



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2015-2016

Capitalisation des expériences de la mission
Bidonvilles de Médecins du Monde

A Strasbourg

Soutenu en juin 2016

Madame TROUVÉ Isabelle

Maître de stage :

Monsieur SHIMELLS Yonatan

Guidant universitaire :

Madame NITSCHELM Elina

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à tous ceux et celles qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à remercier :

Mon maître de stage, Mr Yonatan SHIMELLS, pour sa disponibilité et les nombreux échanges qui ont enrichi ma réflexion

Mon guidant universitaire, Mme Elina NITSCHELM, pour son implication et ses conseils

Mon tuteur de stage, Mr le Dr Jean-Claude HUMBERT

Ma tutrice de stage, Mme Rosine LETTE

Mme Marie-Dominique DREYSSÉ, élue en charge des solidarités à la ville de Strasbourg, pour le temps accordé et pour avoir partagé sa vision humaniste

Mme Catherine FRAPARD, responsable mission Bidonvilles et Mme Fanny BORDEANU, médiatrice sanitaire de MdM Nantes pour avoir échangé amicalement et en leur souhaitant bon courage dans leurs missions

Mme Zaharieva RADOST, chargée de mission/Country facilitator ERRC, pour notre longue et enrichissante discussion

Mr Germain MIGNOT, responsable CARITAS, pour la relecture et le temps accordé

Mme Catherine BAUR pour la relecture et son aide

Toutes les personnes rencontrées à Médecins du Monde, pour le partage de leurs convictions et les discussions enrichissantes : Yasmina, Cécile, Catherine, André, Christiane, Alexis, Sophie, Vincent et tant d'autres que je ne peux les citer tous

Mmes LE DRAPIER Anne et ALLANE Linda pour leur soutien, la relecture et les conseils avisés

Mon frère Daniel NULLANS, pour le soutien et le co-voiturage qui a permis de diminuer l'empreinte carbone du stage

Mon mari qui m'a soutenu et aidé durant ces mois de stage

Mon père pour son aide

Acronymes	1
Introduction	2
1 - Contexte	3
1.1 - Médecins du Monde	3
1.1.1 - Les actions de Médecins du Monde en France	3
1.1.2 - La délégation régionale Alsace-Franche Comté	4
1.1.3 - Les objectifs de la mission bidonvilles de MDM	4
1.2 - Les Roms	5
1.2.1 - Qui sont-ils ?	5
1.2.2 - Roms et citoyens européens	6
1.2.2.1 - Droit européen	6
1.2.2.2 - La circulaire du 26 août 2012	7
1.3 - « Les campements illicites »	7
1.3.1 - Bidonvilles et précarité, des termes à préciser	7
1.3.2 - Les problèmes de santé liés aux conditions de vie	9
1.3.3 - La situation des bidonvilles à Strasbourg	10
1.4 - L'accès aux droits de santé	11
1.4.1 - Les obstacles dans l'accès aux soins	11
1.4.2 - La protection universelle maladie et l'aide médicale d'état	11
1.4.3 - La PASS	12
1.5 - la capitalisation	13
1.5.1 - Pourquoi capitaliser ?	13
1.5.2 - Les principes de la capitalisation des expériences	13
1.5.3 - Les objectifs de la mission de stage	14
2 - Méthodes	15
2.1 - La capitalisation des expériences	15
2.1.1 - Les objectifs de la capitalisation	15
2.1.2 - La trame de terme de référence pour la mission de capitalisation	15
2.2 - La méthode retenue	16
2.2.1 - Le choix de l'outil	16
2.2.2 - Le choix des contributeurs	17
2.2.3 - Les objectifs des entretiens	17
3 - Résultats	18
3.1 - Le recueil des données	18
3.1.1 - La réalisation des entretiens	18
3.1.2 - Le tri des données	18
3.2 - Les « habitants » des bidonvilles	19
3.2.1 - Les conditions de vie	19
3.2.2 - Les problèmes de santé	20

3.2.3 - « Les seuls sur le terrain »	21
3.3 - Les actions de la mission bidonvilles	22
3.3.1 - Les obstacles	22
3.3.2 - Les leviers	23
3.4 - Evaluation de la mission	23
4 - Discussion	25
Conclusion	29
Annexe I	I
1. Trame de Termes de Référence pour Mission de Capitalisation	I
Annexe II	IV
2. Guides d’entretien	IV
Annexe III	VII
3. Chronogramme du projet	VII

