



---

**Master 2**

**Promotion de la santé et prévention**

Promotion : **2019-2020**

---

**D'une prise en charge individuelle à la démarche communautaire  
en santé : enjeux organisationnels et sociologiques pour une  
mission mobile intervenant auprès d'habitants de bidonvilles**

---

Charlotte PAYAN

30 novembre 2020

*Sous la direction de  
Monsieur Simon COMBES*



---

## Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Simon Combes pour ses conseils et son écoute, sa bienveillance et son enthousiasme vis-à-vis de mon travail. Je tiens également à remercier l'équipe pédagogique du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention de l'EHESP ainsi que tous mes camarades de la promotion.

Aussi, j'adresse mes remerciements à tous les bénévoles et salariés de Médecins du Monde à Bordeaux pour l'accueil chaleureux et dynamique au sein de leur équipe, qui m'a permis de réaliser ce travail de mémoire et bien plus. Merci pour tous les bons moments que l'on a pu passer et pour toutes ces discussions sans fin sur la démarche communautaire en santé.

De plus, je remercie les habitants des bidonvilles que j'ai pu rencontrer au cours de mon stage, en particulier les habitants de Pierre Baour. Ces rencontres ont été source d'inspiration, d'apprentissage et de motivation.

Je tiens à remercier mon entourage : ma famille pour leur soutien sans faille dans tous mes projets et mes amis pour tout ce qu'ils m'apportent dans la vie de tous les jours. Je remercie particulièrement mes colocataires, Houcine pour tes talents de pédagogue, Mirsha et Etienne pour tous vos bons petits plats.

Je remercie enfin, Julie pour sa patience et son écoute durant la rédaction de ce mémoire et Alice pour ses yeux de lynx.

---

# Sommaire

---

1	Introduction .....	1
1.1	La participation.....	2
1.1.1	Genèse de la démocratie participative en France.....	2
1.1.2	Une législation promotrice de participation .....	3
1.1.3	Définition et mesures de la participation.....	4
1.2	La démarche communautaire en santé : une démarche participative au service de la promotion de la santé.....	5
1.2.1	La participation en promotion de la santé .....	5
1.2.2	La démarche communautaire en santé : historique et définitions des termes .....	7
1.2.3	Enjeux pour les intervenants, les organismes et associations. ....	9
1.2.4	Enjeux spécifiques de la participation des publics précarisés dans le champ de la solidarité.....	10
1.3	Habiter en bidonville .....	12
1.3.1	Bidonvilles et politiques publiques en France.....	12
1.3.2	Pouvoir d’agir des habitants des bidonvilles et acteurs en présence. ....	14
2	Présentation de la recherche .....	17
2.1	Contexte de la recherche .....	17
2.1.1	Présentation de Médecins du Monde.....	17
2.1.2	Le Programme Mission Squats de Bordeaux.....	18
2.1.3	Perspectives de la Mission Squats et contexte de mon stage .....	19
2.2	Objectif de la recherche .....	20
2.3	Méthodes .....	21
2.3.1	Revue de la littérature.....	21
2.3.2	Les entretiens préliminaires.....	22
2.3.3	Les entretiens semi-directifs .....	22
2.3.4	L’observation participante .....	23
2.3.5	Traitement et analyse des données .....	23
3	Résultats .....	25
3.1	Les intervenants de la Mission Squats .....	25

3.1.1	Des profils hétérogènes.....	25
3.1.2	Des motivations initiales centrés sur les valeurs.....	26
3.1.3	Des visions différentes de l'objectif de la Mission Squats. ....	27
3.2	Les pratiques des intervenants du « groupe accès aux soins, accès aux droits » .....	29
3.2.1	Un cadre d'intervention défini et propice à l'engagement des intervenants .....	29
3.2.2	Des mises en pratiques hétérogènes .....	30
3.2.3	Des facteurs de satisfaction des intervenants centrée sur l'échange et l'obtention de résultats.....	31
3.2.4	Des perspectives d'amélioration de la Mission centrée sur la démarche communautaire en santé afin d'augmenter l'efficacité des interventions mais avec des appréhensions .....	32
3.3	Les pratiques des intervenants du « groupe santé communautaire ».....	35
3.3.1	Des choix méthodologiques initiaux complexes selon la source de l'initiative et suscitant des degrés de participation différents .....	35
3.3.2	Une mise en œuvre plus ou moins complexe selon la source de l'initiative. ....	37
3.4	Synthèse des résultats.....	38
4	Discussion .....	41
4.1	Discussion des résultats .....	41
4.1.1	D'une vision de l'accès à la santé centrée sur l'accès aux droits et aux soins à une vision plus globale .....	41
4.1.2	D'une action mobilisant la participation des personnes concernées à une approche centrée sur la participation des personnes concernées.....	42
4.1.3	D'une posture d'aidant à une posture d'accompagnateur .....	43
4.1.4	D'un protocole défini par l'Organisation à un protocole dynamique co-construit par les habitants et les intervenants .....	45
4.2	Discussion de la méthode.....	46
5	Retour et mise en perspective de mon stage.....	49
6	Conclusion .....	51
7	Bibliographie.....	53
8	Annexes .....	59
9	Résumé .....	61

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé

ATD Quart- Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart-Monde

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

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CNLE : Comité Nationale de Lutte contre l'Exclusion

COVID : Coronavirus Disease

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

DU : Diplôme Universitaire

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCTS : Haut Conseil du Travail Social

MOUS : Maîtrise d'Ouvre Urbaine et Sociale

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PrEP : Prophylaxie Pré-exposition

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis

VIH : Virus de l'Immunodéficiences Humaine

---

## **Tables des figures**

---

Figure 1 : Echelle de la participation de Sherry Arnstein (Arnstein 1969)

Figure 2 : Roue de Davidson (Davidson 1998)

Figure 3 : « Demande, non demande et refus » (Marques 2018)





# 1 INTRODUCTION

---

En France, le récent mouvement des gilets jaunes remet au cœur de l'actualité la nécessité de renouveler les relations entre gouvernants et gouvernés et invite à repenser les modalités de participation politique des citoyens aux prises de décisions.

Plus récemment encore, la crise sanitaire de l'épidémie du coronavirus met également à jour les difficultés du système de santé publique et de la démocratie française : « [...] *nous vivons une crise démocratique profonde* » prononcera le Président de la République dans son discours à l'occasion du 14 juillet 2020. Aussi, dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19, plusieurs chercheurs en santé publique inviteront à refonder la santé publique : « *Il est en effet plus que temps de troquer la santé publique post-pasteurienne basée sur l'hygiénisme et le protectionnisme contre la promotion de la santé basée sur l'empowerment et la collaboration* » (Ridde, Cambon, et Alla 2020).

La participation et l'empowerment sont des pratiques qui viennent changer les stratégies d'action des acteurs de la santé publique. Dans le cadre de notre recherche, nous étudierons ces pratiques pour une population à la marge, que l'on peut qualifier d'exclue. Ainsi, nous interrogerons les conditions qui permettent ces changements de pratiques.

Dans un premier temps, nous verrons comment la participation est entrée dans les mœurs dans différents secteurs et la définirons. Puis nous verrons en quoi elle s'inscrit pleinement dans le champ de la promotion de la santé, avant de s'intéresser spécifiquement à la démarche communautaire en santé. Enfin, nous nous intéresserons au milieu des bidonvilles et à ses habitants.

## 1.1 La participation

### 1.1.1 Genèse de la démocratie participative en France

C'est dans le contexte d'un mouvement international que les premiers jalons de la démocratie participative apparaissent en France. La deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle des pays occidentaux est marquée par une diminution des rôles des partis politiques et une volonté d'un droit à l'expression politique des citoyens. Ainsi, dans un contexte revendicatif, la légitimité des décisions politiques tend à être remise en question et les démocraties occidentales entrent dans une ère de transformation (Campagné, Houéto, et Douiller 2017). Dans ce même temps, d'autres mouvements internationaux vont participer à l'impulsion des pratiques démocratiques, à l'instar du mouvement d'éducation populaire en provenance de l'Amérique latine et théorisé par Paolo Freire, souvent considéré comme un modèle « radical » (Jouffray 2018). Dans ce cadre, la participation est vue comme un processus à visée émancipatrice des groupes considérés comme « opprimés ». L'objectif est de redonner le pouvoir à ces derniers en faisant référence au principe de justice sociale (Freire 1974).

Sous l'influence de ces mouvements, c'est dans les années 1960-1970, que la démocratie participative commence à prendre de la place en France. Ce mouvement s'appuie sur la nécessité de nouveaux rôles et pouvoirs donnés aux citoyens. John Dewey parle de la « *formation d'un public actif, capable de déployer une capacité d'enquête et de rechercher lui-même une solution adaptée à ses problèmes* » (Dewey 2003). Dans un premier temps, la démocratie participative se développe dans le domaine de l'urbanisation en tant que mouvement revendicatif, contestant les pratiques des politiques publiques (Bacqué, Gauthier 2011). En parallèle, la planification dite rationnelle commence à montrer ses limites et les experts de celle-ci cherchent de nouvelles manières d'agir pour intégrer les citoyens dans les processus de planification (Hamel 1986). Enfin, une reconnaissance institutionnelle de la participation des habitants à l'aménagement urbain se fera dans les années 1990 avec la création d'espaces de participation. Cependant, les recherches menées dans ce domaine soulèvent différents enjeux, en particulier dans les quartiers populaires (Demoulin, Bacqué 2019). Une des principales problématiques tient à la difficulté d'associer les personnes les plus marginalisées aux dispositifs de participation et lorsqu'elles sont présentes, à faire en sorte qu'elles puissent réellement se faire entendre (Carrel 2013).

*In fine*, la démocratie participative dans le domaine de l'urbanisme ne provoque aucune transformation politique significative et se heurte aux limites de la participation.

## 1.1.2 Une législation promotrice de participation

Dans le champ médical et social, on a assisté à un décalage temporel. En effet, les années 1970-1980 sont encore marquées par une approche basée sur le paternalisme et la charité. Ce système montrera ses limites notamment à la suite de l'épidémie du VIH/SIDA et perdra en légitimité pour se transformer progressivement (Hsu 2005). En effet, face à l'épidémie du sida, deux stratégies se mettent en place : d'une part la protection de la population et d'autre part, l'autonomisation de celle-ci. Par la stratégie d'autonomisation, on entend la création d'un contexte favorable à la participation des citoyens au dialogue public et au développement de leurs capacités afin qu'ils puissent prendre des décisions sur leur santé en ayant des informations, des moyens et des occasions de le faire (Hsu 2005). Ainsi, durant la crise du sang contaminée, la mobilisation des victimes et la constitution d'associations de patients vont contribuer à l'émergence de nouveaux droits aux malades. Dans ce contexte, les personnes concernées deviennent peu à peu des interlocuteurs dans les décisions de santé publique (Bourdillon, Sobel 2006).

Cependant, ce n'est qu'aux alentours des années 2000, qu'une transformation du cadre législatif s'est concrètement opérée.

C'est tout d'abord dans le champ de la lutte contre les exclusions que l'on retrouve la notion de participation avec la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui place la participation des personnes vulnérables au cœur de la lutte contre la pauvreté (Légifrance 1998) : « *Cette politique de lutte contre les exclusions n'a de sens que si elle est élaborée avec les plus démunis, qui doivent être considérés comme des partenaires à part entière. Il nous appartient donc à tous de créer les conditions de leur participation à la définition des politiques publiques* » (Comité Nationale de Lutte contre l'Exclusion s. d.). Cette loi incite à questionner la notion de consultation des personnes en situation d'exclusion. Aussi, elle cite l'Etat comme un des acteurs principaux de ces changements. Elle recommande notamment le financement de formations des professionnels et des bénévoles à la pratique du partenariat, afin de garantir des pratiques de qualité et le respect des personnes impliquées.

Dans le champ socio-sanitaire, c'est en 2002 que la législation se tourne vers la participation des usagers avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Celle-ci pose un cadre législatif pour rénover l'action sociale et médico-sociale en plaçant les usagers au centre des changements. Cette loi vise à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, ainsi que l'exercice de leur citoyenneté en définissant notamment des outils le garantissant. C'est le cas des Conseils de Vie Sociale (CVS) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui seront désormais obligatoires

(Légifrance 2002a). Cette loi est suivie par la loi du 4 mars 2002(Légifrance 2002b) relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins qui marque l’officialisation de la démocratie sanitaire en France. Plus récemment, la loi de 2016 relative à la modernisation du système de santé y dédiera également un axe visant à « *renforcer l’efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire* » (Légifrance 2016).

### 1.1.3 Définition et mesures de la participation

La définition de la participation fait l’objet d’une multitude de définitions et d’interprétations. Le Conseil de L’Europe la définit comme « *une condition à l’exercice effectif de la citoyenneté démocratique par tout un chacun* » (Conseil de l’Europe s. d.).

Pour le Comité Nationale de Lutte contre l’Exclusion (CNLE), la participation permet aux personnes précarisées de ne plus être « *seulement vues comme des bénéficiaires de dispositifs et de mesures, mais bien comme des citoyens à part entière* » (CNLE 2011).

Afin de mieux appréhender les différentes dimensions et les enjeux de la participation, nous explorerons certains modèles permettant de la mesurer.

Divers auteurs ont formulé des modèles ou des typologies de participation. En ce sens, il convient de mentionner l’échelle de participation proposée par Sherry Arnstein. Dans celle-ci, huit niveaux sont proposés en fonction du degré de pouvoir accordé aux citoyens, du plus élevé où se situent les plus hauts niveaux de pouvoir, aux plus bas, présentés comme des formules trompeuses de fausse participation (Arnstein 1969). Arnstein a ainsi inclus dans son modèle une intention de dénoncer certaines pratiques dites « participatives » qui sont en fait un alibi afin d’empêcher les citoyens d’exercer efficacement le pouvoir. Cette échelle a fait l’objet de plusieurs critiques. On lui reproche d’être simpliste et statique dans sa conception des protagonistes et des processus de participation et ainsi de ne pas considérer le contexte spécifique dans lequel elle se produit, qui peut faciliter ou, au contraire, entraver les processus participatifs.

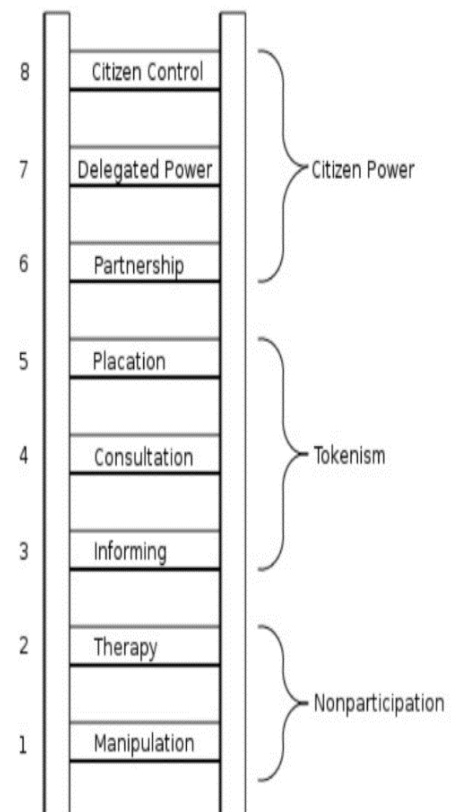


Figure 1: Echelle de la participation, Sherry Arnstein (1969)

Le modèle représenté par la roue de Davidson (Davidson 1998), formulé près de trente ans après celui d'Arstein, tente de répondre à ces questions. Plutôt qu'un modèle unilinéaire et hiérarchique, il fait une proposition sous la forme d'une roue avec trois niveaux d'implication citoyenne pour chacun des quatre types de participation en fonction des objectifs poursuivis.

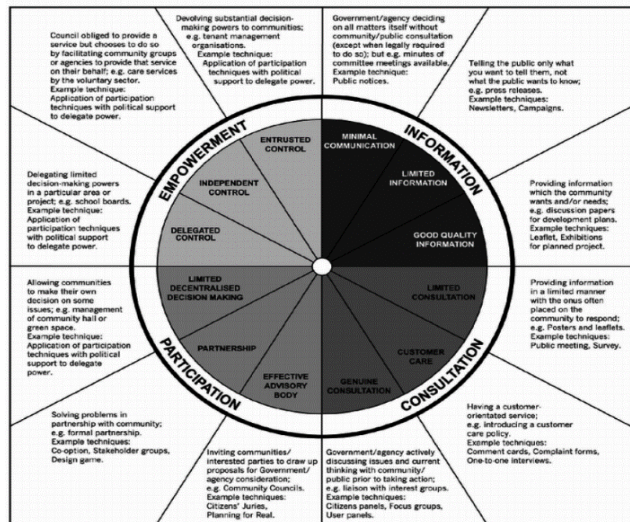


Figure 2: Roue de Davidson (Davidson 1998)

- **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.

Dans ce dernier niveau, il fait référence à la notion d'empowerment, qui fait l'objet de nombreux débats. Après l'analyse de ces derniers, Bacqué et Biewener proposent de la définir comme « une approche stimulante de la participation en l'intégrant dans une chaîne d'équivalences liant les notions de justice et de solidarité sociale, de reconnaissance, d'émancipation, de démocratisation et de science citoyenne » (Bacqué, Biewener 2013).

