valoriser et de prendre conscience des compétences de chacun au sein de l'organisation. Par exemple, loin de compromettre la mission de l'association, les professionnels jouent un rôle de *“cheville ouvrière”* ou de *“clef de voûte”* (Malet, 2006). Ils constituent ainsi *“un*

³² Numéro permettant de contacter la caisse primaire d'assurance maladie pour toute demande concernant ses droits et démarches pendant la crise sanitaire

moyen au service du projet associatif pour organiser la structure ou pour développer l'action ; loin de se développer en concurrence avec le bénévolat ou à ses dépens, le salariat est le moyen logistique de l'énergie bénévole" (Conférence Permanente des Coordinations Associatives, 2006).

Aussi, l'investissement d'un salarié dans une association n'est pas anodin. Cela correspond à une forme d'engagement à la mise en œuvre de convictions autant que de compétences : *"le salarié associatif n'est pas un salarié comme les autres. Le choix du milieu d'exercice de ses compétences est autant lié à sa formation qu'à son désir de changer le monde et/ou au désir de se réaliser autrement"* (Dreyer, 2006). Faire le choix du secteur professionnel de l'associatif peut être considéré comme un acte altruiste et volontaire.

Les bénévoles ont également à apporter pour l'association. Le militantisme est souvent de leur côté car les bénévoles risquent moins que les salariés. Il est possible de militer sans salaire mais il est moins aisé de militer lorsque l'on est salarié sauf dans des engagements syndicaux ou politiques.

L'engagement des bénévoles, notamment dans une association telle que Médecins du Monde s'appuie sur une volonté de militantisme : *"tu peux aussi devenir complètement militant même si tes salariés, pas de limites donc pas de scission, il n'y a qu'un ensemble, avec des responsabilités, des fonctions diverses mais complémentaires"* explique un coordinateur.

Cela ressort des entretiens, dès lors que nous nous intéressons au parcours associatif, on constate que la plupart ont eu d'autres expériences bénévoles avec différents publics en situation de précarité et avant d'intégrer la Mission : *"j'ai bossé à l'étranger, toujours dans l'associatif"*. Une bénévole qui a eu une expérience dans un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) en France ou encore *"j'étais assistante sociale auprès d'usagers de drogues pendant longtemps"*. L'ensemble des bénévoles interrogés se questionnent sur leurs pratiques et sont militants. On note une volonté de *"voir les choses bouger"*. Une bénévole explique *"on n'est pas là pour remplacer le droit commun mais pour visibiliser les invisibles"*. Une autre bénévole se questionne *"comment on peut laisser les gens vivre dans ces conditions, j'ai beaucoup de mal à voir cela, c'est pour ça que je continue à venir"*. Sur ses motivations, une bénévole explique *"moi je suis là pour me coltiner le réel, pas pour mettre du sparadrap"*.

On remarque donc une diversité dans les sources de motivation et dans la manière de percevoir leur mission. Les bénévoles ont des motivations spécifiques : altruisme, recherche de sens, socialisation, citoyenneté, joie, désir de rester utile au monde... Les bénévoles sont dans une contre-culture dans la mesure où beaucoup d'entre eux agissent dans des organisations non lucratives (Ferrand-Bechmann, 2011). Les bénévoles agissent pour les autres et pour une communauté de pratiques ou d'idées (Ferrand-Bechmann, 2011).

De plus, les bénévoles ont une capacité d'indignation qui permet de remettre en question les pratiques des salariés. Cela permet de questionner leur pratique, cela apporte un regard extérieur et une nouvelle source d'enrichissement. La mise en commun des particularités de chacun permet de créer une dynamique qui permet d'optimiser l'engagement de tous. Ainsi, une relation plus apaisée entre salariés et bénévoles peut reposer sur la prise de conscience du caractère irremplaçable des professionnels dans la perspective d'un développement de l'association.

Quelque soit le statut ; bénévoles et salariés se placent en tant que médiateurs et médiatrices. Ce rôle s'est imposé au fil des années comme un socle fondamental pour le programme.

2. La médiation en santé : un levier d'action fondamental pour le programme

Afin de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes, les bénévoles et salariés se placent dans une démarche de médiation sanitaire et sociale répondant en partie aux problématiques d'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en bidonvilles. L'objectif est de lever les barrières présentes entre les communautés et les institutions.

Depuis plusieurs années, on assiste à l'émergence de la reconnaissance de la médiation en santé en tant que pratique professionnelle au sein des politiques publiques, démontrant de son intérêt pour les personnes en situations de précarité (2.1). Le programme étudié permet d'illustrer cet impact de la médiation en santé auprès des populations en situation de précarité (2.2). Enfin, sera abordée la médiation comme un outil permettant de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé (2.3).

2.1. L'émergence de la reconnaissance de la médiation en santé : une reconnaissance par les politiques publiques récentes et fragiles

Le terme de médiation regroupe une grande diversité de secteurs d'intervention se déployant dans différents domaines de la vie sociale : une quarantaine d'intitulés d'emplois comprenant le terme médiation sont identifiés (Bonafé-Schmitt, 2002). Aujourd'hui la médiation s'est développée dans six branches d'activités : la médiation institutionnelle, la médiation pénale, la médiation judiciaire, la médiation familiale, la médiation conventionnelle et celle qui nous intéresse : la médiation en santé ou sanitaire.

Le décret du 5 mai 2017 englobe les notions de médiation "sanitaire" et "en santé" en la définissant ainsi : *"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"*³³.

Les actions de médiation sont menées par des médiateurs en santé. Comme le souligne le Programme Nationale de Médiation en Santé (PNMS) : *"ils [les médiateurs] travaillent à la fois avec les populations et avec les professionnels du système de santé : les médiateurs de santé jouent le rôle d'interface temporaire pour construire à terme un accès facilité au système de droit commun."*

³³ Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

Comme le résume la médiatrice en santé du programme : *“Nous, notre travail c’est de faire le lien, on est comme un pont entre deux mondes”*. En effet, le médiateur joue le rôle d’une tierce personne entre la personne accompagnée et les professionnels de la santé afin de permettre une compréhension réciproque, meilleure et durable, créer des liens entre ces deux parties et construire ainsi l’accès au système de santé de droit commun (Teoran, 2014). Le médiateur santé crée ainsi du lien entre l’offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. (HAS, 2014).

Le médiateur à plusieurs rôles. Être un relais soit entre les gens et l’institution, soit entre les acteurs du sanitaire et du social, soit entre l’usager et le professionnel ou encore entre le citoyen et l’administration. Pour cela, il réduit la difficulté des institutions à répondre aux problèmes de populations laissées à l’écart. Être un porte-parole, cela suppose de recréer des liens, de dialoguer avec les personnes concernées, dialogue débouchant parfois sur une remise en question des manières de faire institutionnelles ou professionnelles en interrogeant les normes d’intervention en vigueur (Laval, 2020).

Ainsi, le référentiel de la Haute Autorité de Santé en date de 2017 pour la médiation indique plusieurs objectifs à la médiation en santé :

- 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.

Sa reconnaissance récente par les politiques publiques est le fruit d’un travail de plaidoyer de la société civile et des associations, dont Médecins du Monde.

A la différence de la médiation sociale apparue comme une forme de renouvellement des formes traditionnelles du travail social (Barthélémy, 2009), le développement de la médiation sanitaire a longtemps été impensable dans le système de santé français. Cela s’explique d’une part, par le fait que l’approche bio médicale ou “le cure” était de mise dans le système de santé français, notamment jusqu’à l’apparition de l’épidémie du virus de l’immunodéficience humaine (VIH) (Gerbier-Aublanc, 2020). D’autre part, le système Français est construit sur une idéologie d’universalisme, ce qui a longtemps eu pour conséquences de rendre impensables et invisibles les difficultés d’accès aux droits et les discriminations survenant aux différentes étapes des parcours de soins (Fassin, 2001).

L’émergence de la médiation en santé en France est très fortement liée à l’histoire de l’épidémie du VIH et du sida (Gerbier-Aublanc, 2020). A la fin des années 1980 le système de santé Français montre

ses limites et son impuissance tant en terme médical que politique à lutter contre l'épidémie. Les dysfonctionnements sociaux révélés par l'épidémie introduisent en ce sens de nouvelles façons de "faire de la santé publique" (Fassin, 2008), notamment en s'inscrivant davantage dans des pratiques de "care". La médiation en santé a été portée par des partenariats expérimentaux entre des associations et la Direction générale de la santé comme réponse spécifiques chez les populations migrantes pour dépister et prévenir de l'infection du VIH.

La médiation en santé apparaît également, en partie, comme une professionnalisation des "adultes-relais" au sein de quartiers accueillant des populations immigrantes. Ils avaient, entre autres, pour objectif de faciliter l'accès aux droits de ces publics et leurs interactions avec les services publics, dont le système de santé. Puis différentes expérimentations en lien avec la médiation en santé se sont succédées : en 1994, l'association PoPS a expérimenté sur Grenoble la médiation en santé avec des personnes en situation de précarité. Entre 2000 et 2005, le ministère de la Santé a financé et piloté un programme expérimental de cinq ans avec l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée pour former 150 médiateurs en santé.

Les résultats satisfaisants des phases expérimentales ont encouragé un certain nombre d'hôpitaux, de centres de santé communautaires, d'ARS à financer des postes de médiateurs en santé afin de lutter contre les inégalités en santé et le non-recours aux soins. L'objectif de la médiation en santé s'inscrit dès ses débuts dans l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention et vise à faciliter les relations entre professionnels de santé et usagers.

Un mouvement de plaidoyer pour la reconnaissance du métier s'engage avec la création en 2006 du collectif français de médiation en santé publique. Longtemps dépourvue de cadre juridique et de référentiel professionnel, la médiation en santé est pour la première fois officiellement reconnue en France par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 qui reconnaît la médiation comme profession. La publication par la Haute Autorité en Santé d'un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques vient, en 2017, compléter cette première étape de reconnaissance juridique en définissant et en encadrant les modalités d'intervention des acteurs participant aux dispositifs de médiation en santé ainsi que leur place dans le parcours de soins des personnes concernées.

Qualifié par Bertrand Schwartz de métier « *fragile et précieux... qui s'est fait en marchant* », il connaît une situation paradoxale entre, d'une part, la reconnaissance de son utilité sociale et économique et de son efficacité à réduire les Inégalités Sociales de Santé (ISS) attestées par des rapports d'évaluation et, d'autre part, une professionnalisation "inachevée" et "dormante" qui en fait un "parent pauvre" du champ de la médiation (Comité interministériel des villes, 2009).