Acronymes

AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
ASAV	Association pour l'Accueil des Voyageurs
CASO	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLAT	Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CMU	Couverture Maladie Universelle
COFIL	Comité de Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CUS	Communauté urbaine de Strasbourg
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement des personnes sans abri ou mal logées
EEE	Espace Economique Européen
ERRC	European Roma Rights Center
FEDER	Fonds Européen de Développement Régional
FSE	Fonds Sociale Européen
MdM	Médecins du Monde
MOUS	Maitrise d'œuvre Urbaine et Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PUMA	Protection Maladie Universelle
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SSR	Santé Sexuelle et reproductive
TFUE	Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne
UE	Union Européenne

INTRODUCTION

Selon le dernier rapport annuel « L'état du mal-logement en France » de la Fondation de l'Abbé Pierre, 3,8 millions de personnes souffrent de mal-logement dont 2,9 millions vivent dans des conditions très difficiles(1). L'abbé Pierre avait lancé son appel en 1954 pour aider les personnes vivant en bidonvilles. Or depuis 25 ans, les bidonvilles sont réapparues en France ; ils ne représentent que la partie émergée de l'iceberg du mal-logement.

L'association Médecins du Monde (Mdm) intervient auprès des populations les plus vulnérables pour lever les obstacles à l'accès aux soins et permettre la reconnaissance de leurs droits. De manière globale, les personnes vivant en bidonvilles n'ont pas accès à l'eau, à l'électricité, au chauffage, aux soins ni à une domiciliation. La scolarité est souvent compromise pour les enfants. Les conditions de vie difficiles en bidonvilles entraînent ou aggravent les problèmes de santé. Les expulsions à répétition ont également d'importantes conséquences sur la santé des personnes, en les éloignant du système de santé et en empêchant la continuité des soins. Ces expulsions rendent difficiles la prévention, la lutte contre les épidémies et la continuité des prises en charge(2).

Selon la synthèse du forum « La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ? » réalisée en 2010 par Mdm, la mortalité néonatale chez les Roms est huit fois supérieure à la moyenne française et la mortalité infantile, cinq fois supérieure¹. Cette même synthèse indiquait que les Roms présentaient des indicateurs de santé alarmants ainsi qu'une faible espérance de vie (50 à 60 ans) et une couverture vaccinale des enfants inférieure à 20 %. Par les actions mobiles de proximité des missions bidonvilles, Mdm amène donc les soins et permet l'amélioration de l'accès à la santé et à la prévention pour ces populations.

En France, en ce début d'année, les expulsions continuent, ne respectant pas la trêve hivernale comme le souligne la Ligue des Droits de l'Homme(3). En effet, il y a eu en 2015 plus de 11000 expulsions selon le *European Roma Rights Center* (ERRC) (4)

Or la situation de Strasbourg dénote car il n'y a plus d'expulsion depuis de nombreuses années et la mairie s'est dotée d'une cellule « Roms » ; les bidonvilles ont été partiellement résorbés et des espaces temporaires d'insertion mis en place avec un accompagnement social. Les personnes bénéficient presque toutes de l'aide médicale d'état (AME) et ont accès aux droits communs pour la santé. Ce constat se prête donc à une étude afin de relever les éléments ayant permis les avancées, d'apprendre de cette expérience puis de partager. Ce travail consistera en une capitalisation des expériences de la mission bidonvilles de Strasbourg. Dans un premier temps, nous allons présenter le contexte national et local, définir la capitalisation puis décrire la méthode suivie. Dans un second temps, nous présenterons les résultats et l'analyse.

¹ Synthèse - forum La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ? - Médecins du Monde - 25 février 2010

1 - Contexte

1.1 - Médecins du Monde

Médecins du Monde est une association indépendante et militante qui dénonce les atteintes à la dignité, aux droits de l'homme et aide à l'amélioration des situations des personnes les plus vulnérables depuis plus de 30 ans. Ses actions sont portées par des salariés et principalement par des bénévoles qui adhèrent aux valeurs de l'association et en font sa force vive. Deux tiers des ressources de l'organisation proviennent de donateurs ce qui assure des actions dans l'indépendance.

Les actions de Médecins du Monde peuvent se présenter par 3 slogans :

– « Soigner et témoigner » ; ses actions sont d'apporter les soins là où personne ne va et de permettre l'accès aux droits de santé ; l'association dénonce les situations d'atteinte à la dignité et aux droits de l'Homme.

– « Ici et là-bas » car l'organisation intervient aussi bien en France qu'à l'étranger. Il y a ainsi 147 programmes internationaux dans 65 pays et 98 programmes dans 30 villes en France.² Quatre axes d'intervention ont été priorisés pour l'accès aux soins des plus vulnérables et les actions à travers le monde : les urgences et crises, la santé sexuelle et reproductive, la réduction des risques, les migrants et déplacés.