## 1.2 La démarche communautaire en santé : une démarche participative au service de la promotion de la santé

### 1.2.1 La participation en promotion de la santé

Si l'on remonte aux prémices de la participation en promotion de la santé, elle s'officialise en 1978, lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) organise la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire, afin de proposer une nouvelle approche de l'organisation des soins de santé. Cette

conférence préconise que l'amélioration de la santé des individus et des collectivités passe par la participation de ceux-ci à la planification, l'organisation et la mise en œuvre des soins de santé primaire (OMS,1978). Ce principe est réaffirmé lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986. La Charte d'Ottawa, produite à la suite de cette conférence, reconnaît 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).

Ainsi, au sein même de la définition de la promotion de la santé selon l'OMS, la participation apparaît comme un élément clé : « *La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé* » (OMS,1998).

Dans cette définition de la promotion de la santé, la participation apparaît alors comme un moyen de contribuer au changement d'un modèle où les professionnels contrôlent la santé des individus vers un modèle où les professionnels créent des conditions favorables à un plus grand contrôle des citoyens sur leur bien-être. (South 2014).

Pour Campagné, Houéto et Douiller, la participation en promotion de la santé est « *un processus politique de mise en tension du pouvoir des acteurs du champ de la santé publique dans une perspective de démocratie et de justice sociale* ». (Campagné et al. 2017)

Bien que la participation soit désormais reconnue comme une stratégie de santé publique pertinente (Wallerstein 2006), selon Harris, la participation est un phénomène complexe pouvant entraîner des effets de différentes natures dans le temps, favorables ou non à la santé et au bien-être. (Harris et al. 2018). Dans la suite de cette partie nous verrons en quoi, selon Rudolf, la complexité de la participation ferait d'elle un « *art extrêmement délicat* » (Rudolf 2003), notamment en promotion de la santé.

On retrouve principalement deux façons de percevoir la participation en promotion de la santé. Dans les deux cas, il s'agit d'un processus politique. Cependant, ils diffèrent par l'objectif de ce processus, qui peut être un moyen ou une fin (Campagné et al. 2017).

Comme un moyen d'une part, le processus vise à soutenir une finalité différente de la participation en elle-même. Cette finalité peut être l'amélioration de l'efficacité, l'efficience ou encore la pérennisation d'une intervention. C'est cette vision que l'on retrouve davantage dans la Déclaration d'Alma Ata et dans la charte d'Ottawa, l'objectif étant de promouvoir la participation et la responsabilité des individus et des groupes comme moyen d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Dans ce cas, il convient de distinguer la participation comme un moyen soutenant une finalité en promotion de la santé qui reste une action politisée ; de la participation utilitariste dépolitisée, qui ne pose quant à elle pas de question éthique. En d'autres termes, la participation comme moyen peut poser des questions éthiques quant à sa correspondance avec les valeurs de la promotion de la santé. De plus, si la finalité peut correspondre à améliorer l'efficacité d'une intervention, encore faut-il pouvoir prouver si l'amélioration est due à la participation ou non (Campagné et al. 2017).

D'autre part, la participation comme une fin en soi vise à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Cela fait davantage référence à la Déclaration de Jakarta de 1997 dans laquelle, en plus de cette orientation instrumentale, s'ajoute la nécessité de développer les capacités collectives et de responsabiliser les individus. Cette vision est affirmée comme une stratégie pour pouvoir agir sur les déterminants de la santé (OMS,1997). En promotion de la santé, on justifiera un processus politique éthique lorsque celui-ci va dans le sens des valeurs fondamentales de la promotion de la santé comme l'émancipation, la démocratie ou encore la justice sociale. Comme dans le premier cas, il conviendra ensuite de questionner l'efficacité de la participation pour atteindre des résultats sur les déterminants sociaux (Campagné et al. 2017).

Après avoir exploré le concept de la participation de manière générale puis en promotion de la santé, nous verrons que celle-ci est au cœur de la démarche communautaire en santé et explorerons les enjeux d'une telle démarche.

### **1.2.2 La démarche communautaire en santé : historique et définitions des termes**

La démarche communautaire en santé est une des cinq stratégies de la promotion de la santé. Alors que l'on parle de « renforcer l'action communautaire » dans la charte d'Ottawa, nous parlerons davantage de « démarche communautaire en santé » faisant référence à l'idée d'un processus.

La définition de l'action communautaire restera floue, bien que définie dans le glossaire de l'OMS en 1998 : « *L'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiatives de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriale, d'intérêts, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à*

*exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et réduire les inégalités sociales de santé » (OMS,1998). L'action sera dite communautaire « lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non internes ou non à la communauté (l'ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune) » (Chobeaux 2004). Certains chercheurs dans le domaine de l'intervention sociale préféreront utiliser le terme de collectivité à celui de communauté en raison des « multiples formes que peuvent prendre les modalités de regroupement à des fins d'activité collective » (Le Bossé 2015).*

Comme nous l'avons introduit, la participation des personnes concernées est au cœur de cette démarche. Pour De Bauw et al, elle est l' « *axiome de la démarche communautaire* » (De Bauw, De Henau, et Thomas 1998).

La notion de participation communautaire est vue comme un processus qui implique un groupe de personnes dans un projet commun pour atteindre, par un effort collectif, certains objectifs partagés. Elle a été définie comme « *un processus par lequel des groupes spécifiques, qui partagent un besoin, un problème ou un centre d'intérêt et vivent dans la même communauté, essaient activement d'identifier ces besoins, problèmes ou centres d'intérêt, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour les servir* » (Aguilar 2001). Pour l'OMS, c'est « *un processus par lequel les individus acquièrent la capacité de s'impliquer activement et véritablement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décisions sur les facteurs qui affectent leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre des politiques, dans la planification, le développement et la fourniture de services, et dans l'adoption d'actions pour réaliser le changement.* » (Organisation Mondiale de la Santé 2002).

Comme en promotion de la santé, la participation communautaire peut 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.

En d'autres termes, si l'on reprend les étapes de la démarche communautaire définie par Saul, on peut également s'en servir pour évaluer à partir de quel stade la population a été impliquée. Est-ce au stade de la détermination de la problématique ? De la considération et l'examen de la problématique ? De la décision ? Ou de la gérance de la décision ? Pour l'auteur, au-delà de l'étape décisionnelle, une des phases les plus importantes est celle de l'examen de la problématique puisque c'est à ce moment en particulier que les négociations peuvent se faire. (Saul 1996).

### **1.2.3 Enjeux pour les intervenants, les organismes et associations.**

Selon Bass, la démarche communautaire ne se décrète pas (Bass 1994). Elle suppose plusieurs prérequis concernant les pratiques professionnelles et institutionnelles qui permettront ainsi de créer un environnement favorable à l'action. En effet, elle nécessite une certaine remise en question des postures des professionnels, afin que ces derniers 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). Ainsi, nous pouvons définir l'intervenant d'une démarche communautaire en faisant référence à ce que Philippe Meirieu dit du pédagogue comme *«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).

Aujourd'hui, de nombreuses associations accordent une attention particulière à la participation des personnes accompagnées, notamment dans leur projet associatif et dans leur fonctionnement. De fait, l'ensemble des intervenants d'une équipe quel que soit leur statut sont impliqués dans ces processus (Arnal et Haegel 2019). La relation entre aidants et aidés s'en trouve bouleversée à différents niveaux en fonction des formes de participation promues par les programmes allant de la consultation (faisant référence à une relation verticale) au travail-pair (faisant référence à une relation plus horizontale). Ainsi, le cadre associatif régissant les relations et les contraintes

organisationnelles influence le fonctionnement des dispositifs participatifs. Aussi, l'un des freins, plus particulièrement pour les bénévoles associatifs, peut être celui de la remise en cause de sa légitimité dans un contexte où la relation d'aide à laquelle ils étaient habitués se transforme en un partenariat (Sèze 2017).

Enfin, l'ensemble de ces prérequis, demandant un investissement temporel important, entre en tension avec les exigences de résultats des projets et les financements (Sèze, 2017).

#### **1.2.4 Enjeux spécifiques de la participation des publics précarisés dans le champ de la solidarité**

A ces prérequis s'ajoutent des spécificités lorsque la participation concerne des publics vulnérables. Un des enjeux concerne le lieu de la démarche où se déroule l'action afin que les espaces de participation soient davantage accessibles à ces personnes (Campagné et al. 2017). En effet, si la notion de « participation » tend également à se multiplier dans le champ de la solidarité, elle soulève différents freins: *« il existe encore un écart important entre le principe de la participation des « usagers » et la pratique, soit parce que la participation est limitée à une consultation formelle des personnes concernées, soit parce qu'elle pose des problèmes particuliers dans certains secteurs où les personnes ont une autonomie limitée, des capacités de compréhension réduites ou bien dépendent de décisions de justice »* (Jaeger, 2017). Ainsi une démarche d'« aller vers » peut constituer une piste pour permettre l'inclusion des publics visés par l'intervention (Campagné et al. 2017).

La démarche d'« aller vers » comporte plusieurs dimensions (Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale 2016). D'une part elle fait appel à un déplacement physique vers les personnes en situation de vulnérabilité mais aussi vers les professionnels de santé et institutions. D'autre part, elle sous-tend une certaine ouverture vers autrui en respectant le principe de neutralité et de respect. Comme pour ce qui concernait la participation, ses applications pratiques sont diverses. Nous retrouvons cette démarche dans les actions des « maraudes » ou encore des équipes mobiles. Alors que le terme « maraude » est d'abord employé pour parler des taxis circulant lentement à la recherche de client, il évoque l'idée d'une déambulation à la recherche de quelqu'un faisant parti d'un public cible. A la différence d'une maraude, une équipe mobile ne prospecte pas à la recherche de nouvelles personnes et intervient sur des lieux plus fixes et « pérennes », ce qui induit un rapport différent à la prospection (Blanc, Bertini, et Chabin-Gibert 2018). L'« aller vers » dans ce cas-là implique de trouver un équilibre dans la relation créée. (Mercuel 2018).

Parmi les enjeux de cette approche nous nous intéresserons à celui de la correspondance entre l'offre, la demande et les besoins en lien avec la temporalité des personnes rencontrées, le respect

du libre arbitre, les limites et les enjeux du non-jugement ainsi que les limites et enjeux de l'accompagnement.

Le schéma ci-contre présente les différentes zones de demande, non-demande et refus. Nous pouvons constater que les intersections sont floues et tout le travail de l'intervenant sera de trouver un juste équilibre. Cela suppose que les intervenants ne préjugent pas de ce qui doit être fait et ne favorisent pas une forme de soutien plutôt qu'une autre (Marques 2018). Selon Jean Pierre Martin cela « [...] pose la nécessité du renoncement des soignants à imposer d'emblée

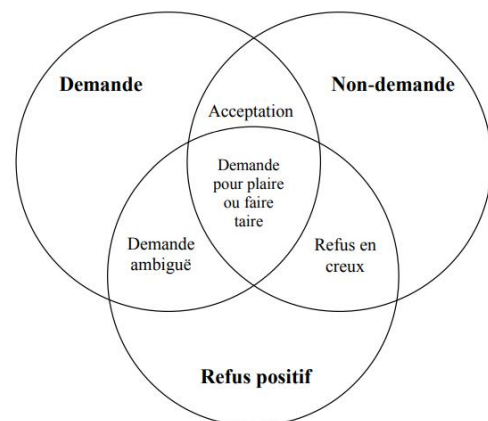


Figure 3 : « Demande, non demande et refus » (Marques 2018)

une norme et une action de maîtrise par un diagnostic et une prescription » (Jean-Pierre 2012). Ainsi, l'intervenant doit être capable de différencier la personne qui exprime qu'elle n'a besoin de rien, la personne qui refuse l'aide proposée et celle qui n'est pas dans une situation lui permettant de formuler une demande (Furtos 2002).

Un des objectifs souvent mis en avant dans la démarche d'« aller vers » est le renforcement du pouvoir d'agir des personnes (Bouillon et Dubois 2020). Cette vision de l'accompagnement valorise, mobilise et renforce les capacités et les ressources existantes des personnes. Dans ce cadre, 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).

On peut alors se demander si toutes les actions d'« aller-vers » sont à visée émancipatrice des personnes rencontrées. On peut aussi se questionner sur les limites temporelles de l'accompagnement ainsi que sur son contenu.

Après avoir parcouru plusieurs définitions, concepts et enjeux autour de la notion de participation, nous nous intéresserons au milieu des bidonvilles et à ses habitants afin de contextualiser la recherche.

## 1.3 Habiter en bidonville

### 1.3.1 Bidonvilles et politiques publiques en France

Il n'existe pas de définition universelle du bidonville, celle-ci variant en fonction des pays et des contextes politiques. Cependant lors du sommet des Nations Unies à Nairobi en 2002, cinq critères ont été retenus pour caractériser les bidonvilles : l'accès inadéquat à l'eau potable, l'accès inadéquat à l'assainissement et aux autres infrastructures, la mauvaise qualité des logements, le surpeuplement et le statut précaire de la résidence. (United Nations Human Settlements Programme 2003).

Si la définition de ce que l'on nommera « bidonville » a évolué dans le temps, elle reste néanmoins, en France, un terme flou pour les politiques publiques.

Le terme de bidonville commence à disparaître de la visibilité publique en France métropolitaine dans les années 1970. En effet, à cette époque, les plus grands bidonvilles dont ceux de Nanterre disparaissent par le relogement des habitants dans des cités de transit (Cohen, 2011) sous l'impulsion de la loi Vivien (Légifrance, 1970) visant à faciliter la suppression de l'habitat insalubre. Pour l'ASTI, c'est une réelle opération médiatique visant à dissimuler le phénomène des bidonvilles derrière une nouvelle forme d'habitat précaire (Cohen, 2011) : « *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.* ». La fin des bidonvilles n'aura été que de courte durée puisque le « retour » des bidonvilles se fera dans les années 1990, sous l'effet notamment de la chute du mur de Berlin, de l'insuffisance de logements et de la pauvreté. Le discours politique relayé par les médias les désigne comme des « campements Roms » puis des « campements illicites ». Récemment, l'instruction gouvernementale de janvier 2018 sera le premier texte à employer également le terme de bidonville depuis les années 1970. Alors que le terme de « campement illicite » met en avant la violation du droit de propriété et le caractère illégal de l'occupation, le terme « bidonville » fait davantage référence à la grande précarité et à une approche plus sociale du problème. La définition des termes au sein des politiques publiques est loin d'être anodine, puisqu'elle oriente les solutions qui seront proposées. Ainsi, le terme « campement illicite » fait référence à des politiques

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).

C'est donc en combinant ces deux termes que l'instruction gouvernementale du 25 janvier 2018 a 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). Le suivi de la mise en œuvre de cette instruction est confié à la Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement (DIHAL) qui rend compte au 1<sup>er</sup> juillet 2019, en France Métropolitaine, de 17 619 personnes recensées sur 359 sites (de plus de 10 personnes) habitant dans des squats et bidonvilles. Parmi eux, 12 088 sont des ressortissants de l'Union Européenne. (DIHAL, 2019).

A l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine, on retrouve le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) 2016-2021 dont l'axe IV « Améliorer les conditions d'habitat et de maintien dans le logement » s'ancre dans le cadre de la stratégie pluriannuelle de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. L'action 5 « Résorber l'habitat précaire des communautés marginalisées sur les squats de l'agglomération bordelaise » représente une de ces déclinaisons opérationnelles et fait suite au constat d'un grand nombre de ménages bulgares et roumains vivants en squat, dressé en 2009 (Gironde Département s. d.). Bien que certains dispositifs comme la Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale (MOUS) pour l'insertion par le logement et le travail des ménages bulgares et roumains soient mis en place, ceux-ci concernent une petite partie des personnes vivant en squat et bidonville et possèdent des critères très restrictifs. En juillet 2018, Bordeaux Métropole est la 3<sup>ème</sup> intercommunalité la plus concernée en France par la présence de bidonvilles avec 1101 habitants, soit 7% de l'effectif total à l'époque de 16 090 personnes. En 2020, les associations estiment que près de 3000 personnes vivent en squats et bidonvilles au sein de la métropole Bordelaise (Médecins du Monde, 2020).

Bien que ces plans existent, les expulsions sans proposition de relogement persistent et participent à la précarisation des personnes vivant en bidonvilles à Bordeaux. L'observatoire des expulsions de lieux de vie informels fait état, en France, de 1079 lieux de vie informels expulsés du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 31 octobre 2020 avec en moyenne 148 personnes qui vivaient sur ces lieux de vie expulsés. Parmi ces expulsions, 87% se sont faites dans un contexte où la totalité des personnes expulsées ne s'est vu proposer aucune solution par la suite et 9% pour lesquelles la totalité ou une partie des

personnes expulsées ont été mises à l'abri temporairement (Observatoire des expulsions de lieux de vie informels, 2020).

Celles-ci sont lourdes de conséquences sur le pouvoir d'agir, la santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes soumises aux rythmes des expulsions.