On peut expliquer cela par plusieurs raisons : le caractère multidimensionnel et transdisciplinaire de la médiation en santé, sa faible institutionnalisation dans les dispositifs publics ainsi que la concurrence avec d'autres travailleurs sociaux la rendent difficile à délimiter avec précision. En effet, la pluralité des champs d'intervention de la médiation en santé et la spécificité des accompagnements requis selon les individus complexifient la définition précise de ce que recouvre ce métier émergent ainsi que l'identification de ses limites. (Gerbier, Aublanc, 2020). De plus, le manque de formation uniformisée complexifie les efforts de définition du métier, qui demeure flou pour les publics visés comme pour les partenaires potentiels des secteurs médicaux et sociaux. Or une étude réalisée en 2019 montre que la formation des médiateurs est une question centrale tant pour acquérir ou renforcer leurs compétences et savoir-être que pour une professionnalisation garantissant et reconnaissant leur expertise pour intervenir auprès de publics vulnérables (Haschar-Noé, 2019).

On ne peut donc pas aujourd'hui faire l'économie de la médiation. En termes d'égalité sanitaire et social, elle a un rôle fondamental pour améliorer la situation des populations précaires, cela se confirme dans le programme.

2.2. La médiation en santé au sein du programme : un outil reconnu et central du programme squat et bidonville

Au fil de l'enquête il est apparu que la médiation a pris une place de plus en plus centrale au sein du programme. Lors du bilan en 2018, il est ressorti que la fonction des médiateurs en santé était mal perçue et répondait la plupart du temps à des situations d'urgence et faisait surtout fonction d'interprète. De plus, le fait de continuer les cliniques mobiles mettait à mal le travail de médiation et d'autonomisation dans le parcours de soin des personnes. C'est une des raisons pour laquelle il a été décidé d'arrêter les cliniques mobiles et de renforcer les actions d'aller vers et de médiation en santé.

Aujourd'hui, la fonction de la médiation a évolué et les activités de médiation sont essentiellement tournées vers l'accompagnement physique tel que l'accès au soin, l'ouverture des droits en santé, le lien avec les acteurs de droit commun. Au fil du temps ce travail a permis d'une part de nouer une relation de confiance avec les habitants, ce qui est indispensable au travail de médiation et d'autre part de sensibiliser les professionnels de santé aux problématiques que les personnes en squats et bidonvilles rencontrent. La médiation en santé a contribué au développement d'action en santé

communautaire sur 4 sites (prévention bucco dentaire, ateliers avec les enfants à Cazemajou³⁴) grâce à l'identification des besoins, par le lien créé.

La médiation a su démontrer son appui fondamental pour le programme. Il ressort des entretiens et des observations sur le terrain que la médiatrice en santé a un *“rôle hyper puissant et un lien d'attachement très fort avec les personnes”*. Les médiateurs pairs ont également une présence importante pour les populations.

Précisons que la personne paire est une personne qui a vécu une expérience similaire aux personnes qu'elle aide, parce qu'elle vient du même quartier ou du pays, qu'elle a travaillé dans le même lieu, qu'elle a été malade, et qui se sert de ce savoir expérientiel pour conseiller, accompagner, traduire, etc. Le travailleur pair a acquis des compétences et des connaissances spécifiques tirées de son expérience auxquelles un autre travailleur aura du mal à être formé. Ainsi, il ressort de l'enquête qu'ils ont *“ été un vrai pont, on a pu entrer en lien avec des populations plus facilement, avec plus de confiance”* explique un salarié. Un autre explique qu'ils ont une *“légitimité d'intervention sur le terrain”* du fait de leur connaissance des personnes et des situations. Lors du départ des médiateurs pairs *“ je ne sais pas comment on va faire sans eux après le départ de l'équipe, c'est beaucoup plus facile avec leur présence”* relate un bénévole. Un autre rapporte *“avoir deux médiateurs pairs et qui savent exactement de quoi il s'agit et casse les fantasmes de “ah non mais ça ne va pas marcher, c'est efficace, c'est énorme, cela permet de se poser des meilleures questions”*. Aussi, lors des réunions d'équipe et des points sur les situations des personnes, les médiateurs apportaient des éclaircissements pertinents et permettaient une meilleure compréhension des réactions, des tensions, des comportements des personnes rencontrées, souvent non sans émotions. Les médiateurs pairs également sont conscients de l'importance de leur fonction : *“je comprends mieux les façons de réagir des gens car je l'ai vécu, je peux expliquer aux personnes comment cela fonctionne mais aussi à l'équipe les réactions”*. *“Je connais beaucoup de monde, ça me tient à coeur, je veux que les choses changent, montrer aux gens que c'est possible de mieux vivre”*. Ils ont été une véritable avancée pour le programme, surtout pour les personnes vivant en squat et bidonvilles. Les médiateurs pairs par leur contact au sein des communautés ont pu signaler au membre de l'équipe des lieux où les besoins en santé étaient importants. Cependant, il convient de rappeler que le travail de médiateurs pairs demande un encadrement et un suivi important.

Au sein du programme des actions pour développer la médiation en santé ont été menées notamment par une formation créée et dispensée par la médiatrice en santé du programme. Cela a permis de former et sensibiliser à la médiation des salariés et bénévoles de la mission squat et

³⁴ Nom donné au bidonville par l'équipe

bidonville et du CASO. Cette formation permet de comprendre le rôle du médiateur en santé en particulier vers un public en situation de précarité. Des outils graphiques représentant visuellement la médiation en santé ont été créés pour les personnes extérieures au programme et notamment les personnes vivant en squats et bidonvilles et cela afin de contribuer à l'amélioration de la compréhension de la fonction de médiateur.

La participation par la médiatrice en santé à des réseaux d'acteurs nationaux et locaux notamment la participation au réseau de la santé inCittà au niveau local permet de faire rayonner la médiation en santé. En effet, partir de septembre 2015 l'association inCittà, Regards santé avec les Ateliers Santé Ville (ASV) de Marseille ont entamé un travail sur la médiation en santé sur le territoire marseillais qui vise à soutenir les médiateurs et contribuer à les former au travers l'échange de pratiques, l'accompagnement vers l'auto-évaluation et le renforcement de projets existants. Le programme participe également au programme national de médiation en santé (PNMS), destiné au renforcement de la médiation pour les populations en situation de précarité qui contribue au développement et à la professionnalisation de la médiation en santé. La participation au réseau du programme national en santé médiation permet des échanges permettant de valoriser et d'échanger sur les pratiques entre médiateurs en santé. En effet, après une phase expérimentale de 2 ans le PNMS a accompagné et formé des nombreux médiateurs en santé d'une part, et d'autre part, participé à la reconnaissance de la médiation en santé au niveau national notamment grâce au plaidoyer menant à l'inscription de la médiation en santé dans la LMSS et dans le référentiel de la HAS précédemment cité.

Cependant on note des difficultés à mesurer l'impact des actions de médiation en santé sur les personnes vivant en squats et bidonvilles. Il est difficile de mesurer le travail avec l'humain, le rapport à l'autre. Le programme a de nombreux indicateurs d'activité mais peu ou pas d'indicateurs d'impacts pour mesurer ces actions. Or ces indicateurs jouent un rôle important sur les changements pour les personnes ciblées dans la valorisation du travail d'une équipe. Penser les indicateurs d'impact et les outils qui permettront de les relever est un des points importants pour l'avenir des actions. Ainsi, certains indicateurs peuvent être établis : le passage vers une conversation plus profonde, la confession d'un problème plus intime, une personne perdue de vue qui revient demander de l'aide, lorsqu'une personne se rend de façon autonome à un rendez-vous, quand une personne accepte un acte médical qu'il ou elle refusait depuis toujours... Des indicateurs négatifs peuvent aussi être établis: ne voir personne lors d'une sortie, quand un lien est rompu, ne plus voir une personne suivie depuis un moment...

La baisse du nombre d'accompagnements (voir tableau 3) peut être interprété comme un signe d'autonomisation des personnes. D'une part, les personnes n'ont plus besoin d'être accompagnées car elles ont une meilleure connaissance du système de santé et ont acquis une confiance envers les

professionnels. On note également une augmentation du nombre de personnes ayant un médecin traitant³⁵. D'autre part, les professionnels de santé connaissent davantage les conditions de vie et peuvent mieux prendre en charge les problématiques rencontrées. Cela est dû notamment au travail de médiation fait au préalable qui permet de contextualiser les conditions de vie des personnes.

La médiation peut donc être utilisée comme un outil de promotion de la santé.

2.3. Un outil de promotion de la santé permettant de contribuer à la réduction des inégalités sociale de la santé

En France, les conditions de l'égalité d'accès à la santé sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique via une série de dispositifs tels que l'AME, la CSS, les Permanences d'accès aux soins (PASS), les ateliers santé ville (ASV)...

Cependant, comme développé précédemment, l'égalité et l'accès aux droits n'est pas pleinement effectif. Dans ce contexte, la médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins (référentiel HAS).

La loi de modernisation du système de santé de 2016 rappelle en son article 1 que "*système de santé est performant mais inéquitable*". Elle rappelle la responsabilité de l'État dans la réduction des inégalités sociales de santé et insiste sur leur persistance et aggravation et en fait une priorité de santé publique. La médiation en santé est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions aux inégalités de santé dans notre société. En effet, la médiation en santé va dans le sens de l'évolution des politiques en santé : d'un modèle plus individualiste vers un modèle d'empowerment, plus sensibles aux déterminants de la santé (Hashar-Noé, 2019).

Visant la promotion de la santé et son accès pour tous, la médiation est fondée sur les principes d'action et les valeurs éthiques et sociales défendues par la Charte internationale 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. La médiation en santé, en facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions à la complexité du système de santé, la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes, la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits qui provoquent non-recours et retards des soins, la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiels.

³⁵ Données issus des propos d'un salarié présent depuis plusieurs années sur le programme

En ce sens, elle constitue une des voies pour mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé autour *“d'actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé”*(Haschar-Noé, 2019). Pour s'inscrire dans une approche de promotion de la santé, la médiation doit être conçue autrement que comme une négociation assistée. Par rapport au paradigme biomédical, elle doit se déployer dans le cadre d'une approche élargie de la santé. Dans le cadre d'un système de soins hiérarchisé, elle doit représenter pour les parties dont les plus en difficultés un levier leur permettant d'agir sur leur quotidien. En théorie, si ce n'est en pratique, la médiation est porteuse de vrais potentiels en la matière (Lucas 2010).

Les membres du programme se place dans une démarche de médiation en santé et également dans une démarche *“d'aller vers”* les personnes en situations de précarité.

3. L'aller vers : une démarche alliée de la médiation

La crise sanitaire a confirmé la persistance voire l'aggravation des inégalités notamment des personnes en situation de précarité. La mesure 27 de prévention et de lutte contre les inégalités de santé du Ségur prévoit de développer et de renforcer plusieurs dispositifs de prise en charge des publics précaires, intégrant notamment des démarches d'aller-vers.