– « aujourd'hui et demain » car MdM participe à des programmes de développement par l'aide à la reconstruction et la formation des personnels de santé. MdM veille également à la pérennité des programmes mis en place.

1.1.1 - Les actions de Médecins du Monde en France

« Soigner et témoigner » est l'une des expressions porteuses des valeurs de MdM ; le témoignage se fait par la publication d'un rapport annuel mais aussi par des campagnes de communication et le plaidoyer.

Le plaidoyer est défini au sein de MDM comme « *L'activité consistant à influencer, à l'aide de leviers multiples, les lieux de pouvoir et de décision en vue d'obtenir des changements durables de politiques ou de pratiques ayant un impact direct sur la santé des populations ciblées par les missions de MDM* ». ³

Les actions de MdM France sont nombreuses et poursuivent les objectifs suivants :

- lutter contre l'exclusion et la stigmatisation en témoignant des difficultés
- limiter les risques liés à l'usage de drogues ou auprès des travailleurs du sexe
- promouvoir la santé face au non ou au mal-logement.

Le maillage territorial est assuré par 11 délégations régionales et ultra-marines. Les missions sont financées essentiellement sur fonds propres de MdM mais aussi par les agences régionales de santé (ARS), les conseils régionaux, les conseils départementaux et les mairies.

² Document interne Médecins du Monde

³ Idem

Depuis 2010, MdM s'est doté d'un observatoire de l'accès aux soins ; les données recueillies par les différentes délégations régionales permettent de témoigner des difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun des populations accueillies.

Ce recueil permet une meilleure connaissance des populations, peu présentées dans les statistiques officielles de santé publique, mais également de pilotage des programmes de l'association et de plaidoyer.

1.1.2 - La délégation régionale Alsace-Franche Comté

Depuis 1985, la délégation Alsace-Franche Comté est présente sur Strasbourg et Besançon ; elle regroupe 3 salariés et 130 bénévoles. L'équipe propose les services suivants ⁴:

- un centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) : qui accueille en moyenne 1400 personnes par an pour 6000 consultations. A Strasbourg, le CASO est ouvert tous les matins en consultation libre et les après-midi sur rendez-vous.
- une mission auprès des sans-abris appelée maraude : Les sorties se font 3 fois par semaine en alternance avec d'autres associations et sont coordonnées par le Service intégré d'accueil et d'orientation du Bas-Rhin (SIAO) ; À Strasbourg, ce dispositif départemental est géré par le CCAS par convention avec l'État. Il connaît ainsi les places d'hébergement d'urgence disponibles.⁽⁵⁾
- la mission adoption : les bénévoles accompagnent les parents à l'adoption avec la particularité de privilégier les adoptions dites complexes : grands enfants, fratrie ou enfants à spécificité médicale.
- la mission bidonvilles : des sorties permettent d'améliorer l'accès aux droits de santé, à la prévention et aux soins pour les personnes vivant en bidonvilles.

1.1.3 - Les objectifs de la mission bidonvilles de MdM

A Strasbourg, la mission Bidonvilles existe depuis 2003 mais s'appelait alors la mission Rom ; cette appellation a été changée car elle pouvait stigmatiser une population et toutes les personnes n'étaient pas toujours Roms mais habitaient dans des bidonvilles.

Suite à une évaluation en 2009 des missions Roms de MdM, un document de référence a été établi par l'équipe de la délégation Alsace. L'objectif général était de faire valoir les droits des familles et d'améliorer la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les objectifs secondaires étaient déclinés en suivant les 5 axes de la charte d'Ottawa :

- Acquérir des aptitudes individuelles par l'éducation à la santé materno-infantile par des séances sur la contraception, l'hygiène et l'alimentation.
- Renforcer les actions communautaires en stimulant la participation de la communauté Roms dans les questions sanitaires et sociales les concernant

⁴ Documents internes remis lors de la journée de formation des bénévoles

– Créer des milieux favorables en jouant un rôle important dans l'accès aux droits et aux soins. C'était la partie la plus importante car de nombreuses activités découlaient de cet objectif comme les consultations, l'accompagnement physique dans les services de soins et l'aide dans l'obtention de l'AME.

– Réorienter les services de santé en favorisant le partenariat avec les services de droit commun et en facilitant la vaccination et le dépistage.

– Elaborer une politique publique saine par le plaidoyer sur l'accès aux droits et à la santé.