### **1.3.2 Pouvoir d'agir des habitants des bidonvilles et acteurs en présence.**

Les personnes vivant en bidonvilles rencontrent de nombreuses barrières à l'accès aux soins et aux droits. Pour illustration, l'accès à une domiciliation<sup>1</sup> quel que soit le statut administratif de la personne constitue la porte d'entrée vers tous les autres droits dont l'accès à une couverture maladie. Pourtant, d'après une étude réalisée par l'association Trajectoires (Association Trajectoires, 2017), seulement, 73% des ménages vivant en bidonvilles en France possèdent une domiciliation dont seulement 12% en Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). 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 (Observatoire Régional de Santé, d'Ile-de-France 2012).

Notons qu'au-delà de l'accès aux soins et aux droits, les personnes vivant en squats et bidonvilles présentent d'autres facteurs de vulnérabilité. C'est notamment leur santé mentale qui se trouve fragilisée comme en témoigne une étude menée en Île de France sur la situation socio-sanitaire des Roms migrants, qui décrit les conséquences d'une mobilité permanente subie (ORS, 2012). *In fine*, cela entraîne notamment une dépriorisation des problèmes de santé et la création d'un milieu peu opportun à l'adoption de comportements favorables à la santé, entraînant un retard de recours aux soins et le développement de pathologies chroniques. D'après une étude menée par l'association Trajectoires (Association Trajectoires 2017), 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.* » Plus globalement, les évacuations répétitives freinent les processus d'insertion à l'échelle locale (Legros 2011).

---

<sup>1</sup> La domiciliation ou élection de domicile dans un CCAS permet à toute personne sans domicile stable ou fixe de disposer d'une adresse administrative où recevoir son courrier et de faire valoir certains droits et prestations.

Enfin, les conditions de vie environnementales dans lesquelles évoluent les personnes habitant en bidonvilles les précarisent davantage. Une étude menée en Ile-De-France rapporte que la presque totalité des « Roms migrants » en Ile de France vivent sur des terrains dépourvus totalement ou partiellement d'infrastructures telles que l'accès à l'eau, à l'électricité, au ramassage des déchets ménagers ou encore la présence de toilettes (ORS, d'Île-de-France 2012). Ces terrains répondent donc le plus souvent à la définition usuelle<sup>2</sup> donnée au terme de « bidonville ». Pour contrebalancer cette image des bidonvilles, une récente étude de l'Association Trajectoires commanditée par la DIHAL confirme que le bidonville est un tremplin permettant d'entretenir des solidarités et de stabiliser les relations avec les associations, mais aussi, malgré les conditions de vie parfois difficiles, d'économiser des revenus pour envisager l'entrée dans le logement social par la suite (Trajectoires 2015). On peut ainsi se demander dans quelles conditions en pratique, cela est-il envisageable pour les intervenants du secteur associatif ?

*In fine*, les habitants des bidonvilles sont particulièrement exposés aux effets négatifs des inégalités sociales de santé. Pour Robichaud et al. « [...] 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, et al. 1994). Pour les différentes raisons que nous avons citées dans cette partie, les habitants des bidonvilles sont donc exposés à un plus grand risque de perte de pouvoir sur leur santé. Selon Wallerstein, plusieurs facteurs participent à ce risque : d'une part, les barrières existant entre les communautés et les institutions diminuent les opportunités de dialogues entre les deux. D'autre part, les communautés les plus exclues subissent un « pouvoir inégalitaire » par le contrôle de leur accès à l'emploi, à l'éducation et à de bonnes conditions de vie. Enfin, les communautés font l'objet d'un « contrôle idéologique » excluant les personnes des réseaux d'influence sociale (Wallerstein 2006).

---

<sup>2</sup> Précisément, selon la définition révisée en 2012, « un bidonville correspond à un groupe d'individus vivant sous un même toit dans une aire urbaine et manquant d'au moins l'une des cinq aménités suivantes : un logement durable (une structure permanente qui assure une protection contre les conditions climatiques extrêmes) ; une surface de vie suffisante (pas plus de trois personnes par pièce) ; un accès à l'eau potable (de l'eau qui puisse être accessible en quantité suffisante, qui soit abordable et sans effort excessif) ; un accès aux services sanitaires (toilettes privées ou publiques, mais partagées par un nombre raisonnable de personnes) et une sécurité et une stabilité d'occupation (protection contre les expulsions) ».

Ainsi, la médiation sanitaire et sociale répond en partie aux problématiques d'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en bidonvilles dans l'objectif de lever les barrières présentes entre les communautés et les institutions. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la médiation est « [...] *un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ; renforcer le recours à la prévention et aux soins ; favoriser l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ; améliorer la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.* » (HAS, 2017)

A Bordeaux, des actions de médiation sanitaire et sociale avec une approche d'« aller vers » sont menées par Médecins du Monde, le Groupement d'Intérêt Public Bordeaux Métropole Médiation et les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) mobiles afin d'améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes vivants en squats et bidonvilles. Ces dispositifs associatifs ou institutionnels s'ancrent dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis (2018-2023) dont l'objectif 3 est de « *développer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits* », notamment en consolidant les médiations sanitaires (3.2.3) en soutenant « *les médiations sanitaires envers les populations en bidonville ou habitat mobile* » (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2018).



## 2 PRESENTATION DE LA RECHERCHE

---

### 2.1 Contexte de la recherche

#### 2.1.1 Présentation de Médecins du Monde

Médecins du Monde est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) Médicale de solidarité internationale créée en 1980. Elle intervient en France et à l'international auprès des populations vulnérables.

Le projet associatif<sup>3</sup> de Médecins du Monde témoigne des valeurs que porte l'association notamment celui de la justice sociale : « *nous croyons en la justice sociale comme vecteur d'une égalité devant la santé, du respect des droits fondamentaux et d'une solidarité collective* » dans le but d'accompagner les populations dans leur autonomisation « *avec nos partenaires, les communautés et leurs représentants, nous contribuons à ce que toute les populations en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire soient en capacité d'agir dans leur environnement social, d'être acteurs de leurs santé et de faire valoir leurs droits* ».

Les principes d'action de l'ONG sont de soigner « *par le soin et dans une démarche de santé communautaire [qu'elle accompagne] les personnes et les communautés dans leur volonté d'influencer les déterminants sociaux de la santé* » mais aussi de témoigner et plaider en produisant « *une expertise spécifique issue [de leurs] pratiques de terrain et des témoignages qui permet de mobiliser les sociétés civiles* ». Enfin, Médecins du Monde accompagne les communautés dans leur volonté de changement social : « *nous sommes convaincus que tout changement durable passe par le développement du pouvoir d'agir des populations sur leur santé* » et soutient ces dernières « *dans leurs démarches d'élaboration de politiques de santé publique répondant à leurs besoins* »<sup>4</sup>.

Ainsi, Médecins du Monde s'attache à déployer cinq thématiques prioritaires dont la Réduction des Risques ; la Santé Sexuelle et Reproductive ; la Migration, Exils, Droits et Santé ; la Santé Environnementale et enfin les Urgences et Crises.

---

<sup>3</sup> Projet Associatif. Médecins du Monde France.

<sup>4</sup> *Ibid.*

## 2.1.2 Le Programme Mission Squats de Bordeaux

Les activités de Médecins du Monde à Bordeaux s'articulent autour de deux programmes : le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) et la Mission Squats.

La Mission Squats de Bordeaux rassemble 42 bénévoles dont 16 bénévoles non médicaux et 26 bénévoles médicaux et paramédicaux. Deux co-responsables de missions bénévoles et un coordinateur salarié coordonnent la mission. Un assistant social salarié est également dédié en partie à la mission. Deux salariées de la délégation Régionale sont aussi en appui dont une coordinatrice régionale et une assistante.

Dès 1986, année d'ouverture du CASO, des actions mobiles ont été menées. Près de vingt ans plus tard, en 2007, est créée une action dédiée : l'action Roms qui se formalise pour aboutir en 2011 à la création d'une Mission Roms. Puis, après 3 ans d'existence, la Mission Roms est rebaptisée en 2014 « Mission Squats ». Ce changement sémantique est motivé par des raisons politiques de « desethnisation » de la problématique liée à l'habitat et opérationnelles.

L'objectif de la Mission Squats est d'améliorer la santé par l'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en squat et en bidonville sur Bordeaux Métropole et se décline en quatre objectifs opérationnels : améliorer l'accès aux soins des personnes vivant en squat sur Bordeaux Métropole ; améliorer l'accès au droit à la santé et aux droits sociaux en général des personnes vivant en squat sur Bordeaux Métropole ; améliorer l'accès à une prévention spécifique<sup>5</sup> des personnes vivant en squat sur Bordeaux Métropole et enfin, renforcer le travail en réseau et témoigner des situations vécues par le public cible afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales.

Ainsi, les interventions de la Mission Squats s'inscrivent dans une démarche de médiation en santé, qui entend participer à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Les actions participent à cette dynamique d'interface entre le public et les institutions, afin de favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes rencontrées, et de sensibiliser les acteurs du système de santé sur les obstacles qui se posent pour ces personnes.

---

<sup>5</sup> Cet axe concerne principalement la prévention liée aux questions de Santé Sexuelle et Reproductive.

### **2.1.3 Perspectives de la Mission Squats et contexte de mon stage**

Depuis quelques années les acteurs locaux médico-sociaux qui font de l' « aller vers » en proposant un accompagnement individuel des personnes vivant en squats et bidonvilles tendent à se multiplier à Bordeaux.

En parallèle, la Mission Squats fait le constat sur certains sites d'intervention, que les besoins en termes d'accès aux droits et aux soins commencent à être couverts. De plus, elle soulève d'importants risques environnementaux dans les bidonvilles et est convaincue d'une vision plus globale de la santé. C'est ainsi qu'à la suite d'un séminaire portant sur la démarche communautaire en santé et la santé environnementale, un groupe d'intervenants<sup>6</sup> se constitue afin de réfléchir et mettre en place une démarche communautaire en santé basée sur des thématiques de santé environnementale.

A terme, le souhait de la structure est de transférer son activité de médiation sanitaire et sociale vers des dispositifs mobiles de droit commun présents sur le territoire et ré orienter ses actions vers les démarches communautaires en santé. Dans le cadre de notre étude, nous nous concentrerons uniquement sur les enjeux concernant l'implantation des démarches communautaires en santé au sein de la Mission et ne tiendrons pas compte des contraintes liées au transfert de l'activité médico-sociale.

Mon stage s'inscrit donc dans ce cadre, afin d'appuyer le lancement de cette démarche mais aussi plus globalement, de diffuser au sein de la Mission la notion du « faire avec » les personnes concernées.

Dès les premiers jours de mon stage et sur la base d'une réflexion commune visant à favoriser un haut niveau de participation des personnes concernées et de respecter leurs priorités dans cette nouvelle démarche communautaire en santé, la thématique de santé environnementale a été abandonnée. Dès lors, le groupe se nommera « groupe santé communautaire<sup>7</sup> ».

Ainsi, ce mémoire vise à analyser certains enjeux liés au passage d'une logique d'action de médiation sanitaire et sociale vers la démarche communautaire en santé. Il s'agit à la fois d'enjeux liés aux pratiques des intervenants et d'enjeux organisationnels, propres à la Mission Squats.

J'ai choisi d'observer et analyser les pratiques liées aux activités de médiation sanitaire et sociale dont le protocole est défini depuis plusieurs années et les pratiques du groupe santé communautaire

---

<sup>6</sup> Composé de bénévoles et salariés.

<sup>7</sup> C'est ainsi que nous le nommerons dans la suite de ce travail.

qui sont plus récentes. Concernant le groupe santé communautaire une partie de mon travail concernera la construction du protocole d'intervention.

*In fine*, ce travail permettra de mettre en avant les opportunités sur lesquelles peut s'appuyer l'équipe et les obstacles à prendre en compte pour développer et réorienter la mission vers la démarche communautaire en santé.

## **2.2 Objectif de la recherche**

Objectif général : Apprécier la faisabilité d'une réorientation de la Mission Squats vers la démarche communautaire en santé, au regard des conditions d'organisation et de fonctionnement actuel de la Mission.

Objectifs spécifiques :

- Analyser les différentes logiques d'action qui sous-tendent les pratiques des intervenants de la Mission en fonction de leurs profils et motivations.
- Repérer et caractériser les principaux facteurs liés à l'organisation et au fonctionnement de l'Organisation<sup>8</sup> qui influencent les pratiques des intervenants.
- Rendre compte de l'expérience du groupe santé communautaire afin d'identifier les principaux freins et leviers rencontrés dans la conception et le lancement de la démarche communautaire en santé.
- Formuler des préconisations permettant de nourrir la réflexion actuelle sur la réorientation de la Mission

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les profils et les motivations des intervenants influencent le degré de participation individuelle et collective des personnes accompagnées.
- L'organisation et le fonctionnement de la Mission Squats influencent les pratiques des intervenants.
- La réorientation vers une démarche communautaire en santé implique des changements pour les intervenants en termes de postures et de relations avec les habitants des bidonvilles.

---

<sup>8</sup> Le terme Organisation désigne la Mission Squats

- La réorientation vers une démarche communautaire en santé implique des changements organisationnels pour la Mission Squats.

Se pose alors la question de savoir quels sont les leviers, aussi bien liés à l'équipe d'intervenants qu'à l'organisation et fonctionnement de la Mission Squats, sur lesquels s'appuyer pour favoriser sa réorientation vers la démarche communautaire en santé et quels sont les obstacles à prendre en compte ?

## **2.3 Méthodes**

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai mené une enquête qualitative (fondée sur des entretiens et des observations sur le terrain), précédée d'une revue de la littérature scientifique et grise.

En effet, il était nécessaire, dans le cadre de ma problématique, de comprendre les significations que donnent les intervenants à leurs pratiques, routines et perceptions. La recherche qualitative travaille à partir de ce que disent les participants et de ce que l'enquêteur observe. Elle permet d'établir un lien entre une perspective théorique sur les pratiques, les interactions (qu'elles soient courantes, déviantes ou marginalisées) et une manière de conduire une recherche « de terrain » (Beaud et Weber 2003).

### **2.3.1 Revue de la littérature**

J'ai commencé par effectuer une revue de la littérature afin de mieux cerner les enjeux de mon sujet. Si j'ai privilégié les articles scientifiques dans le champ de la sociologie, j'ai également consulté des études et des rapports issus de la littérature grise. Ce travail de recherche bibliographique, de lecture critique et d'analyse m'a aidé à définir les concepts fondamentaux abordés dans le cadre de mon étude. La revue de la littérature portait sur les concepts autour de la participation, son historique et ses enjeux ainsi que sur la démarche communautaire en santé, afin d'appréhender les grands enjeux de ma question de recherche. Elle a également portée sur les bidonvilles et la santé des personnes y vivant afin de contextualiser ma recherche.

### **2.3.2 Les entretiens préliminaires**

La méthode qualitative a compris tout d'abord des entretiens préliminaires avec des personnes (intervenants ou personnes concernées<sup>9</sup>) ayant déjà été impliqués dans des démarches participatives dans le but d'appréhender les enjeux fréquemment rencontrés et de donner un cadre à mes observations. Ces entretiens peu directifs m'ont permis de me familiariser avec le milieu des squats et bidonvilles et les démarches participatives ainsi que de développer ma connaissance pour construire et fonder mes hypothèses de recherche. Les données récoltées m'ont permis de préparer la suite de l'enquête, notamment en fondant le choix des techniques de recueil de données à mobiliser dans la suite de l'enquête, ainsi que d'éclairer les personnes vers qui je me tournerai pour mes entretiens semi-directifs. J'ai pu effectuer quatre entretiens dont trois entretiens téléphoniques avec des professionnels du secteur associatif impliqués dans des démarches communautaires en santé ; mais aussi un entretien avec une personne ayant déjà été impliquée dans des collectifs d'associations, s'appuyant sur la participation des personnes concernées.

### **2.3.3 Les entretiens semi-directifs**

A partir de mes lectures et de mes entretiens exploratoires, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs avec les intervenants de la Mission Squats. 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 diffusé dans la newsletter hebdomadaire de la Mission un appel à volontaires en expliquant le sujet de mon enquête et les conditions de l'entretien, notamment l'anonymisation et le temps. J'ai choisi de m'adresser à l'ensemble des intervenants quelles que soient leurs activités au sein de la Mission et quel que soit leur statut au sein de l'association, afin d'avoir une vision globale de leurs perceptions.

Pour élaborer mon guide d'entretien, je me suis appuyée sur les principaux questionnements suscités par mes recherches bibliographiques, sur mes entretiens exploratoires et sur mes premières observations au sein de la Mission Squats. J'ai établi un guide d'entretien général pour l'ensemble des intervenants de la Mission, ainsi qu'une partie spécifique concernant les intervenants investis dans le groupe « santé communautaire » (Annexe N°1). Mes questions étaient ouvertes afin de

---

<sup>9</sup> Personnes ayant déjà vécues en squat ou bidonville.

donner la parole à la personne interviewée et de favoriser la discussion. J'ai été particulièrement attentive à la chronologie de mes questions afin de ne pas induire de réponses lors de mes entretiens.

Ainsi, j'ai réalisé neuf entretiens semi-directifs qui ont duré entre quarante et soixante minutes. Ils ont été enregistrés avec l'accord des enquêtés et se sont déroulés entre le 30 juillet et le 30 octobre, dans mon bureau ou dans le jardin de Médecins du Monde.