Sera développé en premier lieu la définition de l'aller vers (3.1), puis ses intérêts, notamment pour les personnes vivant en squats et bidonville (3.2) et enfin la nécessité de questionner et d'encadrer cette pratique (3.3).

3.1. Définition et typologie des intervention de l'aller vers

La démarche d'aller vers n'est pas nouvelle et se trouve *"dans les ferments de l'intervention sociale au XIXème siècle qui consistait à se rendre dans les espaces publics où vivent les personnes à la rue afin de tisser des contacts avec elles"* (Avenel, 2021).

L'équipe du programme est mobile et pratique l'aller-vers. La note de cadrage sur l'aller vers rédigé pour la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté la décrit comme *"une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics"*³⁶.

Cette mobilité est donc fondamentale dans la mesure où elle permet d'aller à la rencontre de personnes ayant des difficultés d'accès au droit commun, de contribuer à la création de lien social et permet aux acteurs intervenants de développer des actions de médiation. Mais qu'est-ce que recouvre exactement cette mobilité ? Il existe de nombreux termes pour parler des actions d'aller vers : des maraudes, des équipes mobiles, le travail de rue, les actions hors les murs... Chaque terme couvre une réalité différente. Par exemple, les maraudes étaient initialement employées pour désigner les taxis qui circulaient lentement afin de trouver un client. Les maraudes font donc référence à une recherche prospective, sans public cible. A la différence des équipes mobiles qui ont des lieux de passages fixes et pérennes. L'aller vers peut être caractérisé par *"l'adaptation de ses*

³⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf

formes à divers publics et réalités sociales” (McCluskey, 2016). En effet l’aller vers peut être une démarche utilisée à visée commerciale, pour un public aisé. Mais aussi dans un objectif de toucher des personnes en situation de précarité, exclues du système, comme c’est le cas du programme.

De plus, il existe deux sortes d’équipes mobiles. Une centrée sur une approche thématique et l’autre populationnelle. Les équipes mobiles avec une approche thématique sont spécialisées dans certains pans de la santé telle que les addictions, la santé sexuelle et reproductive... Cela signifie que ces équipes peuvent intervenir auprès de toutes les populations, précaires et moins précaires, quel que soit le lieu où leur besoin s’est exprimé. Les équipes mobiles ayant une approche populationnelle interviennent sur des lieux plus fixes et “pérennes” ce qui induit un rapport différent à la prospection. Elles interviennent par exemple dans les bidonvilles et les squats, dans les hôtels où sont hébergées des personnes orientées par le 115, etc. Ces lieux évoluent au gré des événements (expulsion, incendies...). Les interventions peuvent généralement se dérouler sur un temps relativement long.

C’est dans ce deuxième cas de figure que se trouve l’équipe mobile de médecins de monde.

3.2. L’intérêt à réaliser de l’aller vers

L’aller vers des populations en situation de précarité, que cela soit dans un contexte de crise sanitaire ou non permet *“d’avoir une présence pour les personnes les plus oubliés, qu’ils puissent avoir quand même quelque chose sur qui, sur quoi se reposer, on est là pour un truc immense, on n’est pas là que pour la santé et du coup c’est vraiment avoir une présence pour pleins de choses”* explique un salarié. Un autre précise : *“c’est trop important d’aller vers les endroits invisibles, cela permet de montrer aux gens qu’on ne les oublie pas, qu’ils existent”*.

La démarche d’aller vers permet donc de toucher un public éloignés du système de santé, en situation de précarité. Wresinski définit la précarité comme *“l’absence d’une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l’emploi, permettant aux personnes et familles d’assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux”*(Wresinski, 1987). Elle est différente de la pauvreté, qui est l’absence ou l’insuffisance de ressources financières relativement à un seuil fixé arbitrairement dans chaque pays. La précarité peut être *“bonne”* lorsque les personnes sont en capacité de demander de l’aide et de trouver cette aide dans leur environnement. Il existe aussi une *“mauvaise”* précarité, lorsque les personnes ne demandent pas ou lorsque l’environnement ne peut répondre à la demande, explique Jean Furtos lors d’une conférence en 2009. Ce non-recours et non-demande peuvent s’expliquer de nombreuses manières. Une enquête réalisée par le Centre Nationale de la Recherche Scientifique

Pacte (CNRS) analyse les différents déterminants pouvant expliquer ce non-recours³⁷. Cela peut être perçu comme stigmatisant d'être rattaché à un dispositif. Une personne peut refuser la reconnaissance sociale produite par la proposition d'aide.

Par exemple, en adhérant à un dispositif à destination des personnes se prostituant ou une action en faveur des exilés la personne affiche son appartenance à ce public cible qui peut être stigmatisé dans la population. Cela peut également provenir des modèles culturels auxquels ils sont attachés qui impliquent de ne pas demander à autrui (Mazet, 2010). Cela peut également venir de la perte de confiance en soi, dans les autres et dans le temps (Furtos, 2009). Elles peuvent aussi avoir perdu confiance dans la capacité des "autres", de l'entourage, des structures du droit commun à répondre à leur demande. La démarche d'aller vers permet donc de lutter contre le non recours et de faire émerger la non demande (Warin, 2016). L'enjeu pour y parvenir est donc de faire émerger la vraie demande, une demande formulée n'est pas toujours le reflet des besoins de la personne. Il faut alors trouver pour l'intervenant l'équilibre entre l'offre, la demande et les besoins. On peut distinguer deux écoles de pratique pour initier l'accompagnement des personnes qui ne sont pas dans la demande. Soit "*faire émerger une demande*", les intervenants qui ne proposeront d'orientations qu'à partir des demandes formulées par les personnes elles-mêmes, ces intervenants accompagnent la personne dans leurs réflexions. Soit "*proposer*" une demande à partir de l'évaluation de la situation de la personne. Parfois, l'intervenant doit porter la demande de la personne pour elle, parce qu'elle n'est pas en capacité de demander (Furtos, 2007). Sur le terrain, les frontières entre ces pratiques sont beaucoup plus floues.

C'est pourquoi, des pré-requis sont indispensables pour mener à bien une telle démarche (ARS, 2018). L'instauration d'un lien de confiance semble être une des clés : "*la permanence du lien prévaut sur la permanence du lieu*" explique Alain Mercuel. La création et l'entretien d'un lien de confiance est primordial pour une intervention d'aller-vers qui s'inscrit dans la durée (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). Comme ce fut le cas lors de l'arrivée de l'équipe dans les squats, il a été nécessaire d'amorcer le contact petit à petit en discutant, en écoutant, en frappant aux portes, en venant régulièrement. Tout en respectant la vie privée et l'intimité de chacune et chacun. En effet, une relation de confiance se tisse notamment grâce au respect de certaines valeurs, comme le non-jugement, le respect des choix d'une personne. Cependant, la définition de ce lien de confiance n'est pas existante, il peut être difficile à définir car assez personnel selon les personnes rencontrées.

³⁷ Antoine Rode. Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.. Sociologie. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010. Français. [tel-00488403](tel:00488403)

Pour créer et conserver ce lien il est important d'être régulier dans les interventions souligne une enquête menée auprès des équipes mobiles en Ile de France. La régularité d'intervention est citée comme une stratégie indispensable à la création du lien : une présence inconditionnelle et régulière sur un même lieu au même horaire. Cela a pu être mis en place avec l'équipe renfort. Leur disponibilité permanente dû à leur fonction permettait cette régularité de passage. Ce lien n'étant pas une finalité en soi mais peut devenir un support pour faire émerger une demande et ainsi orienter et accompagner ces personnes et éviter les ruptures dans l'accompagnement.

L'aller vers permet donc de restaurer le lien social, de visibiliser des personnes coupées du système et de les "faire aller" vers le système de santé tout en faisant venir le système de santé vers eux.

La crise sanitaire a permis de démontrer que l'aller-vers est crucial pour mener une veille sanitaire globale. En effet, cela a permis d'anticiper et répondre aux urgences, aux épidémies, aux clusters... Pour preuve, entre 2020 et 2021 4 des 5 clusters signalés sur les squats et bidonvilles ont été identifiés par les équipes de la mission (Rapport d'activité Missions squats et bidonvilles, 2021).

Un des intérêts mis en avant dans la démarche d'aller-vers est le renforcement du pouvoir d'agir des personnes (Bouillon et Dubois, 2020). En effet, "faire avec" les personnes pour reconquérir leur pouvoir d'agir est central. Le référentiel éthique de l'aller-vers pose le respect de certaines valeurs telles que l'inconditionnalité, la juste proximité, l'écoute, le libre choix des personnes, pouvoir d'agir, rétablissement, sont les fondamentaux du référentiel éthique de l'aller-vers (Référentiel de missions et d'évaluation des maraudes et des Samu sociaux, 2018). Ainsi, ce qui est recherché est la valorisation et le renforcement des capacités et des ressources des personnes.

L'approche d'aller-vers est donc utilisée pour toucher les personnes qui ne viennent pas dans les structures et qui ne demandent pas afin qu'ils prennent soin d'eux et de leur santé. Mais cela demande à être encadré notamment dans l'équilibre à trouver dans la relation (Mercuel 2018).

3.3. Une pratique à encadrer : aller vers pour aller où ?

L'un des responsables de la mission se questionne : *"d'accord, on va ici et là mais pour y faire quoi ? On pose une tente et on attend que les gens viennent ? On va faire du porte à porte ? On veut voir quoi comme changement là bas ? C'est important de se poser ces questions"*.

Cyril Avenel avance le fait que l'aller vers est imprégné d'une série de logiques en tension : *"entre l'adaptation de la personne à la société et l'adaptation de la société à la personne, entre le respect du libre arbitre et le devoir d'aide à autrui, entre le contrôle social et l'émancipation, l'assistance et*

l'autonomie, l'intervention sectorielle et l'approche territoriale, l'individuel et le collectif, entre les savoirs professionnels et les savoirs expérientiels" (Avenel, 2021).

C'est pourquoi il apparaît important de réfléchir à la façon dont sont organisées les pratiques, tout en veillant bien à garder une certaine marge d'adaptation en fonction des personnes rencontrées. Il est ressorti des entretiens différents questionnements de la part des bénévoles sur leur pratique : *"parfois on arrive chez les gens, je ne suis pas très à l'aise, on n'est pas forcément invité"*.