Les objectifs écrits pour 3 ans ont été mis à jour par un cadre logique qui détaille davantage les différentes activités telles l'éducation à la santé ou des séances de sensibilisation auprès de personnes intervenant auprès des Roms comme les enseignants, les fonctionnaires des services de santé ou sociaux.

La mission réalisait une sortie hebdomadaire avec consultations médicales, délivrance de médicaments, accompagnement à la constitution des dossiers AME, orientations vers les services sanitaires. Etaient aussi réalisées des actions de dépistage avec le comité de lutte anti tuberculeux (CLAT) ou des journées de vaccinations en partenariat avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile). L'équipe travaillait en collaboration avec différents partenaires, comme la PASS – la Boussole (Permanence d'Accès Aux Soins de Santé), les services municipaux (cellule Roms, service de vaccinations adultes), les associations gérant les espaces temporaires d'insertion ; mais aussi avec des structures institutionnelles et associatives telles que (DDCS, Ville de Strasbourg, les assistantes sociales de secteur, les associations caritatives, ...) et la défense des droits via le collectif Rom Europe.

1.2 - Les Roms

Tous les habitants de bidonvilles ne sont pas Roms et tous les Roms ne vivent pas en bidonvilles. Mais à Strasbourg, la grande majorité des populations se compose de familles Roms originaires de Roumanie, Bulgarie et Hongrie.

1.2.1 - Qui sont-ils ?

En 1971, le terme générique de Roms a été choisi par les différents groupes de l'Union internationale romani. Le choix du terme «Rom» s'explique par la référence à leur langue, le romani, dérivé du sanskrit, et par le rejet de la connotation péjorative du terme «tsigane»(6). Venus du nord de l'Inde vers le Xème siècle, les Roms ont traversé l'Europe en formant plusieurs groupes (les Sintis, les Kalés, les Yéniches, les Manouches). Les Roms se sont sédentarisés en France par vagues successives d'immigration durant des siècles sans poser de réels problèmes mais ont souvent subi des discriminations. Suite à l'éclatement du bloc de l'Est et à la mort de Ceausescu en Roumanie, dès les années 1990, les Roms migrants affluent et connaissent des problèmes d'intégration plus importants sur le territoire national. Ainsi, depuis plus de quinze ans, ce sont des Roms, de nationalité essentiellement roumaine et bulgare, mais venus aussi de l'ex-Yougoslavie et de Hongrie, qui habitent les squats et bidonvilles des villes françaises(7).

La France compte 10 000 à 15 000 Roms sédentaires qu'il convient de distinguer des Gens du voyage ; cette appellation ne constitue qu'une catégorisation administrative et désignent des Roms citoyens français (8).

La migration des Roms est avant tout d'ordre économique et politique en raison des discriminations dont ils souffrent dans leur pays d'origine (9).

L'image des Roms est souvent celle de la mendicité, du vol, des mariages précoces et de grossesse multiples mais surtout celle de la pauvreté. Il faut toutefois nuancer cela car environ 40% des Roms de Roumanie ont réussi leur intégration socioéconomique, et parfois même rejoint les classes sociales supérieures(7).

1.2.2 - Roms et citoyens européens

En 2008, le Parlement européen constatait que « *les Roms sont victimes de «pauvreté», d'«exclusion sociale», de «ghettoïsation patente», d'«expulsions forcées» et de «conditions de vie déplorables et insalubres.»*(10) La notion de citoyens européens de seconde zone est évoqué dans ce rapport. Alors quels sont leurs droits ?

1.2.2.1 - Droit européen

Les Roms qu'ils soient roumains, bulgares ou hongrois sont citoyens européens et à ce titre, ils peuvent se déplacer librement dans l'espace européen pour voyager, étudier, travailler ou résider. En effet, la libre circulation des personnes dans l'espace européen est un principe fondamental de l'Union européenne, rappelé par l'article 26 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) (11).

La Roumanie a adhéré à l'Union Européenne en 2007 mais la libre circulation des personnes était restreinte jusque fin 2013. Depuis le 1er janvier 2014, les mesures transitoires appliquées à l'égard des ressortissants bulgares et roumains ont pris fin. Ainsi, ils peuvent librement travailler en France à compter de cette date. Ils peuvent cependant faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) si un délit a été commis car l'article 45, paragraphe 3, du traité (TFUE) prévoit que tout Etat membre peut limiter l'entrée ou le séjour de certains citoyens "pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique".