### **2.3.4 L'observation participante**

Afin de compléter et mettre en perspective mes données issues des entretiens, j'ai souhaité effectuer 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). Ainsi, l'observation m'a permis de saisir l'action au moment où elle se passe et de comprendre le comportement des personnes dans un milieu spécifique. 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). En faisant référence à 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* » (Foote 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.

Ainsi, j'ai réalisé des observations participantes entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 15 octobre 2020 dans différents cadres : au bureau, lors des réunions et lors des sorties sur le terrain. Je tenais un journal de bord sur lequel je notais mes observations.

### **2.3.5 Traitement et analyse des données**

Après avoir récolté mes données sur le terrain, j'ai effectué une mise au propre de mes notes prises pendant les entretiens et mes observations. J'ai retranscrit les neuf entretiens intégralement, en prenant soin d'anonymiser les propos recueillis<sup>10</sup>. J'ai utilisé le logiciel *Taguette* qui permet de télécharger des documents et classer les verbatims ou observations avec des tags. J'ai commencé par

---

<sup>10</sup> Dans mon travail, par souci d'anonymisation, je ne distinguerai pas systématiquement le statut bénévole ou salarié de la personne enquêtée.

une analyse séparée de mes documents en identifiant les thèmes principaux. Puis, à partir de cela, j'ai croisé les données récoltées et dressé une liste de questionnements et thématiques apportant des éléments de réponse à mes objectifs d'enquête. Finalement, j'ai mis en perspective mes constats et questionnements avec ma revue de la littérature initiale, que j'ai complétée avec des lectures traitant des nouveaux éléments apportés par l'analyse de mes données.



## 3 RESULTATS

---

Mes résultats s'articuleront en trois parties : la première portera sur l'ensemble des intervenants de la Mission Squats, la seconde concernera le groupe « accès aux soins, accès aux droits » et la troisième sera en lien avec le groupe « santé communautaire ».

### 3.1 Les intervenants de la Mission Squats<sup>11</sup>

#### 3.1.1 Des profils hétérogènes

Dans cette première partie, les profils des personnes intervenant au sein de la Mission Squats seront explorés. En effet, il paraît intéressant d'analyser le profil des intervenants ainsi que leurs motivations initiales pour intégrer la Mission Squats, afin de mettre en lumière les logiques d'action de ces derniers. Médecins du Monde promeut une logique d'intervention salarié/bénévole<sup>12</sup> ce qui génère des profils et des statuts différents.

La majorité des intervenants sont issus du domaine médico-social<sup>13</sup>. La plupart sont en activité, c'est le cas de ce bénévole qui est « *infirmier libéral depuis 35 ans, en activité bah voilà professionnellement c'est ce que je fais* » et de ce salarié « *je suis assistant social à médecins du monde depuis 4 ans* ». D'autres sont en fin de parcours universitaire : « *je suis interne en médecine générale en 3ème année* » et une minorité à la retraite : « *je suis psychiatre, j'ai 70 ans, je suis à la retraite depuis 2 ans et donc il y a 1 an j'ai contacté Médecins du Monde (...)* ».

On retrouve tout de même des profils issus d'autres formations professionnelles, dont une bénévole qui est « *juriste internationaliste de formation* ». D'autres sont ingénieurs dans le domaine de l'environnement ou travaillent dans le domaine des sciences humaines et sociales. Il convient de souligner que la plupart des bénévoles non issus du milieu médico-social font partie du groupe santé communautaire et la plupart des intervenants issus du milieu médico-social font partie du groupe « accès aux soins, accès aux droits ». Cependant, la composition du groupe a évolué au fil du temps.

---

<sup>11</sup> Les intervenants représentent les salariés et bénévoles impliqués dans les activités de la Mission Squats. Par souci d'anonymisation je ne citerai pas leurs statuts dans mon travail.

<sup>12</sup> Pour exemple, la coordination de la mission est partagée entre un coordinateur salarié et un deux responsables de mission bénévoles.

<sup>13</sup> Le processus de recrutement des bénévoles comprend deux étapes dont une réunion d'information collective puis un entretien individuel. La personne est recrutée en fonction de ses disponibilités et motivations au regard des besoins de la mission et de l'appréciation des bénévoles et salariés ayant participé à l'entretien.

Il paraît pertinent de souligner que les bénévoles et salariés de la Mission Squats possèdent des profils singuliers à différents niveaux notamment dans le déroulement de leurs parcours universitaires « *j'ai commencé des études de biologie que j'ai arrêtées. Après j'ai commencé la formation d'infirmier psy [...].* ». Cette diversité s'observe également à l'échelle de leurs expériences de mobilité : « *J'ai fait mes études dans plusieurs pays, j'ai commencé avec la Moldavie, j'ai poursuivi avec la France, j'ai fait un peu de Suisse et d'Angleterre et j'ai fini avec un doctorat à l'université de Bordeaux.* » Elle se retrouve enfin dans les intérêts qui les préoccupent : « *Le but c'était surtout d'avancer ma thèse sur le thème de l'utilisation du préservatif chez les consultants et consultantes qui prennent la PrEP dans le contexte du remboursement récent du préservatif depuis 2 ans.* »

*In fine*, nous pouvons constater que l'ensemble des bénévoles et salariés ont un niveau d'étude plutôt élevé. C'est ce que l'on retrouve dans la littérature : « *l'effet particulièrement discriminant du niveau de la formation initiale sur la participation bénévole est désormais un constat largement partagé en France* » (Prouteau et Wolff, 2004).

Dès lors que nous nous intéressons à leur parcours associatif, nous pouvons constater que la plupart ont eu d'autres expériences associatives avec différents publics en situation d'exclusion avant d'intégrer la Mission Squats, tant pour les bénévoles : « *C'était une association qui défendait les droits des personnes avec handicap* » ou encore « *j'avais fait quelques maraudes à la croix rouge sur un ou deux hivers à Pau auprès de personnes sans domicile fixe* » ; que les salariés : « *je bossais avant en psychiatrie dans une asso qui s'occupait des demandeurs d'asile* ».

### **3.1.2 Des motivations initiales centrés sur les valeurs**

Nous nous intéresserons dans cette partie aux motifs des engagements des bénévoles de la Mission Squats de Médecins du Monde. La période depuis laquelle ils font partie de la Mission Squats varie entre six mois et six ans. Certains bénévoles sont plus anciens que des salariés.

Spécifiquement aux bénévoles, G. Clary et M. Snyder décrivent six catégories de motivation : les valeurs, la compréhension, l'enrichissement de soi, la carrière et la sociabilité (Clary et Snyder, 1999). Ainsi l'engagement en tant que bénévole peut paraître être le résultat d'un seul élan individuel issu de dispositions à s'engager acquises par la trajectoire de la personne (Harvard Duclos et Nicourd, 2005). C'est ce qui paraît être le cas dans le discours de ces bénévoles qui se sont engagés afin de mettre à disposition des compétences spécifiques via une association, relevant de la catégorie des valeurs : « *j'ai contacté Médecins du Monde parce que je souhaitais avoir une activité bénévole pour apporter mon expérience [de psychiatre] dans une association* » ou encore « *j'avais participé à une*

*association de maraude alimentaire en centre-ville à Bordeaux pendant 1 ans et après j'ai voulu faire, me rendre utile au niveau médical [...] je voulais rester à Bordeaux, m'occuper des gens qui sont près de moi ».*

*D'autres font référence à la catégorie de la carrière : « Je fais du bénévolat auprès de médecins du monde pour voir comment ça se passe en réalité parce que j'étais toujours dans le théorique et je voulais voir un peu comment c'était dans la pratique, voir comment est construite une ONG, comment elle agit, quelles sont ces actions etc. Et de comprendre, pour voir si c'est vraiment pour moi ou pas ».*

Cependant l'engagement bénévole, notamment dans le temps, doit trouver comment s'incarner dans une structure (Havard Duclos et Nicourd, 2005). C'est ce que l'on perçoit dans le discours des intervenants : *« j'avais besoin d'un truc un peu en plus, de plus militant et je pense que je suis rentré à Médecins du Monde comme ça où j'ai trouvé un cadre où c'est un peu valorisé, enfin carrément même valorisé [...] de pouvoir remonter à contre-courant. »*. Un autre bénévole confirme l'importance du militantisme de l'association : *« en fait moi je suis à médecins du monde pour l'aspect militant. L'aspect humanitaire bien sûr mais s'il n'y avait pas l'aspect militant je ne serais pas resté. »* Ainsi, la « vocation » comme la définit Bernard Pudal, en rapprochant le prêtre rural, le prêtre ouvrier, l'instituteur laïque et l'intellectuel organique du parti communiste, montre que celle-ci *« résulte d'un processus interactif complexe entre une histoire sociale personnelle de l'individu et l'institution reconnaissante »* (Havard Duclos et Nicourd 2005). Dans le discours des personnes engagées, les associations apparaissent plus propices à entretenir cet « élan d'engagement » que les institutions publiques : *« les institutions étaient un peu problématiques si tu veux en ce qui me concernait parce que si tu veux tu es pressuré par un système, tu te mets dans des situations d'exercices si tu veux (...) »*. C'est aussi ce dont me fait part un salarié : *« ici on a vachement plus de liberté »*.

### **3.1.3 Des visions différentes de l'objectif de la Mission Squats.**

Dans cette partie nous verrons comment les intervenants perçoivent l'objectif de la Mission Squats. A travers cela, nous pourrions explorer les différentes visions de la santé qu'ils possèdent et éclairer les logiques de leur « façon de faire » en lien avec l'intérêt porté à la participation des personnes concernées.

Pour les intervenants de la Mission Squats, un des premiers objectifs est « d'aller rencontrer ». L'aller vers étant un des principes fondamentaux de la Mission<sup>14</sup>, il paraît intéressant de souligner que certains vont vers des « patients », d'autres vers des « usagers », « auprès d'un public précaire qui est isolé » ou encore vers des « gens ». Dans mes observations, notamment lors des briefings du matin, j'entendais régulièrement « on va à [nom du bidonville] » ou « on va voir Monsieur [X] qui a [tel problème] ».

L'objectif d'accès aux droits et aux soins<sup>15</sup> de la Mission Squats fait l'unanimité dans mes échanges avec les intervenants et ce, quelles que soient les activités dans lesquelles ils prennent part au sein de la Mission : « Je dirais que c'est pour permettre à ces personnes d'avoir l'accès aux soins et de faire valoir leurs droits ». Lorsque je demanderais à la personne ce qu'elle entend par accès aux droits et aux soins, elle me répondra : « c'est faire en sorte que tout le monde puisse avoir une sécu et un médecin traitant ou pouvoir être orientée vers une structure qui puisse te prendre en charge » ou encore « L'objectif de la Mission Squats c'est vraiment de les ai... de les orienter, l'accès aux soins c'est le sujet central [...], l'exercice des autres droits sont liés à celui-ci, le primordial, l'accès aux soins. ».

Pour d'autres, l'objectif de la mission ne se réduit pas à l'accès aux soins et aux droits mais à une prise en compte globale des déterminants de la santé : « Tu peux faire de l'accès aux droits, accès aux soins mais bon des gens qui ont quand même des conditions de vie pathogènes, qui majore les pathologies. (...) la santé c'est global, la santé c'est pas que soigner le corps donc euh bon il y a l'esprit déjà puis la vie, la vie sociale, la vie dans l'endroit où tu vis [...] regarde à Cracovie, à Lajaunie<sup>16</sup>, un seul point d'eau c'est un peu limite, les conditions de vie sont assez catastrophiques et ont un impact sur la santé énorme ».

Enfin certains perçoivent l'objectif principal de la Mission comme étant d'obtenir des changements sociétaux favorables à la santé : « c'est d'obtenir un changement. Notamment sur la question de l'accès aux soins ou de la santé plutôt on va dire et de la santé au sens très large sur la définition de l'OMS qui serait un état de bien-être (rires). Mais oui obtenir un changement euh bénéfique pour les personnes mais que ce soit plus global au niveau de la société en fait. Je crois. ».

---

<sup>14</sup> Rapport d'activité 2018, Médecins du Monde Bordeaux.

<sup>15</sup> L'équipe d'intervenants participant aux actions de médiation sanitaire et sociale est souvent nommée ainsi « équipe accès aux soins, accès aux droits ». Cependant, ce propos est cité par des personnes qui participent exclusivement à cette action et par des personnes qui participent à d'autres actions notamment centrées sur le « faire avec ».

<sup>16</sup> Lajaunie et Cracovie sont la nomination de deux bidonvilles où vivent entre 300 et 400 personnes.

Ces différentes perceptions de l'objectif de la Mission nous informent sur les différentes visions de la santé qu'on les intervenants mais aussi sur le regard qu'ils portent sur les personnes rencontrées en bidonvilles. Ainsi, que ce soit dans un objectif d'accès aux soins et droits sociaux, de réduction des inégalités sociales de santé ou de changement sociétal, nous pouvons supposer que tous ces objectifs peuvent se poursuivre avec ou sans les personnes concernées. Ainsi, en explorant les modes d'intervention mobilisés par les intervenants, nous pourrions explorer ce point.

Nous nous intéresserons désormais à deux des actions de la Mission Squats<sup>17</sup>. D'une part, celle concernant la médiation sanitaire et sociale et d'autre part, celle qui concerne les actions du groupe santé communautaire. La première est une action qui fonctionne ainsi depuis plusieurs années alors que la seconde est en construction.

## **3.2 Les pratiques des intervenants du « groupe accès aux soins, accès aux droits »**

Dans cette partie, nous chercherons à en savoir plus sur les différentes stratégies d'interventions mobilisés par les intervenants, leurs applications et les perspectives des intervenants de l'équipe « accès aux soins, accès aux droits ».

### **3.2.1 Un cadre d'intervention défini et propice à l'engagement des intervenants**

Le cadre interventionnel paraît défini de manière précise pour cette activité : *« je m'inscrit [sur le planning] quand je suis disponible pour venir les demi-journées. Je vérifie le sac avant de partir, on va sur les bidonvilles autour de bordeaux, on a un sac de matériel médical dont on est pas trop censé se servir et un classeur d'orientation, on est plutôt dans l'orientation. Et du coup, on fait aussi remonter ce qu'on voit sur le terrain pour ce qui est conditions de vie. On y va à deux, trois avec souvent un médecin ou un inf, c'est jamais les mêmes équipes et aussi l'interprète [...] Quand on rentre sharepoint et DPI<sup>18</sup> ! »*. On peut voir que les intervenants ont un cadre, ils savent ce qu'il faut faire ou ne pas faire. Tous connaissent bien le protocole à suivre sur le terrain : *« s'il y a un problème, j'évalue la situation, j'informe et j'oriente la personne c'est les trois choses les plus importantes pour moi »*.

Le fonctionnement du planning paraît également propice à l'engagement des bénévoles actifs professionnellement : *« je travaillais à temps plein et du coup le fonctionnement un peu souple de pouvoir m'inscrire en soirée, quand j'étais dispo c'est pratique »*.

---

<sup>17</sup> La Mission Squats possède également une action de plaidoyer, une action de développement de l'interprétariat en médecine de ville et une action d'aller vers spécifique à la santé sexuelle et reproductive.

<sup>18</sup> L'enquêtee fait référence aux outils de recueils de données

### 3.2.2 Des mises en pratiques hétérogènes

A travers l'analyse des pratiques des intervenants, nous pouvons explorer leurs relations avec les habitants des bidonvilles et les intervenants, mais aussi la posture qu'ils adoptent.

Dans mes observations, je pourrais voir que les pratiques sont hétérogènes et les degrés de participation des personnes concernées également.

Prenons un exemple que j'ai souvent observé : lorsqu'un habitant interpelle l'équipe en disant qu'il souhaite voir un médecin, tous les intervenants n'ont pas les mêmes pratiques face à cette demande.

Certains intervenants évaluent dans un premier temps la situation médicale (via un interrogatoire médical) et sociale (par un recueil d'informations ciblé sur l'orientation de la personne : « est ce que vous avez la sécurité sociale ? Est-ce que vous avez un médecin traitant »).

D'autres intervenants privilégient dans un premier temps, la reformulation du problème et l'expression des souhaits et difficultés de la personne rencontrée vis-à-vis de ce problème : c'est le cas d'une bénévole qui, interpellée par une habitante souhaitant voir un médecin, demandera à l'habitante comment elle fait d'habitude lorsqu'elle est malade. La personne lui répond que d'habitude elle a un médecin qui ne parle pas sa langue mais que là c'est une situation plus compliquée. Ainsi, selon les modalités d'échanges, l'intervenant obtient des informations différentes de celles qu'il aurait pu avoir avec une évaluation médico-sociale dans un premier temps.

D'autres intervenants encore demandent systématiquement en quoi ils peuvent être utiles à la personne qui les interpellent. Par exemple, un habitant est venu voir un intervenant pour lui dire qu'il avait un problème médical. L'intervenant lui a dit : « *d'accord et qu'est-ce que vous voulez ?* », la personne a répondu : « *je voulais juste vous le dire* », puis a raconté la suite de son histoire. Ainsi, nous pouvons voir que certains intervenants, en laissant un cadre d'échange ouvert semble fournir un soutien d'écoute, sans forcément avoir à évaluer protocolairement la situation médico-sociale de la personne.