En effet, l'une des particularités de l'aller vers est qu'il s'effectue hors des murs, hors d'un cadre qui permet de formaliser la relation comme une salle d'attente, avoir un horaire de rendez-vous, être en face à face comme c'est le cas au CASO par exemple. C'est l'intervenant qui fait la démarche de rechercher une personne ou un groupe faisant partie de son public cible. Dans ce but, l'intervenant se déplace dans les lieux de vie de ces personnes, là où elles travaillent, habitent, etc (Addiction Méditerranée, 2015). Il s'agit alors pour l'intervenant de trouver "sa place", la "bonne proximité" avec les personnes. En effet, un élément important dans une démarche d'aller-vers est le changement du rapport entre l'intervenant et le public ciblé. Comme l'explique l'association Tremplin "aller-vers" institut d'emblé un autre rapport que celui habituellement présent entre soignant et soigné puisque c'est le professionnel qui est en demande et non l'inverse. Cela implique que les professionnels soient dans un principe de collaboration plutôt que de transmission d'un savoir (Addiction Méditerranée, 2015).

Ainsi les personnes rencontrées ne sont pas dans l'obligation de se conformer à ce qui est attendu. Faire de l'aller vers c'est donc essayer des refus, respecter et accepter qu'une personne ne souhaite pas engager une conversation ou recevoir une aide. Les bénévoles et salariés du programme ont fait face à ces refus de soins et les manquements au rendez-vous étaient nombreux. Un salarié explique *"on fait face à des murs, je prends la tension, c'est hallucinant, je leur explique qu'il faut aller à l'hôpital mais non ils ne veulent pas"* il continue *" en même temps je suis qui pour lui dire quoi faire ?"*.

Cela ne doit être perçu ni vécu comme un échec, mais bien comme une dimension intrinsèque à l'intervention, dans sa dimension intrusive de l'aller-vers (Chapelet, 2019). Il s'agit d'obtenir le consentement de la personne, de se rendre disponible pour échanger avec elle lorsqu'elle en manifeste la demande ou le besoin. Ainsi, l'aller vers, notamment sur des squats et bidonvilles est un véritable jeu d'équilibriste : respecter l'intimité des gens, ne pas être trop intrusif, comprendre leur demande et refus tout en "prenant soin" de leur santé.

Aussi, l'équipe du programme ne relève pas du droit commun ; comme cela peut être le cas d'une PASS mobile ; lorsqu'elle intervient sur un site cela doit être limité dans le temps, même long, afin de

ne pas amener à la création d'un système parallèle. C'est pourquoi pratiquer l'aller-vers accompagner d'un médecin réalisant des consultations médicales sur les lieux est pertinent si un accompagnement social vers le droit commun est réalisé simultanément. Lors du bilan effectué en 2018, c'est une problématique qui était ressortie : le fait de continuer les cliniques mobiles auprès des populations s'est avéré être en contradiction avec le temps car cela mettait à mal le travail de médiation et d'autonomisation dans le parcours de soin des personnes.

On peut également s'interroger sur les limites de l'accompagnement, non seulement dans le temps mais aussi dans son contenu. Quels sont les critères pour mettre fin à un accompagnement ? A quel moment considère-t-on qu'une personne est autonome ? Une limite temporelle ou de situations où les personnes sont considérées comme "autonomes" peut être envisagée afin que ces actions soient à visées émancipatrices. Idéalement, l'accompagnement prend fin quand la personne est actrice de son parcours, en mesure de faire des choix et de les faire respecter (Vallerie et Bossé 2006). Aussi, lorsqu'elle dispose des outils nécessaires pour renforcer sa capacité à agir.

Il apparaît donc important de définir communément ce qu'est l'aller vers pour une équipe et les actions qui y sont menées pour *“garantir la qualité des actions et prestations réalisées et offrir un outil d'évaluation des pratiques dans une perspective de réflexion, d'analyse et d'évolution des pratiques, afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes rencontrées”*(Chapelet, 2018).

Par exemple, le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) a formalisé ses pratiques afin d'avoir un *“cadre de référence”* qui a pour objectif de rappeler le cadre éthique d'intervention et les valeurs communes. Il se compose des 13 missions principales qui constituent le cœur du travail des maraudes et Samu sociaux : *“aller vers la personne ; créer un lien avec elle ; évaluer sa situation ; faire émerger sa demande ; accompagner la personne ; orienter celle-ci vers les dispositifs et acteurs adéquats ; alerter les partenaires, les acteurs locaux et les pouvoirs publics ; restituer son activité auprès des partenaires, des financeurs ; participer à l'observation sociale des besoins ; sensibiliser ; travailler en partenariat ; (se) former et (s')informer ; appliquer et respecter les droits et libertés de la personne”*(Référentiel de missions et d'évaluation, 2018).

Ainsi, comme le recommande l'ARS, ce cadre de référence peut être complété par des définitions communes par l'équipe de ce qu'est l'aller vers, les contours de la confidentialité, du libre arbitre, du refus de se soigner, de clés pour développer le pouvoir d'agir des personnes...(ARS, 2018). Chaque équipe mobile, qu'elles soient composées de bénévoles, de salariés ou mixtes peut ainsi agir au mieux sur les lieux d'intervention.

Cela permet de poser des objectifs de changements en fonction des besoins et des ressources des personnes, toujours dans le but final d'aller vers le renforcement de la capacité à agir des personnes et de favoriser leur participation.

4. L'enjeu autour de la participation des personnes en situation de précarité

L'un des trois objectifs principaux du programme est de favoriser la participation des individus et de mettre en place des actions de santé communautaire. Après avoir défini la participation et son émergence dans les politiques publiques (4.1), nous verrons en quoi et comment une équipe mobile peut contribuer à favoriser la participation des personnes (4.2). Notamment à travers les prérequis identifiés pour mettre en place cette approche (4.3).

4.1. L'émergence d'une législation promotrice de la participation

« *Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi.* » Nelson Mandela.

L'origine étymologique latine du mot "participation" renvoie à l'idée de prendre part ou d'avoir part à une action collective. La participation est une valeur qui repose sur une ambition déjà ancienne des sociétés démocratiques, selon laquelle les citoyens souhaitent participer au fonctionnement des institutions publiques et plus particulièrement aux décisions qu'elles prennent (CNLE, 2011). Selon la définition du programme européen des personnes accompagnées (PEPA), *"la participation citoyenne reconnaît la contribution, sur un pied d'égalité, de toutes les parties prenantes aux processus décisionnels. Elle part des expériences individuelles pour construire une parole, un projet collectif et commun. Les participants doivent être informés du cadre et des enjeux de ce à quoi ils sont associés et en connaître ensuite les résultats justifiés. La participation est une forme d'expression de la démocratie, un outil de lutte contre l'exclusion. Elle renforce la citoyenneté de tous"*.

Les concepts de participation et de pouvoir d'agir ont émergé dans les politiques publiques depuis une quinzaine d'années notamment dans le champ socio-sanitaire avec la loi du 2 janvier 2002 qui se tourne vers la participation des usagers. Dans cette loi, les personnes sont mises au centre du changement. Elle vise à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes notamment à travers les conseils de vie sociale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui seront désormais obligatoires (Légifrance 2002). Cette loi est suivie par la loi du 4 mars 2002 (Légifrance 2002) qui officialise la démocratie sanitaire en France. Elle est relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. Puis dans la loi de 2016 relative à la modernisation du système de santé y a dédié également un axe visant à *« renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire »* (Légifrance 2016).

Il existe différentes échelles de mesure de la participation. Nous retiendrons celle proposée par Davidson (1984) qui retient quatre types de participation en fonction des objectifs poursuivis.

- L'information : donner une information équilibrée et objective à la personne pour aider à comprendre le problème, les alternatives, les opportunités et/ou les solutions.

- La consultation : obtenir des commentaires dans les phases d'analyse, de formulation de propositions et/ou de prise de décision.

- La participation : travailler directement avec les personnes tout au long du processus pour s'assurer que ses préoccupations et ses aspirations sont bien comprises et prises en compte.

- L'autonomisation : s'assurer que les personnes exercent un contrôle dans les décisions clés qui affectent leur bien-être.

Pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale, participer permet de donner son avis, de témoigner de son expérience, de faire connaître ses conditions de vie. Elle a aussi un intérêt pour les acteurs professionnels car elle peut conduire à des politiques et des lois adaptées aux besoins et ressources des personnes. Pour le Comité Nationale de Lutte contre l'Exclusion (CNLE), la participation permet aux personnes en situation de précarité de ne plus être *“seulement vues comme des bénéficiaires de dispositifs et de mesures, mais bien comme des citoyens à part entière”* (CNLE 2011). Comme le souligne un groupe de travail de l'OMS, *“il paraît presque réactionnaire aujourd'hui de proposer une stratégie de développement qui ne fasse pas appel à la participation, et les principales étapes de développement – recherche, planification, mise en œuvre, évaluation – ont toutes été réorientées pour les rendre participatives”*.

La participation a également affirmé sa place en promotion de la santé, ses prémices remontent à la conférence d'Alma-Ata en 1978 organisée par l'OMS. Il est préconisé de favoriser la participation des personnes pour prendre soin de leur santé. Ce principe est réaffirmé par La Charte d'Ottawa, qui pose cinq axes stratégiques en promotion de la santé : l'élaboration de politiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (OMS, 1986).

L'un des ces cinq axes, l'approche de santé communautaire indique que *“la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la*

responsabilité de leurs actions” (Ottawa 1986). La participation est donc un élément central de la définition et peut être considérée comme un axiome de la démarche communautaire en santé (Bauw, 1998).

La démarche communautaire part des difficultés exprimées par une communauté, les considère dans leur complexité et leurs relations et cherche des solutions avec la population tout en s’appuyant sur les potentialités de celle-ci. La participation communautaire peut donc être considérée comme un moyen nécessaire pour améliorer la santé, ou d'un point de vue finaliste dans un but d’émancipation et de développement du pouvoir d’agir afin de réduire les inégalités sociales de santé. Rifkin propose une classification de la participation communautaire selon cinq niveaux (Rifkin 1996) :

- Celui où la population bénéficie des services mis à disposition par les organismes, mais n’intervient pas sur les choix et contenu des programmes.
- Celui où la population participe aux activités des programmes, mais n’intervient pas sur les choix et contenu des programmes.
- Celui où la population est impliquée dans la prise de décision concernant les modalités de déroulement des activités. Cependant elle n’intervient pas sur les choix et objectifs initiaux des activités.
- Celui où la population est impliquée dans l’évaluation du projet.
- Enfin celui où la population est impliquée dans les choix initiaux concernant l’élaboration des programmes.

Ces explications montrent en quoi la participation permet de restaurer la confiance des personnes et d’aller vers une autonomie, un renforcement de la capacité à agir des personnes en situation de précarité. Cela peut être illustré par l’importance de la participation au sein du programme.