D'autre part, pour lutter contre les exclusions dont nombre de Roms sont encore victimes aujourd'hui, en regard du respect des valeurs fondamentales de l'Union européenne (UE), des fonds ont été alloués à l'investissement dans le capital humain dans les domaines de l'emploi, de l'éducation et de l'intégration sociale, y compris l'accès aux soins médicaux et la promotion de la santé via le Fonds social européen (FSE)(10)

Pour la coordination de la sécurité sociale dans l'Union Européenne, il y a le principe d'égalité de traitement ou de non-discrimination qui permet d'avoir les mêmes droits et obligations que les ressortissants du pays mais cela implique que ces droits soient ouverts par le travail(12) ; ce qui est rarement le cas pour les Roms. L'un des 4 principes fondamentaux énonce que l'on ne peut être couvert que par la législation d'un seul pays ; pour avoir accès à la protection sociale en France, les Roms doivent donc avoir été radiés du système de sécurité sociale dans leur pays.

1.2.2.2 - La circulaire du 26 août 2012

En 2012, après plusieurs expulsions relayées par les médias, le gouvernement français affiche une volonté d'approche plus sociale par la circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites(13). On peut noter l'importance de la sémantique puisque les mots expulsion et bidonvilles ne sont pas cités. Pour la France, cette circulaire donne donc un cadre de référence pour permettre « *d'assurer un traitement égal et digne de toute personne en situation de détresse sociale* ».

La circulaire de 2012 préconise 4 points :

- mobiliser les services de l'Etat et les acteurs locaux soit les associations pouvant apporter une aide dans l'accompagnement.
- établir un diagnostic de chaque situation afin de prendre en compte les problématiques. Ce diagnostic se limite bien souvent à comptabiliser le nombre de personnes sans vraiment aller dans les problèmes individuels.
- mettre en place un accompagnement en veillant à la continuité des soins et au maintien de la scolarisation des enfants. Ce point propose l'aménagement de sites d'accueils provisoires avec le recours à la mise en place d'une maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS)
- mobiliser les moyens disponibles, en citant les fonds européens (FEDER⁵ et FSE).

La circulaire confie la mise en œuvre et l'appui méthodologique à la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Ainsi la DIHAL a effectué une évaluation des dispositifs d'accompagnement en 2013 en évaluant l'accès aux droits communs(14). La délégation publie chaque année un bilan des actions sur les campements.

1.3 - « Les campements illicites »

Parmi les délégations régionales de MdM France, huit ont une mission bidonvilles ; 175 bénévoles prennent en charge 12378 bénéficiaires⁶. Nous avons volontairement mis le terme « campement illicite » car il donne une légitimation aux expulsions dans la pensée commune ; on évacue plus facilement un lieu illicite qu'un bidonville dont la connotation appelle plus à l'empathie. Mais il nous faut définir quelques notions pour clarifier le cadre de notre démarche.