On peut également remarquer une hétérogénéité des postures dans d'autres cas. Pour certains intervenants, il y aurait une conduite à suivre, à transmettre aux personnes : « *Le but c'est de ramener les gens dans le droit commun enfin les gens, les populations rencontrées donc le but c'est pas de leur amener des soins sur leur site mais vraiment les remettre dans le droit commun comme tout un chacun, comme les gens qui habitent à Bordeaux et d'aller chez son médecin généraliste, d'aller à hôpital, d'avoir des droits* ». On perçoit également cela lors des rappels de rendez-vous médicaux ou sociaux. Si certains intervenants demandent : « *quand est-ce la prochaine fois que vous*

*allez chez le médecin déjà ? »*, d'autres le font ainsi : *« n'oubliez pas votre rdv le 12/08 il faut aller à la PMI c'est très important »*. Ces deux manières de faire révèlent deux postures différentes.

### **3.2.3 Des facteurs de satisfaction des intervenants centrée sur l'échange et l'obtention de résultats.**

En explorant les facteurs de satisfaction des intervenants au sein de leur activité, nous pouvons percevoir ce dont ils ont besoin pour faire perdurer leurs engagements.

Pour plusieurs d'entre eux, cette satisfaction réside dans la réussite d'un échange : *« Alors ce qui me satisfait c'est quand j'ai le sentiment qu'il y a un courant qui passe, qu'il y a quelque chose qui se produit, que les gens sont en confiance (...) »*.

Pour la plupart ce sont les résultats de leurs actions qui comptent, par exemple la réussite en termes d'orientation vers une structure médico-sociale : *« Euh, après de manière un peu pragmatique quand on a réussi à mettre en place des choses qui marchent comme un suivi médical ou une orientation, qu'on a bien fait du lien et qu'on se dit bon ben voilà la personne si ça a un peu marché, c'est une bonne sortie aussi »*.

Enfin, pour quelques intervenants, la satisfaction passe par la mise en mouvement d'acteurs d'un territoire : *« je pense vraiment qu'une sortie satisfaisante ce n'est pas régler un problème dans une famille en fait c'est plutôt se dire est-ce que j'arrive à amener et à faire émerger une dynamique un peu sur le territoire (...) »*.

Au contraire, d'autres éléments ne rendent pas satisfaits les intervenants, notamment lorsqu'ils sont amenés à recevoir des demandes en abondance auxquelles ils ne sont pas formés à répondre et empiétant sur leur activité de médiation sanitaire par exemple. C'est le cas de ce médecin : *« Ce qui est un peu plus compliqué c'est quand on est assailli par des demandes sociales récurrentes en particulier des histoires de domiciliation, d'inscription à la sécu, à la MSA qui sont récurrents et sur lesquels on ne peut pas grand-chose. »* La récurrence des problèmes paraît également difficile pour les intervenants, donnant une impression de tourner en rond : *« il y a des moments quand même j'ai l'impression de vider la méditerranée avec une petite cuillère et j'ai l'impression que c'est sans fin quoi. »* Selon les problèmes, cela peut entraîner un sentiment d'impuissance et de frustration notamment lorsque les barrières sont législatives ou les problèmes, d'ordre structurel : *« donc quand plus de la moitié du temps de la sortie est consacré à expliquer aux gens que nous on peut rien y faire, là je me sens un peu frustré. »* C'est le cas lors des problématiques liées aux conditions de vie des personnes vivant en squats et bidonvilles : *« (...) moi je suis jamais*

*vraiment satisfait à 100% (...) en particulier sur les conditions de vie si tu veux je trouve que le gros combat c'est l'accès aux droits, accès aux soins on va y arriver à forcer mais l'amélioration des conditions de vie c'est ... dans les squats et les bidonvilles alors là pour le coup je suis jamais vraiment satisfait alors qu'il y a un gros travail qui est fait mais en face... ». En lien avec cela, la lutte sans fin contre les préjugés comme celui du fameux appel d'air, dans le cas où les conditions de vie seraient améliorées, semble être fatiguant pour les intervenants : « Moi je suis toujours un peu pas frustré mais je me dis il faut que le combat continue encore, on améliore <sup>19</sup>les conditions de vie parce que c'est inacceptable d'être dans ces conditions de vie, qu'ils soient amené ou pas à rester sur ces terrains. » Une autre source de frustration est soulevée par un bénévole qui témoigne de la perte d'efficacité lorsque les personnes concernées ne sont pas associées : « [...] Il y a pas longtemps à Cracovie <sup>20</sup>l'histoire des robinets, on a fait remonter, [X] a fait remonter, moi aussi et puis euh...; résultats on va mettre un point d'eau à l'entrée mais si tu veux le technicien a dit oui parce qu'il y a des fuites, des flaques d'eau il y a des moustiques tout ça nous on a dit ok mais on peut faire de l'eau sans fuite, justement avec un travail communautaire pour intégrer la population dans la prise en charge, dans la création du projet [...] ».*

Ainsi, rencontrer des gens, des personnes précaires isolées ou encore des patients, évaluer et orienter, dans le domaine médicosocial, dans les structures dédiées à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), dans d'autres domaines plus éloignés du « soin classique », en gardant une attention particulière à favoriser l'accès aux dispositifs du droit commun, sensibiliser des acteurs et les faire venir sur les lieux de vie, rester proche de la réalité du terrain pour continuer à témoigner et plaider pour des changements plus globaux : il s'agit ici de nombreux moyens mis en œuvre et auxquels sont attachés les intervenants de la Mission Squats.

### **3.2.4 Des perspectives d'amélioration de la Mission centrée sur la démarche communautaire en santé afin d'augmenter l'efficacité des interventions mais avec des appréhensions**

Nous verrons que les intervenants perçoivent la démarche communautaire en santé comme une réelle opportunité pour la Mission Squats et sont convaincus de sa plus-value tant pour eux, que pour l'efficacité de la mission, que pour les personnes rencontrées dans les bidonvilles. Néanmoins, ils expriment des appréhensions.

---

<sup>19</sup> L'enquêté fait référence à la Métropole et non à la Mission Squats

<sup>20</sup> Cracovie désigne le nom d'un bidonville



La démarche communautaire en santé permettrait, d'après les intervenants, d'être en adéquation avec les priorités des personnes : « *Ben ça évite que nous on arrive et qu'on dise on veut voir si vous avez des problèmes de peau alors que les personnes en fait peut-être qu'elles s'en foutent si elles ont des boutons ou la varicelle ou la gale ou je n'en sais rien.* » Aussi, elle permettrait de s'appuyer sur les ressources des personnes : « *s'ils nous disent, nous notre problème c'est par exemple les rats donc on veut résoudre ce problème là et comment on peut faire et là du coup ça veut dire que si on a une approche un peu plus communautaire on peut voir quelles sont les ressources des personnes qu'est-ce qu'elles peuvent faire elles-mêmes et au final on va résoudre le problème* ».

Pour les intervenants, la démarche communautaire serait bénéfique également dans leurs pratiques. Ils y voient un moyen de sortir de leur impuissance face à certaines problématiques récurrentes : « *Je pense que si les gens sont décideurs et acteurs dans la mise en œuvre, ils seront beaucoup plus impliqués que s'ils le font parce que le docteur a dit que, l'assistant social a dit que. Etc. Et puis aussi cette approche où on communique de l'information ne fonctionne pas puisque quand nous repassons la fois suivante sur le squat nous avons la même personne qui nous pose la même question. Et on donne la même réponse* ».

Pour la Mission, elle permettrait d'augmenter la qualité des interventions : « *si on veut que ça soit un travail de qualité si tu veux il faut passer par là, c'est obligatoire* ».

Pour les habitants des bidonvilles, la démarche communautaire serait un moyen d'atteindre un pallier permettant, à termes, de favoriser l'intégration des personnes vivants en bidonvilles : « *la démarche communautaire oui (...) ça ne va pas être un apport comme ça euh vertical médecins du monde arrive on fait ça on vous soigne on vous ci on vous ça on vous oriente là... ce serait une grosse plus-value si tu veux je pense que les gens s'intégreraient si c'est leur désir plus facilement si y avait une démarche communautaire. Ce serait un pallier qui serait intéressant pour les gens qui ont le désir de s'intégrer ici, mettre les gosses à l'école, travail ici, vivent ici. Ce serait une grosse plus-value il me semble, peut être que je me trompe* ».

Concernant l'approche collective, celle-ci anime certaines personnes de la Mission Squats : « *Mais bon j'étais toujours très attachée au sujet de la santé publique qui écarte un peu l'individuel au profit du collectif* ». Pour certains, cette approche serait aussi un moyen de pallier l'image du médecin en visite à domicile, d'autant plus accentuée dans les relations duelles : « *Toute la question, c'est d'arriver à peut-être pas répondre que dans la facilité pour une personne qui va dire Ah tien chouette j'ai un médecin qui vient sur le site* » alors que « *l'intérêt de l'approche communautaire, elle est de décentrer les problématiques* ».

Cependant, l'approche individuelle leur paraît essentielle pour certaines situations complexes : *« Il y a des situations en tout cas des fois un peu aussi complexes et problématiques ou de grande vulnérabilité où il y a besoin de faire des accompagnements physiques et là on va on va avoir aussi un intérêt à agir de manière plus individuelle »*. Elle permet aussi de pouvoir conserver une certaine confidentialité, au cœur des pratiques médicales. Les intervenants évoquent également un choix par facilité par rapport à ce à quoi ils sont habitués et formés : *« c'est plus facile toujours de faire une approche individuelle parce qu'on a l'habitude parce que c'est notre représentation culturelle du soin, elles sont dans l'individuel que ce soit en santé mentale en santé somatique en tout ce qu'on veut même au niveau social aussi on est on est très peu dans du collectif »*.

Concernant la dimension du « faire avec », ils évoquent certaines appréhensions notamment un changement de posture difficile, comme en témoigne cette intervenante en citant une de ses expériences professionnelles : *« après peut-être au niveau de l'éducation thérapeutique ça peut se rapprocher, ou l'entretien motivationnel dans les sevrages d'addicto [...] finalement on laisse plus le patient démarrer, on part de lui tout le temps, d'où il en est pour justement travailler là-dessus (...) finalement il fait plus que nous, c'est ça qui est dur aussi de laisser la main, de pas trop s'impliquer et de laisser la personne faire d'elle-même »*. Elle fait référence à la manière dont elle a été formée : *« Je pense que c'est notre apprentissage global où on est plus dans apporter la connaissance, essayer d'apprendre quelque chose aux autres et pas travailler sur ce qu'ils savent déjà et sur, c'est un partage finalement »*. Ce propos sera confirmé par un autre intervenant faisant référence à l'opposition entre la démarche du « faire avec » et la manière dont on est éduqué en France notamment pendant les études puis dans le milieu professionnel : *« surtout que la démarche quand même elle va complètement à l'encontre de ce qu'on nous a appris dans nos études et ensuite dans notre travail. Nous sommes quand même supposées savoir, connaître le sujet et apporter la bonne parole aux patients »*. Les intervenants font également référence à la contrainte de temps que cela présuppose : *« Après bon ça n'a rien à voir mais ça prendrait énormément de temps »*. J'observe en effet cela lors d'une sortie squat où une intervenante est restée avec une famille pendant environ une heure afin de « faire avec » eux. Elle s'excusera auprès de l'équipe pour le temps important passé avec cette famille qui ne permettra pas de faire l'ensemble des choses prévues initialement lors de cette sortie.

Enfin, les sources de connaissances de la démarche communautaire des enquêtés sont hétérogènes et peuvent venir de lectures personnelles, de Médecins du Monde via les événements organisés comme le séminaire annuel qui y avait été consacré l'année dernière ou lors d'échanges pendant des sorties squats : *« au début et quand j'entendais parler de santé communautaire je me disais attend*

*c'est quoi (...) et c'est ensuite que j'ai compris effectivement que c'était le fait de permettre que la communauté prenne en charge sa propre santé et ça il a fallu que tu<sup>21</sup> me dises pendant les sorties parce que jusque-là je n'en avais pas entendu parler ». Un des bénévoles avait reçu une formation spécifique : « Alors-moi si tu veux j'ai fait un DU de médecine trop' (...) les intervenants c'était des gens qui avaient fait des missions à l'étranger et si tu veux on avait eu tout un gros module sur la démarche communautaire ». Je remarque que pour certains, la démarche communautaire représente le « faire avec », pour d'autres la dimension collective et pour d'autres encore les deux. J'observe une évolution croissante des connaissances et intérêts des intervenants de ce groupe durant ma période d'enquête ainsi que dans le groupe santé communautaire qui fera l'objet de la partie suivante.*

### **3.3 Les pratiques des intervenants du « groupe santé communautaire »**

Dans un premier temps, nous soulèverons les éléments principaux qui ressortent de mes observations et entretiens vis-à-vis des enjeux du début de la construction du protocole d'intervention. Puis, nous verrons les enjeux de la mise en pratique de ce protocole. Dans cette partie, nous parlerons de deux démarches différentes : l'une s'est construite sous l'impulsion d'habitants d'un bidonville, l'autre concernait un site qui a été choisi par le groupe d'intervenants.

#### **3.3.1 Des choix méthodologiques initiaux complexes selon la source de l'initiative et suscitant des degrés de participation différents**

Pour les intervenants, le protocole initial d'intervention a été complexe à réfléchir. Une intervenante témoigne des changements et de ce qu'ils ont impliqués : *« d'une approche plus santé environnementale à une approche plus globale de la santé et de se dire la première approche était peut-être pas exactement la bonne [...] et d'un objectif de participation à un objectif de développement du pouvoir d'agir [...] Après tout ça, on savait plus vraiment comment s'y prendre »*.

Ainsi les choix méthodologiques semblent avoir demandé des efforts de réflexion au groupe. Pour les intervenants, une des difficultés rencontrée a aussi été de trouver des méthodes qui correspondent aux degrés de participation souhaités en particulier lorsque l'initiative ne venait pas des habitants : *« On avait décidé de faire un diagnostic participatif comme dans les guides mais en pratique on*

---

<sup>21</sup> L'enquêté fait référence à l'enquêtrice

*trouvait que ça induisait trop les besoins donc on s'est dit de faire une discussion informelle mais ça n'a pas marché et on est revenu sur une idée d'un outil sous forme de photos [langage] ».*

Le fait que la démarche ne soit plus guidée par une thématique semble avoir été difficile : *« comment expliquer notre démarche [aux habitants] alors que c'est déjà compliqué pour nous »*. Enfin, laisser le choix aux habitants de la thématique suscitait également des appréhensions en termes de marge d'action : *« Est-ce que l'on a une marge d'action, des ressources à leur proposer en fonction des besoins qui seront exprimés ? Par exemple si on ne connaît pas bien la thématique sur laquelle ils veulent travailler ? »*. C'est ce que confirme un autre intervenant en comparant à une autre initiative qui a émergé des habitants sur laquelle le groupe a travaillé et : *« C'est vrai qu'en s'appuyant sur un mouvement des habitants, ça permet de faire un protocole avec eux sans dire on va faire un projet avec vous, c'est plus simple quelque part »*. Ainsi, le protocole d'intervention à osciller entre se servir d'outils formels ou non en fonction des réflexions de l'équipe et des lieux d'intervention.

Aussi, si la confrontation au terrain du protocole réfléchi par le groupe a pu susciter des appréhensions<sup>22</sup>, elle est aussi évoquée comme un levier par les intervenants. C'est ce à quoi fait référence une intervenante en parlant de ce qui a aidé l'équipe : *« alors ça a été beaucoup des réunions où ont réfléchi à ce qu'on fait ou non à chaque fois, c'est un projet en construction, et là on commence petit à petit sur le terrain, on a essayé différentes choses [...] Et petit à petit on construit notre protocole »*. C'est ce que confirme un intervenant en faisant référence aux critères du choix du lieu :

- *« Nos réflexions et quand on est allé sur le terrain ça a remis en cause nos critères <sup>23</sup>pour le choix du lieu d'intervention.*
- *C'est-à-dire ?*
- *Par exemple on avait peur d'être submergé de demandes médicales et sociales et on avait choisi un critère qui disait que les habitants du bidonville choisi devaient déjà avoir des droits ouverts, pourtant ça n'a pas été le cas par exemple quand le groupe a fait la sortie à Pierre Baour<sup>24</sup> »*

D'autres leviers sont évoqués par les intervenants comme celui de la formation : *« Je dirais que ce qui nous a vraiment aidé c'est de se former <sup>25</sup>pour se sentir plus à l'aise »*. Durant cette formation les

---

<sup>22</sup> Notamment lors d'une réunion qui a été consacrée à l'expression des appréhensions du groupe.

<sup>23</sup> Les critères initiaux avaient été choisis dans une optique de favoriser l'obtention de résultats. Ces nouveaux critères font davantage référence à des critères favorables à un haut degré de participation pouvant susciter l'empowerment. Ainsi, la participation qui était un moyen est devenue un objectif.