4.2. La santé communautaire au coeur d’une équipe mobile : une démarche importante pour le programme

Aujourd’hui, de nombreuses associations accordent une attention particulière à la participation des personnes accompagnées, notamment dans leur projet associatif et dans leur fonctionnement. La “participation” ou le “pouvoir d’agir” sont devenus les maîtres mots de nombreuses initiatives associatives et politiques publiques. En pratique, ces notions recouvrent des réalités très diverses et rares seraient aujourd’hui les pratiques qui poussent la méthode jusqu’au bout.

Il est ressorti de l'enquête que pour le programme et Médecins du Monde en général la santé communautaire, la participation, le renforcement de la capacité à agir sont *“de grands défis, c'est ce qu'on aimerait développer”* indique un salarié du programme. C'est un axe prioritaire de la stratégie France de Médecins du Monde *“Nous sommes convaincus que tout changement durable passe par le développement du pouvoir d'agir”* des populations sur leur santé. Leur *“empowerment”* guide notre action³⁸.

En effet, les habitants des bidonvilles sont particulièrement exposés aux effets négatifs des inégalités sociales de santé : *“La pauvreté prive les personnes des conditions essentielles à leur intégration minimale à la société et à leur participation aux progrès de celle-ci. Elle affecte aussi les personnes dans leur dignité, porte atteinte à leur sentiment de compétence personnelle et maintient l'immense majorité d'entre elles dans une marginalisation très éprouvante”* (Robichaud, 1994). Les habitants des bidonvilles sont donc exposés à un plus grand risque de perte de pouvoir sur leur santé c'est pourquoi il est pertinent de contribuer au renforcement de la capacité des personnes à prendre soin de leur santé.

Cependant il est ressorti *“qu'on est très mauvais là-dedans”*. En effet, il ressort que *“la participation des habitants est un vrai fiasco, c'est un axe que tout le monde a du mal à mettre en place.”* *“on ne sait pas faire, l'empowerment, participation c'est des jolis mots mais si tu écoutes tout le monde galère pour impliquer les habitants. Les gens sur le terrain ont autre chose à faire.”* Un responsable associatif explique : *“dans les instances de décisions c'est pareil, autour de la table, c'est toujours les mêmes têtes, ce n'est pas représentatif”*.

Les bénévoles s'interrogent également sur le sens de leurs actions à *“faire avec”* les personnes : *“accompagner les personnes et pas faire à leur place c'est important”*. Cela peut être source de frustration est soulevée par un bénévole qui témoigne de la perte d'efficacité lorsque les personnes concernées ne sont pas associées : *“il faudrait comprendre leurs besoins réels pour que nos actions soient le mieux adaptées possibles”* ou encore *“comment on fait pour faire avec eux, on met des choses en place mais ça ne tient pas, ça tombe à l'eau, il faut faire avec eux mais comment on les mobilise ? Sinon on peut continuer des années ça ne change pas”*. Le souhait de faire du collectif plutôt que de l'individuel émerge *“comment aller plus loin de nos actions, de fois j'ai l'impression qu'on ne sert à rien, comment on peut faire en sorte qu'ils s'entraident, qu'il y ait plus de collectif ?”*.

C'est un réel questionnement au sein du programme qui promeut la participation comme l'un de ses objectifs principaux et a donc prévu lors de la définition de la dernière stratégie de mettre des actions en ce sens. Il convient de préciser que la crise sanitaire a eu un impact sur la participation

³⁸ projet associatif de Médecins du Monde, 2019

communautaire au sein du programme. Avant la crise des actions de santé communautaire avaient été mises en place par l'équipe, cela a dû être arrêté. Aussi, les activités de l'équipe se sont plus tournées vers de la veille sanitaire laissant moins de place à la prévention et à la participation des habitants. La crise sanitaire a également eu des impacts bénéfiques tels que le recrutement des médiateurs pairs.

Aussi, des focus groupe avec les personnes vivant en squats et bidonvilles ont été organisés pour faire émerger les demandes prioritaires et ressources des personnes. Les actions liées à l'amélioration des conditions de vie sont toujours initiées à la demande des habitants et réalisées au maximum avec les habitants par le biais de chantiers participatifs. Un partenaire explique *"le volet de participation des habitants est important, c'était notre vocation de mettre les habitants au cœur du projet, nous, on a peut-être nos idées, on pense que c'est les bonnes mais on essaie de faire émerger les vrais besoins à travers une discussion préalable"*. Cela permet de créer des liens avec les habitants et de les inclure dans le processus d'amélioration, il y a un souhait de *"mettre les habitants au cœur du projet"* sinon *"cela met en péril nos actions"* relate un partenaire. Ce partage de la décision et de la coopération avec les personnes permet de prendre en compte des rapports de force au sein des communautés et des tensions préexistantes. Cela a amené à arrêter les actions plutôt que de continuer alors que le soutien n'émane pas des personnes concernées. Cela a également permis d'identifier *"la nécessité de travailler avec des petits groupes, des familles plutôt que tout le collectif"* relate un partenaire du programme.

Des actions en santé communautaire ont été mises en place. Ces actions ont été conçues en partant de la demande des personnes sur le terrain, en identifiant les priorités pour eux, notamment grâce au travail de médiation en santé. Une campagne de vaccination a été mise en place créant un fort engouement et les habitants se sont investis et ont été parties prenantes dès le diagnostic (RA programme squats et bidonvilles, 2019). Des toilettes ont été mises en place avec et suite à une demande qui a émergé des habitants. Des ateliers créatifs avec les enfants ont été réalisés. Cela a permis de faire émerger une demande non identifiée au préalable : des ateliers de prévention bucco dentaire, sur le brossage des dents, les caries... Ces actions ont permis de mettre en avant des points des forces tel que l'intérêt d'inclure et de demander le consentement de la belle-mère, son avis étant particulièrement écouté dans les familles. Son accord aura alors un poids important dans la mise en place des actions.

Aussi, lors des échanges avec les habitants des squats et bidonvilles, un jeune garçon explique *"qu'il apprécie venir, je peux faire un peu de traduction de ce que je comprends, j'aime bien donner un coup de main quand je peux"*. De plus, les actions sont en adéquation avec les demandes des habitants : *"ici il faudrait vraiment de l'eau, on doit faire des aller retour pour avoir de l'eau, pour se laver, faire à*

manger s'exprime une habitante. Un autre ajoute *"il y a beaucoup de rats, on ne sait pas comment s'en débarrasser"*. C'est pourquoi l'axe santé habitat a été inscrit comme un objectif principal lors de la dernière stratégie. Partir de la demande et co-construire avec eux une réponse permet d'être au cœur des problématiques rencontrées par les personnes tout en prenant en compte les ressources qu'ils ont pour y faire face. De plus, cela restaure une confiance en eux et en leur capacité à faire valoir leur droit. Par exemple, une expulsion est prévue depuis plusieurs mois sur un site où se rend le programme depuis plusieurs années. Les membres du programme ont organisé, soutenu et accompagné la visite d'un élu ont permis aux habitants de défendre leurs droits et d'interpeller directement les pouvoirs publics.

Les personnes ont alors le sentiment d'être considérées et reconnues socialement. Ces dynamiques ont souvent des conséquences positives à la fois en termes de développement de compétences, de valorisation et de capacité d'affirmation. Le sentiment fréquent de "disqualification sociale" (Paugam, 2009) qu'elles éprouvent est contrebalancé par l'ensemble de ces conséquences positives et des influences positives que présente la participation notamment sur la perception de soi (CNLE, 2011).

Cependant, au fil de l'enquête, il apparaît que la démarche en santé communautaire demande des pré-requis.

4.3. Des pré requis identifiés pour renforcer la capacité à agir des personnes

La démarche communautaire en santé ne se décrète pas (Bass, 1994) et suppose des pratiques professionnelles et institutionnelles particulières qui contribueront à créer un environnement favorable. Comme l'explique un salarié : *"ce ne sont pas des notions évidentes à comprendre, cela perturbe le travail classique du bénévole"*. En effet, cela amène à remettre en question la démarche aidants/aidés à laquelle sont habitués les bénévoles. Cela est ressorti lors des entretiens, notamment avec les bénévoles. On remarque une vision différente de l'accompagnement des personnes selon les bénévoles interrogés. Certains bénévoles se placent dans une posture de soignant et font ressentir un besoin d'être utile, de produire quelque chose de palpable notamment les médecins, notamment par le soin. Comme l'explique un médecin si *"je ne trouve pas mon compte en termes d'utilité je ne viendrais plus"*. Un autre explique : *"tant que j'ai encore le goût du soin, je ferais ça" "pour moi c'est important d'être soignant ça c'est clair, moi je ne sais pas trop quoi faire d'autre"*. D'autres sont plus dans un posture d'accompagnant : *"prendre les choses comme elles viennent dans ma posture de compagnon"* et utilise le terme de *"compagnonnage"* pour décrire leur fonction auprès des personnes. Une bénévole explique *"ici je ne suis pas infirmière et je ne veux pas l'être, ma vision c'est plus du prendre soin de la personne mais pas uniquement le soin"*. Un salarié explique sa vision de l'accompagnement pour faire émerger les demandes autrement que par le soin au sens médical du

terme : *“tu vas te poser là, tu vas découvrir [...] et tu ne vas rien faire, et tu vas kiffer ne rien faire, car pleins d’apports vont arriver, tu vas voir ce qui émerge et en fonction tu agis, là on sera impactant”*. Un autre salarié explique : *“au début tu n’es pas là pour répondre à quelque chose en particulier mais quand tu as vraiment créé du lien et que la personne est contente que tu reviennes et que les demandes sortent”*. Comme l’explique un salarié *“ on est là pour un truc immense, bien plus grand que la santé, c’est vraiment avoir une présence pour pleins de choses pour orienter, social, la demande d’Asile, pour la bouffe, les vêtements, l’assurance maladie, l’ouverture de droits...”*

La posture et la vision de l’accompagnement par les bénévoles et salariés impactent sur la participation, sur le renforcement de la capacité à agir des personnes et la possible mise en place d’une action en santé communautaire. Pour mettre en place des actions en santé communautaire il faut déconstruire les préjugés et ce que l’on pense *“être bon”* pour quelqu’un, être dans une posture d’écoute des besoins et des ressources des personnes. Cela amène à mettre en pratique des compétences différentes et bouleverse les rôles de chacun. On pourrait considérer qu’il devient le participant au projet des habitants et non l’inverse. En effet, les salariés et bénévoles passent d’une position d’*“expert”* à une position d’accompagnant des populations, dans le but de les accompagner à la résolution de leurs problèmes (Pissarro 2004). Comme le clame un médecin en santé communautaire à Marseille *“prenez le pouvoir, pas les médicaments.”*

Ainsi, la personne qui effectue une démarche en santé communautaire peut être vu comme un pédagogue : *“celui ou celle qui se donne pour fin l’émancipation des personnes auprès desquelles il intervient, la formation progressive de leur capacité à prendre en charge leur propre santé individuellement comme collectivement, et qui prétend y parvenir via la médiation d’activités structurées, intégrées à un projet de développement social, et fondées sur leur participation pleine et entière”* (Jourdan et al. 2012). La participation participe donc au renforcement des capacités individuelles et collectives des personnes pour contribuer à leur émancipation.