1.3.1 - Bidonvilles et précarité, des termes à préciser

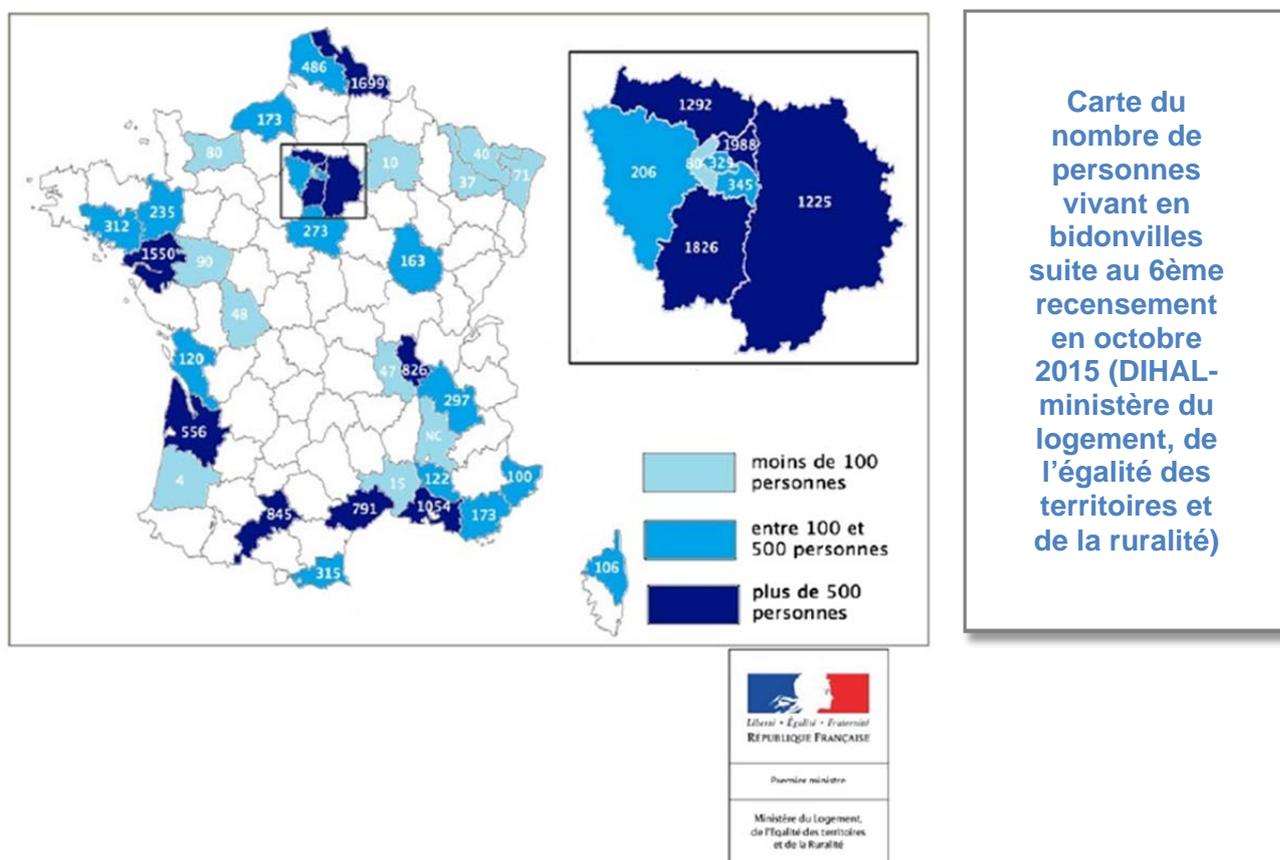
Le mot bidonville est souvent utilisé mais il faut définir son terme. L'Académie Française, dans son édition de 1986, donne la définition suivante : « *agglomération hétéroclite de logements précaires et dépourvus d'équipements, construits à proximité d'une grande ville avec des matériaux disparates provenant le plus souvent de récupérations et, où s'entasse une population qui n'a pas su se loger ailleurs* ». C'est cette dernière notion qui semble importante car le bidonville n'est pas un choix mais un recours ultime.

⁵ FEDER : Fonds européen de développement régional

⁶ Chiffres MdM disponibles sur le site, consulté le 17 mars 2016

Selon l'état des lieux national des campements illicites et grands squats présenté en octobre 2015 par la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL)(15), 17929 personnes vivent dans 582 camps illicites sur le territoire français (voir carte ci-dessous); ces chiffres ne prennent pas en compte la « jungle » de Calais. Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec ceux du collectif Rom Europe qui dénoncent 13000 personnes délogées de 138 bidonvilles ou squats l'année précédente(16).