<sup>24</sup> Pierre Baour est le nom donné à un bidonville.

intervenants ont trouvé qu'il n'était pas évident d'être attentif à l'autre et de faire confiance aux solutions d'autrui lorsque l'on a déjà une idée en tête. Ils ont également constaté qu'il est facile de louper le moment où la personne que l'on accompagne propose une solution et change d'attitude alors qu'on devrait prendre l'opportunité et l'encourager.

Aussi, des enjeux de temporalité et de ressources humaines ont été impliqués dans la réflexion et la conception du protocole. La mise à disposition de personnes pouvant passer du temps sur ce protocole a semblé être facilitatrice : « *Bon on a aussi eu la chance de t'avoir <sup>26</sup>et que X <sup>27</sup>soit motivé pour le faire avec nous* ». Un autre intervenant confirmera ce propos : « *s'il y a une personne qui est euh stagiaire ou salarié consacrée à un objectif bien défini de développer l'approche de santé communautaire ça va être fait, il va y avoir des choses qui vont être impulsées. Si c'est un groupe de bénévoles qui se réunit quand il a le temps, il y a pas forcément une personne qui va prendre en charge le truc et l'impulser [...] ils ont pas le même temps à consacrer* » puis le nuancera par une difficulté que cela induit : « *[...] et puis tout le monde ne réfléchit pas aux mêmes choses aux mêmes moments donc faut gérer ces écarts aussi* ».

### **3.3.2 Une mise en œuvre plus ou moins complexe selon la source de l'initiative.**

Comme nous avons pu le voir, la réflexion sur le protocole d'intervention précédant les premières sorties sur le terrain a suscité des difficultés mais a aussi permis au groupe de mobiliser de nouvelles ressources. Les difficultés semblent être accentuées sur le lieu où l'initiative n'est pas venue des habitants. Nous verrons maintenant si en pratique, lors de la mise en œuvre, cela a aussi été le cas.

Certains grands enjeux se retrouvent dans les deux démarches, notamment concernant la mobilisation des personnes concernées. Sur le terrain où les besoins ont émergé spontanément des habitants, la mobilisation des personnes se fait ainsi : « *Parfois, il y a la quasi-totalité des habitants qui se réunissent pour discuter. D'autres fois ce n'était pas le cas et les discussions se faisaient par petit groupe. On se dit qu'ils transmettront aux autres ou qu'on reprendra l'idée la fois d'après mais au fond on sait pas trop qui sait quoi* ». Sur le terrain choisi par l'équipe, la méthode d'une discussion informelle autour des déterminants de la santé a provoqué un sentiment de gêne et l'outil du photo

---

<sup>25</sup> L'enquêtrice fait référence à une soirée que nous avons passée à s'entraîner à résoudre des problèmes quotidiens qui nous concerne en coconstruisant une « méthode de résolution de problèmes basée sur le développement du pouvoir d'agir ».

<sup>26</sup> L'enquêtrice fait référence à l'enquêtrice

<sup>27</sup> Un salarié de la Mission Squats

langage qui visait à échanger autour d'anciennes photos du bidonville à uniquement susciter la participation des personnes présentes sur les photos.

Dans les deux cas, l'équipe a été amenée à mobiliser des partenaires extérieurs. Pour le site choisi par les habitants, la mobilisation de partenaires extérieurs a été nécessaire pour répondre à des besoins liés à l'assainissement et l'insertion professionnelle. Des intervenants de Médecins du Monde avaient déjà des contacts, ce qui a été un élément facilitateur. Sur le site choisi par les intervenants, aucun partenaire n'a pour l'instant été trouvé pour répondre aux besoins des habitants.<sup>28</sup>

Une difficulté soulevée par les intervenants est celle de la posture à adopter en tant qu'intervenant : *« Le plus compliqué c'est de ne pas transgresser cette limite où on s'impose, où on commence à s'imposer, à imposer nos visions des choses, ça c'est le plus compliqué »*. Il s'agit de trouver un juste équilibre : *« une fois qu'on a défini le problème avec eux, après des fois nous aussi on fait des propositions par exemple là ils parlaient du travail donc on essaye d'aider à savoir ce qui va pas et on réfléchit aussi à ce qu'on peut apporter pour résoudre le problème. Un peu comme dans les sorties accès aux soins accès aux droits on a pu faire venir l'élu métropolitain en charge de l'habitat ou des accompagnateurs socio-professionnels. »*.

Enfin, des difficultés évoquées par les intervenants font référence à la logistique puisque le groupe a décidé de demander aux habitants leurs disponibilités afin d'adapter les jours et horaires de sa venue, ce qui impose une contrainte pour l'équipe.

### **3.4 Synthèse des résultats**

Dans la première partie nous avons exploré les profils des intervenants de la Mission Squats.

Ils sont différents par leurs statuts au sein de l'association mais aussi par les périodes depuis lesquelles ils sont engagés dans la Mission Squats. Ils diffèrent également par leurs formations professionnelles. Enfin, le groupe « accès aux soins accès aux droits » est majoritairement composé de personnes dont la formation est médico-sociale, à la différence du groupe « santé communautaire », bien que cela tende à évoluer depuis que la démarche communautaire se développe. Ils diffèrent également par la manière dont ils nomment les habitants des bidonvilles qu'ils sont amenés à rencontrer. Leur perception de l'objectif de la Mission Squats diffère aussi, allant d'un changement sociétal global pour les plus anciens à un accès aux droits et aux soins pour

---

<sup>28</sup> Notamment à cause de la crise sanitaire qui a engendrée une moindre disponibilité des partenaires.

les intervenants engagés depuis plus récemment. Cependant, ils se rassemblent autour de causes communes, comme démontre leur engagement dans des associations au sein de leurs expériences passées ou actuelles et dans des projets militants de défense des droits des personnes exclues ou précarisées. Aussi, la plupart sont des professionnels actifs. La Mission Squats leur offre un cadre de liberté, propice à leur épanouissement en accord avec les valeurs qu'ils portent comme en témoigne leur militantisme à des degrés plus ou moins prononcés selon les intervenants. La Mission est aussi un lieu de rencontres et de partage.

Dans la deuxième partie, nous avons exploré les pratiques des intervenants du groupe « accès aux soins, accès aux droits ». Ces derniers ont des discours homogènes sur leurs pratiques au sein de la Mission et évoluent dans un cadre défini, suivant un protocole d'intervention. Le fonctionnement flexible de la Mission est adapté à leurs vies professionnelles. En pratique, leurs postures et représentations vis à vis des personnes rencontrées sont hétérogènes. Ainsi, ils suscitent des degrés de participation différents dans leurs interactions ainsi que des formes de relations différentes avec les habitants des bidonvilles. Ce qui les satisfait dans leurs activités à la Mission Squats porte majoritairement sur la réussite des échanges ainsi que sur l'obtention de résultats positifs consécutifs à leurs interventions, par exemple la réussite d'une orientation. La plupart des intervenants trouvent un intérêt à ce que la Mission s'oriente vers la démarche communautaire. Selon eux, c'est une approche qui leur permettrait d'augmenter l'efficacité des actions et résoudre certaines difficultés auxquels ils sont confrontés au sein de leur activité de médiation sanitaire et sociale. Ils connaissent tous la démarche communautaire via différentes sources d'informations et en grande partie via Médecins du Monde. Les intervenants évoquent des appréhensions vis-à-vis des approches collectives et des approches basées sur les besoins et ressources des personnes rencontrées. Ils font référence à des contraintes temporelles ou des difficultés à adopter une certaine posture.

Dans la troisième partie, nous avons vu que les intervenants du groupe santé communautaire ont remis en question leurs choix initiaux concernant le protocole d'intervention à adopter en raison de leur motivation à susciter un plus haut degré de participation des personnes vivants en bidonvilles. N'étant pas formés à entreprendre de telles actions, la remise en question de ces choix a suscité de nombreuses interrogations quant à la démarche à suivre. Nous avons pu constater que la manière dont est choisi un terrain pour une intervention, le choix d'un outil d'animation ou de diagnostic mobilisés influencent le degré de participation des personnes concernées. Nous avons également vu que la plupart des difficultés pratiques rencontrées dépendaient de la source de l'initiative (habitants ou intervenants) et qu'ils semblent avoir rencontré moins de difficultés lorsque la dynamique initiale

venait des habitants. Nous avons également pu voir que certaines difficultés n'étaient pas liées directement à cela, comme celles dues à l'épidémie du coronavirus ou à l'hétérogénéité des statuts et la disponibilité du groupe et des partenaires. Aussi, à travers l'exploration de deux initiatives, nous avons pu voir que les protocoles sont singuliers et évolutifs et ne sont pas transposables pour des raisons de temporalité des besoins des habitants, de relations avec eux et de composition de la communauté. Nous avons également pu observer que deux des préalables à la démarche est une phase relationnelle avec les habitants et des réflexions collectives au sein du groupe propice à la déconstruction des préjugés individuels et collectifs. Aussi, nous avons pu constater que la démarche ne nécessite pas nécessairement une formation théorique mais plutôt un « savoir être ».



## 4 DISCUSSION

---

### 4.1 Discussion des résultats

Les résultats nous renseignent sur le fonctionnement actuel de la Mission, les intervenants et leurs logiques d'actions dont l'expérience du groupe « santé communautaire ». Nous discuterons dans cette partie de ces résultats en lien avec les principes qui guident la démarche communautaire en santé afin de mettre en lumière les enjeux qu'une réorientation vers la démarche communautaire impliquerait pour les intervenants et pour la Mission Squats.

#### 4.1.1 D'une vision de l'accès à la santé centrée sur l'accès aux droits et aux soins à une vision plus globale

La santé peut être perçue de différentes manières au sein d'une société. Bien que la plupart des acteurs s'accordent sur le fait que la santé n'est plus fondée sur une seule absence de maladie, cette définition reste en tension avec celle de l'OMS faisant état d'une définition positive et holistique de la santé. Cela explique en partie les différents modes d'intervention de la santé plus ou moins médico-centrés.

En promotion de la santé, la santé est perçue comme « *une ressource quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles. Ainsi donc, la Promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.* » (OMS, 1986).

Ainsi, si l'on prend en compte le sens de cette définition, la santé ne se limite pas à l'accès aux services de santé, bien que celui-ci fasse partie des déterminants de la santé comme en témoigne le modèle de Dalgren et Whitehead (1991). Ce modèle présente les déterminants de la santé selon quatre niveaux : les facteurs liés au style de vie personnelle, les facteurs liés aux réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail et les facteurs liés aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. L'accès aux services de santé est une des dimensions à laquelle se rapporte le niveau « facteurs liés aux conditions de vie et de travail » et au sein duquel s'inscrivent les stratégies de médiation en santé à destination des personnes éloignées des systèmes de prévention et des soins. Cette stratégie vise à influencer sur l'offre en sensibilisant les professionnels intervenant dans le parcours de santé des personnes et sur la demande via des

approches d' « aller vers » afin de rapprocher les personnes éloignées du système de santé (HAS, 2017).

La démarche communautaire, en s'appuyant sur les besoins et ressources des personnes, vise un objectif de développement du pouvoir d'agir des personnes sur leur santé et ses déterminants. Ainsi, l'objectif premier n'est pas nécessairement d'identifier un problème de santé avec et par les personnes concernées. Il est d'ailleurs fréquent que des questions du champ du développement social, économique et humain soient prises en compte avant celles du champ de la santé (Société française de santé publique, Pissarro, et Oberlé 2000). Ainsi, en tant qu'intervenant ou en tant qu'organisation, il semble essentiel de ne pas s'attendre en premier lieu à coconstruire des projets autour de questions directement liées à la santé. Si nous avons vu que la médiation en santé différait de la démarche communautaire en santé sur certains points, elles se rassemblent aussi autour de certains principes d'action notamment la mise en lien entre les habitants et d'autres professionnels, élus locaux ou structures socio-sanitaires. Ainsi le rôle de médiateur pour l'Organisation et les intervenants restent importants dans la démarche communautaire à la différence d'une plus grande variété et diversité de partenaires dans les actions communautaires. La démarche communautaire peut donc amener la Mission Squats à évoluer au sein du réseau de partenaires et à en créer de nouveaux.

#### **4.1.2 D'une action mobilisant la participation des personnes concernées à une approche centrée sur la participation des personnes concernées.**

La médiation en santé fait appel aux concepts de la participation. Elle est en effet définie comme étant à l'intersection entre l' « aller vers » et le « faire avec ». En pratique, elle suscite des degrés de participation hétérogènes selon le cadre d'action et les intervenants. Concernant la démarche communautaire, la participation des personnes concernées est au centre de l'approche. Au sein de celle-ci, la participation des personnes à la démarche peut être définie comme un moyen d'atteindre une meilleure santé ou comme une finalité dans une logique d'empowerment. C'est en partie dans cette bivalence que se trouve la différence entre les enquêtés. Les intervenants faisant partie du groupe santé communautaire, après avoir perçu la participation comme un moyen, font désormais référence à la participation comme démarche politique agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Les intervenants du groupe accès aux soins et aux droits font référence à la participation comme un moyen d'améliorer l'efficacité des actions en considérant que la participation de ces dernières améliorera l'impact de leur action. Cela nous amène à se questionner sur l'éthique de ces deux visions de la participation : « *que faire lorsque l'efficacité de l'intervention augmente grâce à un*

*processus participatif qui ne respecte pas l'autonomie des personnes ?* » (Campagné et al. 2017). Les effets de la participation peuvent s'avérer bénéfiques ou non sur les finalités. Mais qu'en est-il de l'émancipation des habitants ? En pratique il n'existe pas d'éthique de la participation car les applications de celles-ci sont diverses. Cela dépendra des valeurs que portent l'organisation et les intervenants. Si celles-ci sont la démocratie et la justice sociale alors, il conviendra de se questionner sur les formes politiques des interventions qu'ils mettent en place au regard des valeurs qu'ils portent. Ceci nous amène à faire référence à la notion de gouvernance de l'association décrite comme : « *l'ensemble des mécanismes permettant un alignement de l'organisation sur les objectifs et les valeurs du projet associatif* » (Hoarau et Laville, 2008).

Aussi, une des spécificités de la démarche communautaire en santé est d'être collective et non individuelle. Ainsi, comme nous l'avons vu dans l'enquête, cette dimension paraît être complexe pour les intervenants malgré l'intérêt qu'ils voient dans cette approche. Elle se rajoute à celle de devoir « faire avec ». En effet, ils évoquent un « manque d'habitude ». Ceci a aussi été soulevé par les intervenants du groupe santé communautaire dans un premier temps. L'habitude est définie comme une « *manière ordinaire, habituelle d'agir, de penser, de sentir, [elle est] propre à quelqu'un ou à un groupe de personne.* » (Larousse s.d.). Ainsi la force des habitudes pousse les individus à opter pour le mode d'action qui leur paraît le plus simple, celui dont ils ont l'habitude et ne demande pas avoir à réfléchir ni à chercher des informations. Un des leviers évoqué dans la littérature est celui de « l'expérience » (Rocci, 2015) qui lorsqu'elle est positive permet de réduire les contraintes imaginées et les représentations négatives. C'est ce dont fait part une intervenante du groupe « santé communautaire » en évoquant une formation interne à l'équipe visant à faire l'expérience de l'approche. Ainsi, dans un contexte associatif où sont impliqués différents intervenants, nous pouvons nous questionner sur les moyens que pourraient mobiliser la Mission Squats, notamment en termes de formation afin de pallier ces appréhensions.

#### **4.1.3 D'une posture d'aidant à une posture d'accompagnateur**

Les motivations des intervenants à s'engager au sein de la Mission Squats semblent centrées sur les valeurs. Pour certains, elles sont centrées sur la mise à disposition de compétences spécifiques, et pour la plupart sur les valeurs de solidarité et d'égalité. Ainsi, les intervenants semblent se placer dans une posture d'aidant. La solidarité peut se définir comme étant le « *sentiment d'un devoir moral envers les autres membres d'un groupe, [il est] fondé sur l'identité de situation, d'intérêts.* » (Larousse s.d.). Ainsi, la solidarité conduit l'homme à se comporter comme s'il était directement confronté au problème des autres, sans quoi, c'est l'avenir du groupe, qui est en fait le sien, qui pourrait être

compromis. Nous entendons par solidarité humaine, un lien fraternel et une valeur sociale qui unit le destin de tous les hommes et qui sous-entend que tous les hommes appartiennent à la même communauté d'intérêt. Dans cette définition, nous remarquons que la notion de réciprocité permet de distinguer la solidarité de la notion d'altruisme qui conduit à « *aider son prochain par simple engagement et dévouement* » (Citoyen de demain, 2009). Comment pouvons-nous qualifier l'engagement des intervenants associatifs ? Comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, les personnes engagées attendent directement ou indirectement un « retour sur investissement » qui peut être sous la forme de reconnaissance sociale, d'estime de soi, de confiance en soi, d'apprentissage etc. Ces attentes ne correspondent pas à la définition même de l'altruisme. Nous nous rapprochons davantage à la notion de solidarité, qui, peut prendre plusieurs formes et ainsi influencer les pratiques. A travers les propos des intervenants nous percevons une asymétrie de relation qui se crée et ce, même avec la bonne volonté de l'intervenant. Malgré le souhait de certains d'être au plus près des bénéficiaires et d'avoir des relations horizontales avec eux ; la réalité et les situations d'urgence font parfois émerger l'idée du proverbe français : « *la main qui donne au-dessus de celle qui reçoit* ». C'est notamment ce que soulèvent des intervenants en faisant référence à la première vague de l'épidémie. Par relation horizontale ou verticale nous entendons ici une posture adoptée par l'intervenant. Dans le cas d'une relation horizontale, l'intervenant perçoit « l'autre » comme un « semblable », avec un statut égal (Janin, 2004). Cette vision de la solidarité peut influencer les relations entre les personnes rencontrées et les intervenants. Pour certains intervenants, une des priorités est de minimiser les relations asymétriques alors que pour d'autres, l'efficacité des actions et les résultats paraissent être le plus important.