Au sein de celle-ci, la participation des personnes peut être définie comme un moyen d’atteindre une meilleure santé ou comme une finalité d’autonomie de la personne.

Il convient de préciser que l’autonomie désigne le fait d’agir par soi-même. Cependant, *“pour agir par soi-même il faut disposer des ressources nécessaires pour réussir l’action envisagée”*³⁹. Sans cela, la prescription d’autonomie n’ait rien d’autre qu’une injonction qui confine à l’impuissance. Il est donc important que les personnes aient les outils pour être autonome, sinon cela peut avoir l’effet inverse de celui recherché initialement : le développement du pouvoir d’agir.

³⁹ <https://www.moodstep.com/happyview137-yann-le-bosse-le-pouvoir-dagir/>

Pour y parvenir des outils peuvent être proposés aux personnes et aux bénévoles notamment à travers la formation et l'information. Depuis son implantation à Marseille, les programmes squats et Bidonvilles, a accumulé des connaissances et des compétences approfondies sur les squats et bidonvilles. L'enjeu serait de faire de ses acquis une base de connaissances à diffuser auprès des personnes, auprès des associations, auprès des institutions. Et ne pas oublier les connaissances des personnes, les gens ont "*l'expertise expérientielle mais ils n'ont pas conscience de l'avoir*"⁴⁰. Le travail de l'accompagnant consiste alors à faire émerger ces connaissances afin de trouver des solutions pour faire face, ensemble.

⁴⁰ <https://www.education-populaire.fr/developpement-pouvoir-agir-yann-le-bosse/>

Conclusion :

Il y a quelques mois je suis entrée dans un monde que je ne connaissais pas : les bidonvilles et les squats. Premier jour de stage, première sortie avec l'équipe dans une copropriétés dégradée au nord de Marseille. J'ai pu rapidement me rendre compte de l'état insalubre des lieux et des conditions de vie difficiles des personnes. Je me suis dit que les actions de Médecins du Monde avaient tout leur sens. Puis j'ai participé à la vie de l'équipe, fait face aux problématiques, aux questionnements, aux situations, aux urgences, à la détresse, à l'impuissance.

Alors, aujourd'hui après 6 mois de présence au sein de l'équipe, quelle réponse puis-je donner à la question suivante : les gens sont-ils en meilleure santé après le passage de l'équipe ? Le programme contribue-t-il à son objectif global et principal qui est de participer au renforcement de la capacité à agir des personnes vivant en squats et bidonvilles en vue d'améliorer leur santé ?

La présente recherche semble apporter une réponse positive. La santé des personnes semble s'améliorer après le passage de l'équipe, elles ont pu avoir accès à une consultation, réaliser leurs démarches d'accès aux droits, discuter de leur demande d'asile, faire un dépistage VIH ou autres. Les outils utilisés par le programme sont adaptés, adéquats et montrent le sens et l'intérêt d'une équipe mobile faisant de l'aller-vers. Les actions mises en place par le programme sont adaptées aux besoins et ressources des personnes. Le programme a les connaissances, les aptitudes, les moyens de parvenir à améliorer la santé et les conditions de vie des personnes. Pourtant, au cours des six mois de stage, j'ai constaté que l'équipe a fait face à de nombreuses situations humainement difficiles, sans avoir eu la possibilité de trouver des solutions pérennes et globales.

Alors que faudrait-il pour qu'un changement plus fondamental opère ?

D'une part, une participation plus effective des personnes pour mener vers l'autonomie en partant de leurs ressources semble indispensable pour renverser ce sentiment d'impuissance : *“Une des sources de nos souffrances est l'impuissance, la croyance qu'on ne peut pas influencer le monde qui nous entoure. Quand on ne peut ni fuir, ni se battre, vient l'abatement. Des collectifs entiers peuvent se figer ainsi. Il faut pouvoir agir pour s'épanouir”* explique Yann le Bossé. Il continue : *“les personnes en difficulté doivent être accompagnées dans le but principal de les amener à se solidariser pour constituer une force de contre-pouvoir [...] les personnes en difficulté sont donc accueillies en tant que symptômes d'un problème plus large”*.

D'autres part, un renforcement du plaidoyer qui est un outil fort dont dispose Médecins du Monde. Pour l'association c'est *“un processus visant à influencer les décideurs, c'est-à-dire les personnes qui ont le pouvoir d'effectuer un changement donné dans les politiques et/ou les pratiques, au profit des populations ciblées par nos projets”*. L'association forte de ses observations de terrain, de ses expériences et des réflexions qu'elles ont engendrées, est devenue une force de propositions qui a

contribué à l'adoption d'avancées en matière de santé, telles que la CMU, l'AME, les Observatoires de Santé...

En effet, la philosophie de MDM est d'aller *"là où les autres ne vont pas, témoigner des atteintes aux droits et à la dignité humaine"*, de proposer des modèles concrets de programme en santé aux institutions pour qu'elles s'en saisissent mais sans en devenir les opérateurs de manière pérennes. On peut citer par exemple le dispositif de la PASS de ville à Marseille, le Bus 31 31⁴¹...

Un ancien président de Médecins du Monde l'a expliqué clairement : *"tandis que se développaient ces actions en France et bien d'autres encore, le danger nous est vite apparu du risque de nous substituer à la médecine officielle, normalement en charge de ces problèmes et par là même, de conforter son incurie"*(Granjon, 2013). Ainsi dès 1986 la première mission France Médecins du Monde n'avait pas vocation à durer. Lors de son inauguration d'un dispensaire de santé Monsieur Seguin alors Ministre de la santé avait reconnu l'ambivalence de l'action de Médecins du Monde : *"d'ordinaire une telle cérémonie me remplit de satisfaction ; celle-ci me remplit de honte car elle ne peut se concevoir que sur la faillite de mon Ministère!"*

Aujourd'hui, on constate que la présence de médecins en France s'est développée et compte 56 programmes dont 14 CASO, 18 programmes en santé environnement... et la plupart de ces missions se justifient pleinement. Bien que la présence de ces programmes sur le long terme soit en contradiction avec la philosophie de Médecins du Monde, l'équipe apporte un mieux être aux habitants des squats et bidonvilles. En effet, quel serait le quotidien de ces personnes sans l'intervention de Médecins du Monde ?

⁴¹Association marseillaise est gestionnaire de deux établissements médico-sociaux : un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions et un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues. Le Bus 31/32, créé en 2006, est une émanation de Médecins du Monde (MDM), dont cette mission avait débuté en 1994 dans le contexte de l'épidémie de VIH.

Bibliographie

- ❖ Addiction Méditerranée. (2015). "Aller vers et « Faire avec » : L'expérience de Tremplin.Consulté à l'adresse <https://www.addiction-mediterranee.fr/copie-de-ladistribution-de-materie>
- ❖ Avenel, E. (2021 avril). L'Aller-vers au cœur des mutations du travail social. Conférence introductive pour la journée mondiale du travail social sur la thématique de « l'aller-vers ». France
- ❖ Association Trajectoires, (2017). *Habitants des bidonvilles en France - Connaissance des parcours et accès au droit commun.*
- ❖ Associations Trajectoire, (2019). *Bidonville, sortir, s'en sortir 4 ans : parcours et stratégie d'insertion à partir du logement.*
- ❖ Baillergeau, É. & Grymonprez, H. (2020). « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales. *Revue française des affaires sociales*, , 117-136. <https://doi.org/10.3917/rfas.202.0117>
- ❖ Bardet, I. (2007). D'une "coexistence subie" à une "coopération réussie". Ecole des mines
- ❖ Barthélémy, F. (2009). Médiateur social, une profession émergente ?, *Revue française de sociologie*, 50, 2, p. 287-314.
- ❖ Benazet P., Carles J., Igalens J., Peyre A. (1999) *Gestion des entreprises sociales, associations et établissements sociaux*, La lettre du cadre territorial, coll. « Dossiers d'experts », Paris.
- ❖ Bonafé-Schmitt, J. Dahan, J. (2002). "Les médiations, la médiation ? . *Agora débats/jeunesses*, Les jeunes et le risque.
- ❖ Bourgois, L. (2019). Le bidonville, un objet politique à géométrie variable . *The Conversation*.
- ❖ Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard. DOI : 10.3406/agora.1995.1517
- ❖ Chapelet, H. (2018). Valoriser et formaliser les engagements et pratiques des maraudes. *Rhizome*, 68, 6-6. <https://doi.org/10.3917/rhiz.068.0006>

- ❖ Chauvin S., Jounin N. (2012). L'observation directe, dans L'enquête sociologique, Quadrige, Paris, Presses Universitaires de France.
- ❖ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2011). *Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques*
- ❖ Cohen, M., (2011). Bidonvilles de Nanterre : une destruction en trompe-l'œil. *Plein droit* n°88(1), p.32-36.
- ❖ Comité interministériel des villes (2009). Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale. Les Éditions du CIV.
- ❖ Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.
- ❖ Daubeuf, J. (2018). Le bidonville de " La place " : l'intégration en marge des institutions républicaines dans la France contemporaine. Sociologie. Université de Lorraine.
- ❖ Didier, J. O'Neill, M., Dupéré, S. Stirling J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique*, n° 24(2), p.165
- ❖ Duflo E. (2010). Le développement humain. Paris, Seuil.
- ❖ Dreyer, P. (2006). Être bénévole aujourd'hui. Motivations, engagement, reconnaissance. Marabout.
- ❖ Fassin, D. (2008). Faire de la santé publique (2e éd). École des hautes études en santé publique, Rennes.
- ❖ Fassin, D. (2001) Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins, Rapport d'étude, n°5, Bobigny, Centre de Recherche
- ❖ Ferrand-Bechmann, D. (2011). Le bénévolat, entre travail et engagement: Les relations entre salariés et bénévoles. *VST - Vie sociale et traitements*, 109, 22-29.
<https://doi.org/10.3917/vst.109.0022>
- ❖ Fenneteau, H. (2015). L'enquête : entretien et questionnaire (3e éd). Dunod.
- ❖ Foote, W. (2002). Street Corner Society. La Découverte.
- ❖ Fondation Abbé Pierre (2019). 24ème Rapport sur le mal-logement.
- ❖ Fondation Abbé Pierre (2016). 21ème Rapport sur le mal-logement.