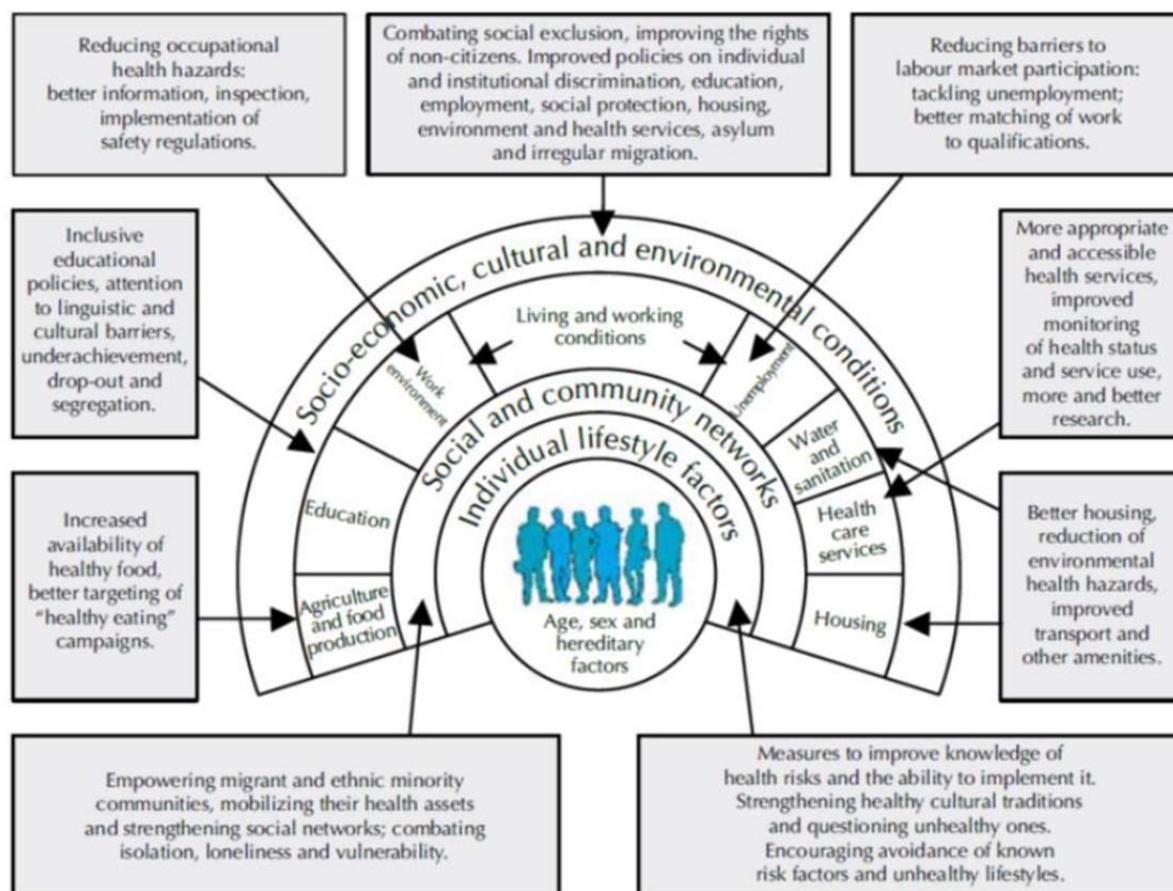
Quant aux évolutions constatées sur l'année 2015, la DIHAL note pour le Bas-Rhin qu'il y a eu des sorties de bidonvilles ce qui donne 71 personnes dans les campements en octobre 2015. Pour la France, 53% des sites sont installés sur des terrains publics tandis que 45% le sont sur des terrains privés.



Les 6 régions les plus concernées concentrent près de 82% de la population recensée avec 42% de la population en région Ile de France.

1.3.2 - Les problèmes de santé liés aux conditions de vie

Les habitants des bidonvilles vivent dans des conditions d'extrême précarité qui détériorent leur état de santé. Selon le rapport sur la santé des Roms de la commission européenne, les déterminants sociaux de santé exigent des actions politiques pour les aborder dans le cas des migrants et des minorités ethniques (17).



Source: OMS Regional Office for Europe (2010). "How health system can address health inequities linked to migration and ethnicity". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Selon le glossaire de la BDSP : « Les conditions de vie d'une personne désignent son environnement quotidien de vie, de jeu, de travail. Ces conditions de vie sont le produit de circonstances sociales et économiques et de l'environnement physique. Tous ces aspects peuvent influencer sur la santé et se trouvent largement hors de la sphère de contrôle immédiat de l'individu »(18).

Ce même glossaire propose la définition suivante pour le groupe vulnérable : « Groupe de personnes dont la morbidité et la mortalité sont statistiquement significativement augmentées du fait de leur situation de vie. Il peut s'agir d'immigrés, de personnes en situation de précarité sociale, ainsi que d'enfants, de jeunes, de personnes âgées ». Les Roms vivant en bidonvilles constituent un groupe vulnérable dont les conditions de vie altèrent l'état de santé et empêchent le plein épanouissement de leur potentiel humain.

Parmi les déterminants de la santé selon le modèle de Dahlgren et Withehead, le schéma montre bien la place centrale des conditions de vie. La figure (page 9) issue d'un rapport OMS de 2010 sur les inégalités de santé des migrants et des minorités ethniques montre l'importance des conditions de vie dans les déterminants de la santé par l'accès aux services de santé, à l'éducation et à l'emploi(17).

Une étude épidémiologique rétrospective de dossiers de patients Roms de MDM Strasbourg, faite en 2010, concluait que « *l'état de santé des Roms est la résultante des conditions de vie plutôt que des facteurs culturels* »(20).

Le principal facteur est l'absence d'accès à l'eau qui entraîne des maladies d'origine hydrique (diarrhées) mais aussi des problèmes d'hygiène tels que dermatites et gales. L'absence de toilettes entraînant une défécation à l'air entretient la propagation de maladies infectieuses mais au-delà porte atteinte à la dignité des personnes(19). Sans gestion des ordures, il y a prolifération des rats avec le risque sanitaire en découlant. De plus, les personnes se chauffent souvent avec du bois récupéré ce qui amène des cabanes enfumées voire des incendies ou des intoxications au monoxyde de carbone. Beaucoup de bidonvilles sont des zones de non-droit où les baraques se louent et se revendent ; cela entraîne de l'insécurité et des violences avec des conséquences sur la santé mentale.