Cependant, un des prérequis à la démarche communautaire en santé semble être la posture des intervenants. Ainsi, l'intervenant se place dans une relation d'accompagnateur et s'« efface ». Cela l'amène à mettre en pratique des compétences différentes et bouleverse les rôles de chacun. En effet, on pourrait considérer qu'il devient le participant au projet des habitants et non l'inverse. Ainsi, les compétences relèvent davantage d'un « savoir être », que d'un « savoir-faire ».

Cependant, au-delà d'un savoir théorique sur la posture, la démarche communautaire en santé nécessite d'accepter de déconstruire progressivement ses préjugés au profit d'une écoute active des besoins et du savoir d'autrui. A ce propos, différentes nominations sont utilisées, on parle de « savoirs expérientiels », de « savoir du vécu, d'usage », aux côtés des savoirs « professionnels ». Jaeger témoigne d'un enjeu principal dans les démarches participatives qui est celui de la reconnaissance de la légitimité, voire d'égale légitimité de ce savoir (Jaeger, 2017). Cela rejoint la recommandation exprimée par un groupe de travail du Conseil national des politiques de lutte

contre la pauvreté et l'exclusion sociale : « *Il ne s'agit pas seulement de solliciter un simple témoignage de ces personnes mais bien de créer les conditions d'une réciprocité des savoirs.* » (Comité Nationale de Lutte contre l'Exclusion Sociale 2011). Ainsi les intervenants du groupe santé communautaire témoignent de la difficulté initiale à faire confiance aux savoirs des autres malgré leur volonté. Ceci n'est pas spécifique aux habitants des bidonvilles puisqu'ils ont fait le même constat en faisant l'expérience d'une résolution de problème entre eux.

D'un côté pratique, ces considérations peuvent impliquer des changements de relations. Dans le cadre d'une équipe uniquement salariée on pourrait faire référence à des agents de développement communautaire. Cependant, une des spécificités de la Mission squat réside dans le fait que les intervenants sont en grande partie des bénévoles. Ainsi, cette démarche demanderait un engagement régulier des bénévoles afin de pouvoir créer un climat de confiance et d'échange avec les habitants. Dans le cas échéant, cela pourrait susciter des malaises entre les deux, voire une perte de confiance.

#### **4.1.4 D'un protocole défini par l'Organisation à un protocole dynamique co-construit par les habitants et les intervenants**

Si nous avons pu voir que le protocole d'intervention de l'activité « accès aux droits, accès aux soins » de la Mission Squats semblait bien défini, il convient de souligner que celui-ci semble être un élément facilitateur pour les intervenants. Ainsi, il se différencie de l'approche co-construite avec les habitants. La co-construction est notamment une des pratiques du travail social. Un rapport de l'HCTS précise que « *L'éthique en travail social commande précisément que l'objectif et le cadre ne soient surtout pas préalablement définis mais bien coconstruits avec la personne accompagnée* » (Haut Conseil du Travail Social 2017). Cette logique de laisser place à l'imprévu afin de co-construire avec les habitants est retrouvée dans l'approche communautaire. Dans son ouvrage, Larcher met en avant la place importante de la dimension imprévisible et expérimentale de la démarche communautaire (Péchevis, 1990). Ainsi, la démarche communautaire en santé, demande d'une part, une flexibilité de l'Organisation, et d'autre part des intervenants. Du côté de la Mission Squats, on peut souligner vis-à-vis de ce point un changement déjà opéré puisqu'elle s'est montrée très flexible lors de la construction du protocole d'intervention. En ce qui concerne les intervenants, il semble que ce cadre incertain induise des appréhensions et des efforts supplémentaires à fournir. C'est ce que les intervenants précisent notamment lorsqu'ils évoquent les difficultés rencontrées pour choisir des outils adaptés à la situation, mais aussi aux degrés de participation espérés. Au début de la démarche, ils évoquent la complexité de trouver un juste milieu entre la théorie et la pratique. Cela

rejoint les propos de certains intervenants ayant participé au groupe de travail sur les enseignements de la santé communautaire, considérant que « *l'action communautaire ne peut-être qu'un processus dialectique entre la théorie et la pratique* » (Péchevis, 1990). Pour les intervenants du « groupe santé communautaire », cette complexité semble nettement accentuée lorsque l'impulsion initiale ne vient pas des habitants. Ainsi ils décrivent deux initiatives. Si la première semble avoir posé moins de difficultés, il convient de garder en tête la singularité de chaque bidonville, de chacune des actions et interventions et de l'histoire individuelle et collective des habitants. Cela conduit alors à s'interroger sur les possibilités et sur l'éthique des pratiques, lorsque la demande ne vient pas des habitants. Zask répond en partie à cette question : « *une participation bornée à ce que les participants s'engagent dans une entreprise dont la forme et la nature n'ont pas été préalablement définies par eux-mêmes ne peut être qu'une forme illusoire de participation* » (Zask, 2011). Pour contrebalancer ce propos, on peut également se poser la question d'un processus d'exclusion « chronique », « une spirale d'échec » comme la définit Yann le Bossé pour les groupes de personnes ayant subi de multiples mécanismes d'exclusion. Cela nous amène à rester vigilant et ne pas exclure des actions par facilité, ceux qui sont déjà les plus exclus de la société. Ainsi, il est difficile de construire une méthode unique et il revient aux intervenants de s'adapter de manière continue. La démarche communautaire s'oppose aux conceptions habituelles présentes dans les projets, par sa dimension dynamique pouvant être source d'incertitudes (Société française de santé publique et al. 2000).

Les incertitudes peuvent également provenir d'évènements extérieurs (épidémie, expulsion) ou de la difficile mobilisation de partenaires. Ainsi le rythme de la démarche peut sembler « haché » et les résultats incertains. Cette dimension est à prendre en compte, notamment dans un cadre où les intervenants ont eu l'habitude d'un engagement rythmé par des sorties régulières avec des résultats « attendus » comme l'a démontré l'enquête.

## **4.2 Discussion de la méthode**

Dans un premier temps, j'interrogerai la manière dont j'ai obtenu mes résultats et les répercussions que cela a eu sur ces derniers. D'autre part, je questionnerai la manière dont ma présence a perturbé l'enquête. Enfin j'analyserai les autres biais qui ont pu se présenter.

### Proximité au sein du milieu d'interconnaissance :

Pour mon enquête, j'ai choisi un milieu d'interconnaissance. Cela signifie que tous mes enquêtés sont en lien d'une manière ou d'une autre, les uns avec les autres. Je me suis adressée aux bénévoles et aux salariés.

Le fait de ne pas avoir de proximité sociale et culturelle avec les habitants des bidonvilles a pu être un facilitateur pour mener l'enquête. En effet, cela a permis d'éveiller ma curiosité face à certains propos entendus ou phénomènes vus. Cependant, étant également incluse dans les participantes des actions de par ma position de stagiaire, j'ai aussi pu nouer des liens de confiance et d'amitié avec les personnes concernées. J'ai aussi partagé plusieurs moments « ordinaires » avec les habitants et certaines choses m'ont paru de plus en plus naturelles. Concernant la proximité linguistique, la plupart de mes résultats entendus dépendaient de la traduction de l'interprète, ce qui peut également créer des biais. Cependant au fur et à mesure, j'ai commencé à me familiariser avec la langue mais aussi avec les attitudes des habitants, ce qui m'a permis d'obtenir des résultats supplémentaires.

Si dans mes relations avec les habitants, un certain temps a été nécessaire avant de créer une relation de confiance, cela n'a pas été le cas avec l'équipe de Médecins du Monde pour plusieurs raisons. Par rapport aux habitants des bidonvilles, le premier facilitateur a été la langue commune partagée. De plus, mon intégration en tant que stagiaire au sein de l'équipe s'est très bien passée. J'ai été bien accueillie par les bénévoles et les salariés et je me suis rapidement sentie à l'aise dans l'équipe, tant pour questionner certaines pratiques, que pour animer le groupe santé communautaire. Aussi, je partageais des intérêts communs dont la volonté de réduire les inégalités sociales de santé. Il faudra souligner que le coordinateur de la Mission Squats, la référente bénévole du groupe, initialement nommé santé environnementale, et l'assistant social de la Mission Squats partageaient plus que vivement mon intérêt pour la santé communautaire et mon analyse critique des différents degrés de participation. Nous avons partagé tout au long de mon stage, de nombreux moments informels à ce sujet. Enfin, l'ambiance cultivée par l'association a été source d'amitiés avec plusieurs personnes de l'équipe.

Cette proximité avec l'équipe peut être un biais tant dans mes observations que mes entretiens, en particulier celles et ceux qui se sont déroulés à la fin de mon stage. Cependant, elle a aussi permis d'avoir un accès très libre aux terrains de recherche. En effet, je n'ai rencontré aucun obstacle pour accéder à des informations. Seul le secret médical partagé devait être respecté et le consentement des personnes donné à l'oral. Durant les sorties dans les squats et bidonvilles, j'ai pu prendre des temps où j'étais seulement observatrice et non intervenante. Pour réfléchir à mes résultats et mon analyse, j'ai également pu prendre des jours de télétravail afin de me détacher du milieu d'interconnaissance.

### Posture de l'enquêtrice :

Une des manières dont j'ai pu perturber l'enquête a été une conséquence de mes rôles multiples au sein de la Mission, oscillant entre mes interventions avec l'équipe « accès aux soins, accès aux droits », celle avec le groupe « santé communautaire » , d'autres activités annexes et ma recherche.

Aussi, je ne saurais nier mon enthousiasme pour les approches de santé communautaire en santé pour trois raisons. D'une part, j'ai découvert cette approche pendant mon stage de trois mois au Bénin dans le cadre d'un stage au sein du programme d'amélioration de la santé des enfants vivant en bidonvilles. D'autre part, ma formation en Promotion de la Santé et Prévention a contribué à alimenter cet enthousiasme, via les enseignements et les rencontres que j'ai pu faire durant mon année de Master. Enfin, mes lectures sur ce sujet avaient particulièrement porté sur les enjeux de hiérarchie, de genre, de classes sociales, de littératie et de financement dans les approches participatives ainsi que sur la « mode » des approches participatives. Peu de mes lectures initiales avait été consacrées à l'influence du fonctionnement interne des ONGs. Ces trois raisons m'ont donné envie d'en savoir plus sur ces approches, d'éveiller mon esprit critique sur ces questions afin de découvrir les mécanismes sous-jacents et de les faire savoir. Cette image de « *passionnée de la santé communautaire* » s'est ressentie au sein de l'équipe de Médecins du Monde, lors de ma présentation à l'équipe, sur l'affichage qui était présent sur la porte de mon bureau « *stagiaire chargée du renforcement de la démarche communautaire en santé* » mais aussi lors de mes discussions avec les bénévoles. Pour exemple, certains intervenants m'ayant identifiée comme telle, venaient dans mon bureau pour me parler d'approches participatives, de besoin d'accompagnement avec une approche participative ou encore pour me montrer qu'ils essayaient de susciter l'empowerment des habitants lors d'une conversation téléphonique.



## **5 RETOUR ET MISE EN PERSPECTIVE DE MON STAGE**

---

J'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage au sein de l'équipe de Médecins du Monde à Bordeaux en répondant à une offre de stage intitulée « Stagiaire en appui au renforcement de la démarche communautaire en santé ». Postuler à cette offre m'avait semblé évident puisque j'avais une réelle volonté de trouver un stage qui me permettrait d'approfondir mes connaissances théoriques et pratiques sur la démarche communautaire en santé. De plus, j'avais pu effectuer mon précédent stage au sein d'un projet de santé communautaire qui visait à améliorer la santé des enfants vivant dans les bidonvilles de Cotonou, au Bénin. Ainsi ce stage était l'occasion pour moi de mettre en perspective mes connaissances et compétences acquises lors de mes précédents stages et de mon cursus universitaire.

Initialement, mon stage devait porter sur les deux programmes de Médecins du Monde à Bordeaux, à savoir la Mission Squats et le CASO. En raison de l'épidémie, il a finalement été décidé que j'effectuerais l'intégralité de mon stage à la Mission Squats. Cependant, j'ai tout de même pu effectuer plusieurs matinées au CASO au début de mon stage, ce qui m'a permis de me familiariser avec les enjeux d'accès aux droits et aux soins, en lien avec les personnes que rencontre Médecins du Monde.

Ma mission principale de stage était d'accompagner la conception d'un protocole d'intervention en santé communautaire et de contribuer à son lancement, en lien avec l'équipe de bénévoles et de salariés de la Mission. Initialement il avait été prévu de réaliser un diagnostic partagé répertoriant les besoins, les attentes et les ressources de la communauté. Or, comme nous avons pu le voir dans la troisième partie des résultats de mon mémoire, il a été décidé de ne pas utiliser une méthode de diagnostic participatif classique, au profit d'un diagnostic plus dynamique et informel. Comme nous avons aussi pu le voir, le projet portait sur des questions de santé environnementale. Cette thématique a également été remise en question à la suite de nombreux moments de réflexions durant mon stage. Tous ces changements ont impacté mes missions puisqu'il a fallu soutenir le groupe pour trouver de nouvelles manières d'agir avant de pouvoir mettre en œuvre sur le terrain la stratégie construite. De plus, c'est au cours de mon stage que s'est réellement posée la question de la réorientation de la mission vers la démarche communautaire en santé, ce qui a soulevé des enjeux supplémentaires. Dans ce cadre, j'ai également conçu des outils de formation sensibilisant aux approches participatives. Concernant cette mission, j'ai produit un rapport comprenant les principales observations du travail mené par l'équipe, les moments clés et les leçons apprises de l'expérience. Il fait aussi état des limites que le groupe a rencontrées.

Au-delà de ce projet, j'ai participé aux autres activités de la mission dont celles de médiation sanitaire et sociale et de plaidoyer pour l'amélioration des conditions de vie dans les bidonvilles. J'ai aussi travaillé sur l'aspect du transfert de l'activité sanitaire et sociale vers les dispositifs du droit commun. In fine, c'est grâce à cette immersion que j'ai pu acquérir une vision globale de la mission. Cela m'a permis d'appréhender les grands enjeux d'une potentielle réorientation de la mission vers la démarche communautaire en santé qui fait l'objet de mon mémoire.

J'ai réellement apprécié travailler et apprendre auprès de l'équipe de la Mission Squats. L'ambiance conviviale et militante, l'équilibre entre travail en équipe et autonomie, ainsi que la remise en question régulière des pratiques m'ont permis d'effectuer mon stage dans de très bonnes conditions. Dans ce cadre, ce stage m'a également permis de développer un esprit critique sur les approches participatives en observant les pratiques de la mission, mais aussi celle des partenaires. Enfin, même si j'en doutais peu, cette expérience m'a également permis de confirmer mon intérêt personnel et professionnel pour la démarche communautaire.

## 6 CONCLUSION

---

La démarche communautaire en santé est un réel changement de paradigme pour la Mission Squats. Elle implique un changement global et des efforts importants de réorganisation pour les intervenants et la structure. L'expérience du groupe santé communautaire montre à quel point s'engager dans une démarche communautaire demande flexibilité, patience et persévérance.

Bien que le projet actuel de la Mission de transférer l'activité de médiation sanitaire et sociale vers les dispositifs de droit commun n'ait pas été approfondi dans ce mémoire, il influera certainement les moyens alloués à la réorientation de la Mission vers la démarche communautaire.

Au vu des différents statuts des intervenants (salarié, bénévole), la faisabilité de la réorientation de la mission dépendra en partie de la motivation des bénévoles à s'engager dans cette démarche, mais aussi de la formation qui leur sera proposée par Médecins du Monde. Si durant mon stage, j'ai pu être un soutien au lancement de cette démarche, la question de la pérennisation de l'action sans la présence d'une personne consacrée à celle-ci se pose. En effet, la démarche communautaire vient bouleverser certaines racines de l'engagement bénévole auprès de personnes précarisées dans le champ de la solidarité au profit de relations plus horizontales. Au-delà des aspects organisationnels, il s'agira de cultiver et d'entretenir la participation des personnes concernées, le partage de pouvoir et la rencontre des savoirs au sein de la Mission. Nous pouvons également ouvrir le débat sur la faisabilité et la pertinence d'impliquer les personnes concernées au sein de la gouvernance de la Mission Squats et du statut que ces derniers pourraient avoir.