- ❖ Fondation Abbé Pierre (2010). *Les enfants victimes collatérales du mal-logement*. L'État du mal-logement en France 15e Rapport annuel. Paris : Fondation Abbé Pierre.
En ligne : http://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_FAP_2010_cle1b877e.pdf
- ❖ Furtos, J. (2009). De la précarité à l'auto-exclusion. Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'. Paris: Éditions Rue d'Ulm. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/de-la-precarite-a-l-auto-exclusion--9782728837540.htm>
- ❖ Frimousse, S. & Peretti, J. (2019). Comment développer les pratiques collaboratives et l'intelligence collective. *Question(s) de management*, 25, 99-129.
<https://doi.org/10.3917/qdm.193.0099>
- ❖ Gerbier-Aublanc M., (2020). La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant-e-s vivant avec le VIH en France. Working Paper du Ceped, n°45, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD, ERL 1244 Inserm), Available at <https://www.ceppe.org/wp>. DOI: 10.5281/zenodo.3773295
- ❖ Grandjean, J. (2020). Cyprien Avenel et Nicolas Duvoux (dir.), « Le travail social entre pouvoir discrétionnaire et pouvoir d'agir », *Revue française des affaires sociales*, 2, avril-juin 2020, La Documentation française. *Revue française d'administration publique*, 176, 1071-1074.
<https://doi.org/10.3917/rfap.176.0229>
- ❖ Granjon, B. (2013). Réminiscences sur 33 années d'histoire de Médecins du Monde. La magie des commencements. *Hegel*, 3, 203-207. <https://doi.org/10.4267/2042/51457>
- ❖ Haschar-Noé, N. & Bérault, F. (2019). La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publique*, 31, 31-42.
<https://doi.org/10.3917/spub.191.0031>
- ❖ Haute Autorité de Santé (2017), Référentiel : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.
- ❖ INSEE. (2001). 1,3 million d'associations : des hôpitaux et Ehpad aux associations de parents d'élèves et aux clubs de gym.
- ❖ Instruction du 30 janvier 2018 du Gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles. JO du 25 février 2018. Légifrance
- ❖ Ion, J. (2005). Brève chronique des rapports entre travail social et bénévolat. *Pensée plurielle*, no(sup> 10), 149-157. <https://doi.org/10.3917/pp.010.0149>
- ❖ Kivits J., Balard F., Fournier C., Winance M., (2016), *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.

- ❖ Lucas, B. (2009). La médiation pour promouvoir la santé : l'exemple de la maladie d'Alzheimer. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 109–123. <https://doi.org/10.7202/038965ar>
- ❖ Loi n° 70-612 du 10 juillet 1970 tendant à faciliter la suppression de l'habitat insalubre. Légifrance, 1970.
- ❖ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Légifrance, 2002
- ❖ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Légifrance, 2002.
- ❖ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Légifrance, 2016
- ❖ Laval, C. & Gardien, È. (2020). Accompagner ses pairs n'est pas une activité de médiation, pourtant ils sont appelés « médiateurs de santé-pairs »... *Rhizome*, 75-76, 184-192. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0184>
- ❖ Lebleux, D. (1991). Bénévoles et professionnels de la réinsertion sociale : conflits éthiques et conflits pratiques. Note de recherche. In: *Sociétés contemporaines* N°7, éthique professionnelle. pp. 103-112. DOI : <https://doi.org/10.3406/socco.1991.1012>
- ❖ Lion, G (2015). Incertaine demeure, enquête sur l'habitat précaire. Bayard
- ❖ Malet, J. (2006). La France associative en mouvement. La Vie associative, numéro spécial : « Le bénévolat dans les associations », n° 8.
- ❖ Mazet, P. (2010). La non demande sociale : reconnaître l'enjeu de la reconnaissance. In *Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles. Un état de la question.* (p. 1-5). Meylan, France.
- ❖ McCluskey, I. (2016). Pair praticien en santé mentale, l'émergence d'une nouvelle profession. *Dépendances*, (57), 17-19.
- ❖ Médecins du Monde, (2011). Parias, les Rroms en France. http://www.medecinsdumonde.org/mdm/rroms/DP_ROMS_JUILLET2011.pdf
- ❖ Médecins sans frontières. (2020). Diagnostic pré opérationnel, Projet d'accès aux soins et de médiation en santé à destination des populations précaires de Marseille.
- ❖ Mercuel, A. (2018, juin). Aller vers.. d'autres pratiques ? *Rhizome* (68).
- ❖ Morin, E. (2005). Introduction à la pensée complexe (2è Ed). Seuil.

- ❖ Nicol, C. (2015). La requalification du parc immobilier privé à Marseille.
- ❖ Observatoire des expulsions des lieux informels (2019), note détaillée.
- ❖ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, (2012). "Situation sanitaire et sociale des Roms migrants en Île-de-France".
- ❖ Charte d'Ottawa, (1986). Organisation Mondiale de la Santé.
- ❖ Pujol, P. (2018). La chute du monstre, Marseille année zéro. Seuil
- ❖ Przewlocka-Alves, A., & Boussard-Lalauze, M.-F. (2011). Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron*, (206), 123-129.
- ❖ Paugam, S. (2009). *La disqualification sociale: Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- ❖ Pissarro, B. 2004, « Réseaux en santé et approches communautaires », VST - Vie sociale et traitements, n° 81(1), p49-56
- ❖ Rapport d'activité (2021), Programme squat et bidonville, 2021
- ❖ Rullac, S. (2012). Quels enjeux et modalités de collaboration entre les bénévoles et les salariés dans le secteur de l'économie solidaire: Le cas de l'action sociale. *Le Sociographe*, -5, 185-206. <https://doi.org/10.3917/graph.hs05.0185>
- ❖ Rifkin S., (1996), « Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes », *Community participation in the control of tropical diseases* n°61(2), p.79-92.
- ❖ Schwartz, B. (2004). Paroles de médiateurs. *Le journal de l'école de Paris du management*, 47, 22-28. <https://doi.org/10.3917/jepam.047.0022>
- ❖ St-Amand, N. (1995). Compte rendu de [Jean-Bernard Robichaud, Lorraine Guay, Christine Colin, Micheline Pothier, avec le concours de Jean-François Saucier, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Gaëtan Morin éditeur, 1994.] *Reflets*, 1(2), 278–283. <https://doi.org/10.7202/026097ar>
- ❖ Teoran, J. & Rustico, J. (2014). Un programme national de médiation sanitaire: De l'expérimentation à la généralisation. *Études Tsiganes*, 52-53, 181-189. <https://doi.org/10.3917/tsig.052.0181>
- ❖ Thierry, D. (2012). Les relations entre les salariés et les bénévoles dans les associations, France bénévolat.

- ❖ Trompette, J. (2017). Complexité des interventions en santé publique et en promotion de la santé : exploration de son appréhension par les chercheurs et par les acteurs de terrain
Thèse de Santé publique et épidémiologie. Université de Lorraine,<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01835058/document>
- ❖ Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M. (2017) Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 405-14.
- ❖ World Health Organization Regional Office for Europe, (2007). Large Analysis and Review of European housing and health Status (LARES). Preliminary Overview.
- ❖ Warin Ph. (2016), Le non-recours aux politiques sociales, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- ❖ Wresinski, J. (1987). Avis et rapports du Conseil Economique et social, Grande Pauvreté et précarité économique et sociale.

Liste des annexes

Annexe 1 : Matrice des axes abordés lors du recueil des données

Pour plus de lisibilité, la matrice suivante présente des exemples (non-exhaustives) de sous questions à poser en fonction des personnes interrogés et des questions prioritaires identifiées :

AXE	Bénévoles	Empowerment/ Participation	Stratégie
Bilan	Quel est le niveau d'intégration et la participation des bénévoles au sein de l'équipe ? Quelle vision de leur rôle ? Quel niveau d'autonomie ? Formation adéquat ? Que reprenez-vous de votre bénévolat ? Pourquoi continuez-vous à venir ?	Quel est le niveau de participation et de la capacité à agir des populations dans le programme ? Quelle vision des actions du programme par les populations ? Que souhaitent-ils pour eux ?	Quelle est la pertinence des actions menées par le programme ? Comment est perçu le programme ? Quel est le but du programme, final, pourquoi on agit ?
À interroger	<i>Bénévoles squat et bidonville, Salariés squats et bidonville, mission sans abri, salarié CASO</i>	<i>Population, bénévole squat et bidonville, Salariés squat et bidonville, Associations partenaires et plaidoyer, autre programme MdM en France</i>	<i>Salariés, délégation, siège, institutions, bénévoles, associations populations, associations partenaires et plaidoyer</i>

Contexte	<p>Quelle évolution dans les actions ? Quel est le sens de votre engagement ? Pour soigner ? Pour accompagner ? Pour sensibiliser ? Pour mobiliser ? Pour faire du plaidoyer ? Selon vous, à quoi sert le programme squat et bidonville ? Comment décriviez vous le programme en quelques mots ?</p> <p>Quels sont les leviers et les situations positives identifiés lors des sorties ? Qu'est ce qui favorise les moments de partage, de réussite ?</p>	<p>Comment favoriser le développement des aptitudes individuelles et la capacité à agir des populations ? Quelle mobilisation autour de l'empowerment ? Quelle connaissance de la part des bénévoles, salariés, partenaires ?</p>	<p>Quel sens donner au programme ? Plus de plaidoyer ? Moins de lieux de vies dans la file active mais plus qualitatif ? Place de la santé mentale ?</p>
À interroger	<p><i>bénévoles squat et bidonville, Salariés squat et bidonville, Populations, Salariés CASO, Missions sans abri</i></p>	<p><i>Population, Salariés, CASO, Sièges, autre programme AdM France sur squat et bdv, associations partenaires et plaidoyer, acteurs médicaux, sociaux</i></p>	<p><i>Délégation, siège, programme AdM France sur squat et bidonville, institution, salariés, acteurs sociaux et médicaux, partenaires</i></p>
Perspectives	<p>Quel est le sens à donner à leur engagement ? Quelle formation ? En fonction de l'impulsion donner au programme souhait d'être mobilisés différemment ? Sur d'autres thématiques ? Selon vous, qu'est-ce qu'il serait possible d'améliorer sur le programme squat et bidonville ?</p>	<p>Comment renforcer la capacité à agir ? Comment en imprégner le programme de façon continue et pérenne ? Quel ressenti de la part des populations ?</p>	<p>Comment penser ensemble le programme en cohérence avec les autres programmes ? comment il s'intègre dans la stratégie nationale ? Quels axes sont à prioriser ? L'avenir du programme squat et bidonville concernant les prochaines années ?</p>
À interroger	<p><i>bénévoles squat et bidonville, Salariés squat et bidonville, Missions sans abri salarié CASO</i></p>	<p><i>Partenaire, bénévoles, institutions, salariés, autre programme MDM, .</i></p>	<p><i>Délégation siège institutions partenaire terrain salariés squat et bidonville</i></p>