Pour des questions de temporalités et d'objectifs, je n'ai pas inclus les personnes concernées dans ma recherche. Cependant, les retours positifs des habitants sont encourageants pour la Mission Squats. Lors d'une de mes dernières sorties, j'ai échangé avec les habitants sur ce qu'ils pensaient de cette démarche et sur ce que l'on pourrait améliorer afin que je puisse transmettre leurs points d'attention et d'amélioration au reste de l'équipe à la fin de mon stage. Une habitante m'a demandé si c'était la première fois que Médecins du Monde faisait autre chose que la santé<sup>29</sup> puisque c'était la première fois qu'elle voyait Médecins du Monde faire ça<sup>30</sup>. En faisant référence à l'ancien bidonville où elle habitait, elle se rappelle l'équipe « accès aux droits, accès aux soins » et me fait part de sa préférence pour la démarche communautaire en santé car pour l'accès aux soins elle connaît déjà

---

<sup>29</sup> Elle fait référence au groupe « accès aux soins, accès aux droits » en employant le terme santé

<sup>30</sup> Elle fait référence à la démarche communautaire en santé qui a concernée d'autres domaines que le médical

Denitsa<sup>31</sup>. Un autre habitant exprimera son enthousiasme vis-à-vis de cette démarche en insistant sur la plus-value de cette approche permettant d'être en adéquation avec ses besoins réels.

Le choix de se tourner vers la démarche communautaire pour un programme porté par une ONG médicale témoigne du changement en train de s'opérer chez les acteurs de la santé publique, qui, de plus en plus, mettent au cœur de leurs actions, les valeurs et stratégies de la promotion de la santé. Dans ce cadre, il est plus que nécessaire, pour les acteurs de terrains impliqués dans des démarches communautaires (professionnels, bénévoles, élus et personnes concernées), de continuer à produire des connaissances issues de l'expérience. Documenter la logique des actions est un enjeu majeur qui pourrait inspirer la mise en œuvre d'autres politiques favorables à la santé et notamment celle concernant la résorption des bidonvilles.

Aussi, si j'ai concentré mon enquête sur les intervenants et la Mission Squats, il serait sûrement intéressant de s'interroger sur un autre enjeu souvent évoqué dans la littérature qui est celui des rapports de pouvoir présents entre les habitants d'un bidonville. Nous pourrions nous interroger sur la manière dont les dispositifs participatifs peuvent impacter les rapports de pouvoir déjà présents au sein des bidonvilles et s'attarder sur le profil des habitants prenant majoritairement part aux actions participatives. La participation peut être vue comme un processus permettant la réduction des inégalités sociales de santé et nous pouvons nous demander si tel est toujours le cas notamment dans le milieu spécifique des bidonvilles.

Enfin, ce travail m'a convaincue que la démarche communautaire est un outil de démarche qualité dynamique qu'il ne faut ni trop théoriser afin qu'elle garde son caractère imprévisible qui fait d'elle sa singularité ; ni délaïsser car sa capitalisation peut avoir une finalité scientifique au service de la recherche et des politiques publiques. J'aurai la chance de continuer à étudier ce sujet passionnant qui fera l'objet de ma thèse de Docteur en Pharmacie.

---

<sup>31</sup> Elle fait référence au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientations de Médecins du Monde à Bordeaux où se trouvent des médecins.

## 7 BIBLIOGRAPHIE

---

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, 2018, « Programme régional pour l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis 2018-2023 ».

Aguilar M-J., 2001, *La participación comunitaria en salud ¿mito o realidad? Evaluación de experiencias en atención primaria*, Madrid, Diaz de Santos, 199p

Arnal C., Haegel F., 2019, « Les freins à la participation des populations précaires. Comment une association façonne les identifications collectives », *Participations*, n° 25(3), p. 83-107.

Arnstein, Sherry R., 1969, « A Ladder Of Citizen Participation ». *Journal of the American Institute of Planners*, n° 35(4), p.216-24.

Association Trajectoires, 2017, « Habitants des bidonvilles en France - Connaissance des parcours et accès au droit commun ».

Association Trajectoires, 2015, « Du bidonville à la ville : vers la « vie normale » ? »

Bass M., 1994, *Promouvoir la santé*, Paris, L'Harmattan.

Bacqué M., Biewener C., 2013, « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? », *Idées économiques et sociales*, n°173(3), p. 25-32.

Bacqué M., Biewener C., 2015, *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, Paris, La Découverte.

Bacqué M., Gauthier M., 2011, « Participation, urbanisme et études urbaines : Quatre décennies de débats et d'expériences depuis « A ladder of citizen participation » de S. R. Arnstein, *Participations*, n°1(1), p. 36-66.

Beaud S., Weber F., 2003, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte.

Blanc A., Bertini B., Chabin-Gibert I., 2018, « Etat des lieux des actions d'"aller-vers" à destination des personnes en situation de grande précarité en Ile-De-France ».

Bouillon D., Fanny Dubois F., 2020, « L'émancipation : une tambouille de savoirs, savoir-faire et postures », *Santé conjugquée*, n°92.

Bourdillon F., Sobel A., 2006, « L'épidémie de sida : le temps des transformations. » *Les Tribunes de la santé*, n° 13(4), p.53-67.

- Bourgeois L., 2019, « Le bidonville, un objet politique à géométrie variable ». *The Conversation*.
- Campagné G., Houéto D., et Douiller A., 2017, « Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. », p. 331-60 dans Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W., *La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone.*, Rennes, Presses de l'École des hautes Études en santé Publique, p.331-360.
- Carrel M., 2013, *Faire participer les habitants ? Pauvreté, citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires*, Lyon, ENS Éditions.
- Chauvin S., Nicolas Jounin N., 2012, « 7 – L'observation directe », dans *L'enquête sociologique, Quadrige*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 143-65.
- Chobeaux F., 2004, « Charte de promotion des pratiques de santé communautaire », *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA n°81(1)*, p.48-48.
- Clary E. Gil, Snyder M., 1999, « The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations », *Current Directions in Psychological Science n°8(5)*, p.156-59.
- Cohen M., 2011, « Bidonvilles de Nanterre : une destruction en trompe-l'œil ». *Plein droit n°88(1)*, p.32-36.
- Comité Nationale de Lutte contre l'Exclusion, s. d., « Participation citoyenne des personnes en situation de pauvreté », *Site internet du Comité Nationale du Lutte contre l'Exclusion*, Consulté 9 novembre 2020a (<https://www.cnle.gouv.fr/participation-citoyenne-des.html>).
- Conseil de l'Europe, s. d., « Citizenship and Participation », *Conseil de l'Europe.fr.*, Consulté 10 octobre 2020 (<https://www.coe.int/fr/web/compass/citizenship-and-participation>).
- 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 ».
- Davidson S., 1998, « Spinning the wheel of empowerment », *British journal, Planning n°1262*, p.14.
- De Bauw C., De Henau P.-A., Thomas N., 1998, « Contexte institutionnel et dynamiques locales dans un quartier bruxellois » dans *Les politiques sociales*, Bruxelles, Collège International pour l'étude du changement dans les politiques sociales, p.50-59.
- Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement, 2019, « Résorption des bidonvilles. Point d'étape sur la nouvelle impulsion donnée en 2018. Présentation de l'acte II. ».

Demoulin J., Bacqué M., 2019, « Les conseils citoyens, beaucoup de bruit pour rien ? », *Participations*, n° 24(2), p.5-25.

Dewey J., 2003, *Le public et ses problèmes*, Paris, Publication de l'Université de Pau, 207p.

Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, 2016, « Guide accompagnement santé. Aller vers les personnes en matière de santé ».

Fenneteau H., 2015, *L'enquête : entretien et questionnaire*, Paris, Dunod, 128p.

Footo Whyte W., 2002, *Street Corner Society*, Paris, La Découverte, 406p.

Freire P., 1974, *Pédagogie des opprimés*. Paris. François Maspero, 205p.

Furtos J., 2002. « Le coin du clinicien », *Rhizome*, n°9.

Gironde Département. s. d. « Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées 2016-2021 ».

Hamel P., 1986, « Les pratiques planificatrices dans le contexte actuel. Comment interpréter l'appel à la participation ? », *Revue internationale d'action communautaire*, n°15(55), p.65-76.

Harris J., Cook T., Gibbs L., Oetzel J., Salsberg J., Shinn C., Springett J., Wallerstein N., Wright M., 2018, « Searching for the Impact of Participation in Health and Health Research: Challenges and Methods », *BioMed Research International*, n°2018.

Haut Conseil du Travail Social, 2017, « Participation des personnes accompagnées aux instances de gouvernance et à la formation des travailleurs sociaux ».

Haute Autorité de Santé, 2017, « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. »

Havard Duclos B., Nicourd S., 2005, « Le bénévolat n'est pas le résultat d'une volonté individuelle », *Pensée plurielle* n°9(1), p.61-73.

Hoarau C., Laville J.-L., 2008, « Conclusion. De la gouvernance au gouvernement démocratique », dans *La gouvernance des associations, Sociologie économique*, Toulouse, ERES, p245-269.

Hsu L., 2005, « Mettre en place une gouvernance démocratique dynamique et des sociétés en mesure de résister au vih », *Revue internationale des sciences sociales*, n°186(4), p.773-788.

Jaeger M., 2017, « La participation des personnes accompagnées : enjeu prioritaire du Haut conseil du travail social », *Forum, La revue de la CNAPE, la fédération des associations de protection de l'enfant*, n°79, p. 10-13.

Martin J.-P., 2012, « Ambiguïté de l'accompagnement, précarité de la transmission. Ethique de l'accompagnement. » *Rhizome* n°44.

Jouffray C., 2018, *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs. Une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Rennes, Presses Ehesp.

Jourdan Didier., O'Neill M., Dupéré S., Stirling J., 2012, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique*, n° 24(2), p.165.

Kivits J., Balard F., Fournier C., Winance M., 2016, *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin.

Le Bossé Y., 2015, *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Tome 1, Fondements et cadres conceptuels*, Québec, ARDIS.

Légifrance, 1970, « Loi n° 70-612 du 10 juillet 1970 tendant à faciliter la suppression de l'habitat insalubre. Vol. 70-612 ».

Légifrance, 1998, « Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. »

Légifrance, 2002a, « Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. »

Légifrance, 2002b, « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. »

Légifrance, 2016, « Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. »

Légifrance, 2018, « Instruction du Gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles. »

Legros O., 2011, « Campements et bidonvilles roms en France : quelle(s) solution(s) pour quel(s) problème(s)? », *précarisation et grande exclusion, Profession Banlieue*, p.85-90.

Marques A., 2018, « Ne pas aller vers "ceux qui ne demandent rien" ? », *Rhizome*, n° 68(2), p.14-15.

Médecins du Monde, 2020, « Des conditions de vies indignes à Bordeaux ». Consulté 4 octobre 2020 (<https://www.medecinsdumonde.org/fr/direct-article/des-conditions-de-vies-indignes-bordeaux>).

Mercuel A., 2018, « "Aller vers..." en psychiatrie et précarité : l'opposé du "voir venir..." ! », *Rhizome*, n° 68(2), p.3-4.

Observatoire des expulsions de lieux de vie informels, 2020, « Synthèse des chiffres principaux 1er novembre 2019 - 31 octobre 2020. »



Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France, 2012, « Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-De-France. »

Organisation Mondiale de la Santé, 1978, « Déclaration d'Alma-Ata ».

Organisation Mondiale de la Santé, 1986, « Charte d'OTTAWA ».

Organisation Mondiale de la Santé, 1997, « Déclaration de Jakarta ».

Organisation Mondiale de la Santé, 1998, « Glossaire de la Promotion de la Santé. » Genève.

Organisation Mondiale de la Santé, 2002, « Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques. ».

Péchevis M., et al., 1990, *La santé communautaire : concepts, actions, formation, groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*, Paris, Centre International de l'Enfance. 264p.

Pissarro B., 2004, « Réseaux en santé et approches communautaires », *VST - Vie sociale et traitements*, n° 81(1), p49-56.

Prouteau L., Wolff F.-C., 2004, « Donner son temps : les bénévoles dans la vie associative », *Economie et statistique*, n° 372(1), p3-39.

Ridde V., Cambon L., Alla F., 2020, « Santé publique : pour l'empowerment plutôt que l'infantilisation. », *Analyse Opinion Critique*.

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.

Robichaud J.-B., et al., 1998, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Québec, Gaëtan Morin, 247 p.

Rocci A., 2015, « Comment rompre avec l'habitude ? Les programmes d'accompagnement au changement de comportements de mobilité », *Espace populations sociétés. Space populations societies* n°2015 (1-2).

Rudolf F., 2003, « La participation au piège de l'enrôlement », *Espaces et sociétés*, n° 112(1), p.133-154.

Saul J., 1996, *Le citoyen dans un cul-de-sac ? Anatomie d'une société en crise*. Montréal, Editions Fides.

Sèze B., 2017, « Vers la participation des personnes précaires ? », *Études*, n°10, p.36-42.

Société française de santé publique, Pissarro B., Oberlé D., 2000, *Développement social et promotion de la santé, la démarche communautaire*, Vandoeuvre-lès-Nancy, Société française de santé publique.

South J., 2014, « Health promotion by communities and in communities: Current issues for research and practice », *Scandinavian Journal of Public Health*, n°42(15), p. 82-87.

United Nations Human Settlements Programme, *The Challenge of Slums: Global Report on Human Settlements*, London, Sterling.

Vallerie B., Le Bossé Y., 2006, « Le développement du pouvoir d’agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », *Les Sciences de l’éducation - Pour l’Ere nouvelle*, n° 39(3), p.87-100.

Wallerstein N., 2006, «What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? » Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, p.37.

Whitehead M., Dahlgren G., 1991, « What Can Be Done about Inequalities in Health? », *The Lancet* n°338(8774), p1059-1063.

Zask J., 2011, *Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation*, Paris, Le Bord de l’eau.

## 8 ANNEXES

### Annexe n°1 : Guide d'entretien - les intervenants de la mission Squats

Identification de l'interlocuteur	de	Peux-tu te présenter ?
Représentation de l'engagement associatif/ de la solidarité	de	Quelles sont les raisons qui motivent ton engagement/travail à Mdm ? As-tu eu ou as-tu d'autres expériences associatives ou de bénévolat ? Exerces-tu une activité à côté de ton engagement associatif ?
Représentation efficacité des interventions et vision de la santé		<p>Selon toi, quel est l'objectif de la Mission Squats ?</p> <p>Qu'est-ce que tu fais en pratique à la mission squats ? Peux-tu me raconter ta dernière sortie ? Comment ça se passe ?</p> <p>Pour toi qu'est-ce qu'une « bonne » sortie ? Qu'est ce qui fait qu'en rentrant de sortie tu te dis « ah c'était vraiment une bonne sortie » ou le contraire.</p> <p>Si tu avais carte blanche pour changer la mission squats qu'est-ce que tu ferais ? Comment ? Qu'est-ce que cela permettrait ?</p>
2 <sup>ème</sup> partie : GROUPE ACCES AUX SOINS ACCES AUX DROITS UNIQUEMENT		<p>Pour toi qu'est-ce que la démarche communautaire en santé/ santé communautaire ?</p> <p>Comment as-tu entendu parler de cette démarche ?</p>
2 <sup>ème</sup> partie : GROUPE SANTE COMMUNAUTAIRE UNIQUEMENT		<p><u>Pour toi qu'est-ce que la démarche communautaire en santé/ santé communautaire ?</u></p> <p>Comment as-tu entendu parler de cette démarche ?</p> <p><u>Au niveau du lancement de la démarche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui a été ou est encore le plus difficile pour lancer cette démarche ? Pour qui ? Pourquoi ? exemple</li> <li>• Qu'est-ce qui au contraire a été facilitateur ? Exemple</li> </ul> <p><u>Au niveau de la mise en œuvre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui a été ou est encore le plus difficile pour lancer cette démarche ? Pour qui ? Pourquoi ? exemple</li> <li>• Qu'est-ce qui au contraire a été facilitateur ? Exemple</li> </ul> <p>Comment imagines-tu ce groupe dans 3 ans?</p>



## 9 RESUME

---

PAYAN	Charlotte	30/11/2020
<b>Master 2</b>		
<b>Promotion de la santé et prévention</b>		
<b>D'une prise en charge individuelle à la démarche communautaire en santé : enjeux organisationnels et sociologiques pour une mission mobile intervenant auprès d'habitants de bidonvilles</b>		
<b>Promotion 2019-2020</b>		
<b>Résumé :</b>  En France, dans différents domaines et notamment dans celui de la Promotion de la Santé, les approches participatives sont au cœur des stratégies d'action. Cependant, force est de constater que cette notion couvre des réalités différentes, allant de l'injonction participative à l'émancipation des personnes les plus exclues. Dans ce contexte, de nombreux programmes souhaitent se transformer afin de donner une place centrale à la participation des personnes concernées.  A travers une enquête qualitative centrée sur les pratiques des intervenants et le fonctionnement d'une mission mobile intervenant auprès d'habitants de bidonvilles, nous avons cherché à mettre en lumière les freins et les leviers à la réorientation de celle-ci vers la démarche communautaire en santé.  Cette transition constitue un réel changement de paradigme impliquant une vision globale de la santé, des prérequis en termes de postures mais aussi un partage de pouvoir et de savoir, ainsi qu'une définition claire des objectifs de la participation.		
<b>Mots-clés :</b> Participation, démarche communautaire, pratiques professionnelles, postures, bidonvilles.		
<i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		