Annexe 2 : Guides d'entretiens

- Guides d'entretiens Bénévoles :

<ul style="list-style-type: none">● Présentation de l'enquêté
Peux-tu te présenter ? Peux-tu raconter ton arrivée ici ?
<ul style="list-style-type: none">● Motivation pour s'engager au sein de l'association
Pourquoi as-tu commencé à être bénévole au sein de la mission ? As-tu d'autres engagements bénévoles ? Pourquoi MdM ?
<ul style="list-style-type: none">● Intégration, place dans l'équipe
Comment s'est déroulée ton intégration dans l'équipe ? As-tu trouvé ta place ? Depuis combien de temps es-tu bénévole ? Comment te sens tu au sein de l'équipe ?
<ul style="list-style-type: none">● Pour les bénévoles depuis plus d'un an :
La vision de votre bénévolat et de votre rôle a-t-elle été modifiée au fil du temps ? Si oui, selon vous, à quoi cela est-il dû ?
<ul style="list-style-type: none">● Vision du programme et de son engagement
Selon toi, quel est l'objectif de la mission ? En pratique, que fais-tu dans la mission ? Peux-tu me raconter ta dernière sortie ? Pour toi, c'est quoi une "bonne sortie" ? Ou le contraire ?
<ul style="list-style-type: none">● Rapport avec les salariés
Comment envisages-tu le départ de l'équipe renfort ? Qu'est-ce que l'équipe apporte au programme ?

<ul style="list-style-type: none"> ● Sur la médiation en santé // Aller vers
<p>Que penses-tu de la démarche d'aller vers ?</p> <p>Voudrais tu faire différemment ?</p> <p>Quel est l'impact des médiateurs pairs auprès des personnes ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Participation
<p>Selon toi qu'est-ce que la démarche communautaire en santé/ santé communautaire ?</p> <p>As-tu déjà eu envie/idées à mettre en place d'autres activités pour améliorer la santé des personnes ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Perspective
<p>Si tu avais carte blanche pour modifier la mission que ferais tu ? Comment ? Cela permettrait quel résultat ?</p> <p>Qu'est ce qui t'empêche de la faire ?</p>

- **Guides d'entretien salariés :**

<ul style="list-style-type: none"> ● Général sur le programme
<p>Selon toi, quel est l'objectif du programme squat et bidonville ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Bilan
<p>Peux-tu me raconter ton arrivée ici ?</p> <p>Quel changement perçois-tu entre ton arrivée sur le programme et aujourd'hui ? (dans la dynamique, l'investissement des bénévoles, le plaidoyer). Axes qui ont émergé et ne l'étaient pas avant)</p> <p>Te sens-tu à ta place sur le programme ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Contexte
<p>Peux-tu me donner un exemple de situation qui s'est bien déroulée, exemple de "bonne sortie" ?</p> <p>As-tu identifié pourquoi c'était une bonne sortie ?</p> <p>Au contraire, qu'est ce qui est une "mauvaise sortie" ? Quels leviers avez-vous identifiés pour vous en sortir ?</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Perspective
<p>Si tu avais carte blanche pour le programme que changerais-tu ? Qu'est ce qui empêche de le faire ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Médiations / Aller vers
<p>Selon toi quel est l'intérêt de l'aller vers et de la médiation pour les personnes vivant en squats et bidonvilles ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Place des bénévoles
<p>Comment travailles-tu avec les bénévoles ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Participation
<p>Selon toi, Les personnes participent-elles suffisamment dans le programme ? Comment pourrait-elle mieux être incluses ?</p>

- **Guide d'entretien des coordinateurs (Programme, Marseille, PACA) :**

<ul style="list-style-type: none"> • Général :
<p>Peux-tu me raconter ton arrivée ici ? Quelle est ta fonction ? En quoi consiste ton travail ? As-tu participé à la mise en place de la dernière stratégie ? Selon toi, quel est l'objectif du programme squat et bidonville ? Les activités mise en place ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bilan :
<p>Depuis les 3 dernières années avez-vous perçu des évolutions dans le programme squat et bidonville ? Au niveau des bénévoles ? Du plaidoyer ? Des retours terrain ? En quoi la 1ere année est-elle différente d'aujourd'hui ? Quels changements avez-vous souhaité ? Lesquels ont abouti ? Le programme est-il en adéquation avec ce que vous aviez imaginé ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Perspective :
<p>Comment vois-tu le programme dans trois ans ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bénévole

<p>Quelle est la place des bénévoles ? Comment créer une cohérence au sein de l'équipe ?</p> <p>La place des bénévoles est renforcée dans le programme, équipe nouvelle, c'est quoi pour toi une équipe qui fonctionne ?</p> <p>Qu'est ce qui doit être mis en place pour contribuer à lancer cette dynamique ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Médiation en santé
<p>De manière plus globale, comment articuler le programme squat et bidonville avec les autres programmes MdM Marseille ?</p> <p>Quelles activités peuvent être mutualisées ? La médiation en santé ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Participation
<p>Comment favoriser la participation ?</p> <p>La santé communautaire ?</p> <p>Quel est le niveau de participation des habitants selon toi (voir échelle de la participation communautaire Rifkin) ?</p>

- **Guide d'entretien pour les personnes vivant en squats et bidonvilles :**

<ul style="list-style-type: none"> • Global
<p>Peux-tu te présenter ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sur la vision des actions du programme, de l'équipe :
<p>Comment voyez-vous nos actions ?</p> <p>Comment pourrait-on faire différemment ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sur leur demandes/besoins/ ressources :
<p>Qu'est ce qui est important pour vous ?</p> <p>Comment faites-vous pour vous en sortir ?</p> <p>Sur quel sujet voudriez-vous en savoir plus ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sur la participation :
<p>Que peut-on faire ensemble ?</p>

- **Guide à destination des médiateurs pairs en santé :**

<ul style="list-style-type: none"> ● Global:
<p>Comment es-tu devenu médiateur pair ? Pour toi, c'est quoi l'objectif du programme à court et long terme ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Contexte :
<p>Peux-tu me raconter ta dernière sortie sur le terrain, comment cela s'est déroulé ? Quelles sont les situations de "réussite" ? à quoi cela est dû selon toi ? Quelles sont les difficultés que tu rencontres sur le terrain et en dehors ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Perspective
<p>Que voudrais-tu améliorer dans le programme ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Médiations/ aller vers
<p>Quel est le rôle du médiateur pour toi ? Quel est l'intérêt pour les personnes de faire de la médiation ? Comment pourrait-on s'améliorer ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Participation
<p>Trouves-tu que les personnes que l'on accompagne soient assez impliquées dans le programme ? Comment pourraient-elles être plus impliquées ?</p>

- **Guide à destination de médiateurs en santé :**

<ul style="list-style-type: none"> ● Contexte :
<p>Depuis la dernière stratégie as-tu vu des changements majeurs au sein du programme ? Qui t'ont vraiment marqué ? En quoi la 1ère année est différente d'aujourd'hui ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Bilan :
<p>Avant ces 3 ans, qu'est ce qui se faisait ? Pourquoi vouloir un changement ? Aujourd'hui, pour toi c'est quoi une bonne sortie ? Une mauvaise sortie ? Quels autres acteurs sur le terrain par rapport à il y a 3 ans ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Perspective :

<p>Si tu avais carte blanche, que ferais tu de la mission ?</p> <p>Y a-t-il des acteurs identifiés pour transférer les activités de terrain ?</p>
<p>Si un jour l'ensemble de l'accès aux droits couverts, comment orienter le programme ?</p> <p>Lors de la définition de la dernière stratégie, pourquoi avoir priorisé ces axes ?</p> <p>Lesquels sont les plus aboutis selon toi ? Pourquoi ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Autres axes :
<p>Si tu devais retenir un changement des 3 dernières années, lequel serait-ce ?</p> <p>Quels impacts de l'élargissement des populations ?</p> <p>Comment la médiation en santé a évolué ?</p> <p>As tu observé une amélioration de la santé des personnes ? de leur autonomie ? de leur capacité à agir ? de l'accueil par les professionnels de santé ?</p>

- **Questionnaire envoyé aux anciens bénévoles du programme :**

Pourquoi êtes-vous engagé en tant que bénévole au sein de programme squat et bidonville ?

- Médical
- Accompagnement /administratif
- Politique/engagement
- Autres

Combien de temps avez-vous été bénévoles sur la mission squat et bidonville ?

Qu'est ce qui a été riche durant votre bénévolat ?

Pourquoi avez-vous arrêté votre activité de bénévoles au sein de Médecins du monde ?

Qu'est-ce qui vous aurait retenu dans le programme

Résumé

Perrain	Alice	9 décembre 2021
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Bilan des actions d'une équipe mobile dans les squats et bidonvilles : intérêts, impacts et perspectives		
Promotion : 2020-2021		
<p>Résumé :</p> <p>Depuis 2007, une mission "squats et bidonvilles" a été mise en place par Médecins du Monde pour aller vers des populations en situation de précarité vivant en squats et bidonvilles. Depuis 2007, la mission a fortement évolué : de son nom à la nature des interventions auprès des personnes. Alors aujourd'hui quelles sont les actions que le programme met en place pour répondre au mieux aux demandes et ressources des personnes ?</p> <p>Une enquête qualitative, menée sous forme de bilan met en avant les pratiques et logique de fonctionnement d'une équipe mobile intervenant auprès d'habitants de bidonvilles. Dans une démarche de promotion en santé, le programme utilise des outils tels que la médiation en santé, l'aller vers, la participation, la recherche de l'équilibre entre salariés et bénévoles. A travers cette enquête sera analysé les apports et les limites de ces pratiques pour les personnes vivant en squats et bidonvilles.</p> <p>Pour exemple, le programme recherche en effet une participation active des personnes identifiés comme un levier identifié, entre autres, pour aller vers de réels changements en santé pour les personnes vivant en squats et bidonvilles. Une démarche qui demande des pré requis tel que la posture des accompagnants, une vision commune de l'aller vers ou encore l'équilibre des rôles entre salariés et bénévoles.</p>		

Mots clés : *Accès aux soins, aux droits, prévention, bidonvilles, squats, médiation en santé, aller-vers, santé communautaire, participation, capacité à agir, bénévole, politiques publiques, Médecins du Monde, Marseille, précarité, exclusion, conditions de vie, pratique professionnelle.*

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.