1.3.3 - La situation des bidonvilles à Strasbourg

Les conditions de vie dans les bidonvilles strasbourgeois étaient très précaires. Les familles logeaient généralement dans des caravanes non roulantes ou des cabanes insalubres, sur des terrains où les conditions de vie étaient néfastes pour la santé et à proximité de sites dangereux (chemins de fer, déchetterie, autoroute). Ils n'avaient pas d'accès aux droits médicaux et souffraient de pathologies dues à leurs conditions de vie. L'équipe intervenait sur les terrains pour des consultations médicales et pour l'accès aux droits et aux soins.

A partir de 2011, la ville de Strasbourg a mis en place une politique de stabilisation et d'accompagnement de familles installées dans la Communauté Urbaine de Strasbourg (CUS).

Deux espaces temporaires d'insertion, l'espace 16 et l'espace Hoche, financés par la Ville ont été créés et leur gestion confiée à 2 associations, Horizon Amitié et la Croix-Rouge Française. Actuellement, plus de 250 personnes sont hébergées dans ces espaces. L'objectif de ces espaces est d'accompagner les familles vers l'accès aux droits, à la santé, à la scolarisation, à l'apprentissage du français, à l'emploi et à un logement autonome. Une dizaine de familles, regroupant une quarantaine de personnes, qui réunissaient les conditions de ressources et d'autonomie, sont déjà relogées dans le parc social à partir de ces espaces.

Début 2016, il subsistait 3 sites sur le territoire de la CUS. Le nombre de personnes qui y vivent varie en fonction des allers et retours des familles entre le pays d'origine et la France, mais est estimé à moins de 90 personnes. Ces sites disposent de toilettes sèches, d'un accès à l'eau et du ramassage des déchets. Ces sites se « vident » peu à peu car les personnes accèdent à un logement ou obtiennent une place dans un espace d'insertion. Cependant des familles, arrivées récemment, sont confrontées à diverses difficultés pour s'installer sur les sites existants ou sur des nouveaux terrains. Dans l'ensemble, il y a très peu de nouveaux arrivants.

1.4 - L'accès aux droits de santé

1.4.1 - Les obstacles dans l'accès aux soins

En 2013, le rapport de Mme Aline Archimbaud, « L'accès des soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité » (21) soulignait que « *Les personnes précaires étaient victimes d'une « triple peine » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins* ».

En effet, l'accès au droit à la santé reste également difficile du fait de la méconnaissance des droits par les personnes, de leur non maîtrise de la langue et de la difficulté des démarches administratives(16). La domiciliation est indispensable pour accéder à la quasi-totalité des droits or beaucoup de mairies refusent cette domiciliation pourtant possible par les CCAS. On peut parler de non recours car les délais d'instruction des dossiers AME ou CMU sont parfois très longs ; les déterminants socio-culturels jouent aussi un rôle important également. Ces populations ont souvent eu un parcours scolaire limité voire inexistant avec une absence d'éducation à la santé.

Ces facteurs socio-éducatifs se cumulent avec leurs représentations de la santé et amènent peu de démarches de prévention (20). Le recours aux soins se fait donc essentiellement face à une symptomatologie négligée et de manière tardive.

Aux peines énoncées par le rapport Archimbaud, nous pouvons ajouter une quatrième peine qui est celle du refus de soin par la stigmatisation pour les populations Roms. C'est là que la médiation sanitaire démontre son efficacité pour améliorer l'accès à une protection maladie, à la prévention et à la santé en accompagnant les personnes dans leur parcours de santé.

Un programme expérimental de médiation sanitaire avait été mis en place en 2011(22) auprès de 150 femmes et enfants vivant dans les squats et terrains de quatre départements avec l'appui d'associations comme MdM et l'association pour l'accueil des voyageurs (ASAV). Les résultats montrent l'efficacité de l'intervention des médiateurs qui a permis l'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ainsi que l'autonomisation des femmes(23). Le programme a été reconduit.

Par ailleurs, les expulsions répétées occasionnent un autre obstacle aux soins, pas tant dans le non recours mais plutôt dans la continuité par la perte des carnets de santé ou des documents médicaux lors des expulsions(16).

1.4.2 - La protection universelle maladie et l'aide médicale d'état

Deux dispositifs existent en France pour prendre en charge les dépenses de santé, l'aide médicale d'État (AME) et la protection universelle maladie (PUMA).

Le premier dispositif était la Couverture Maladie Universelle (CMU) ; elle s'adressait aux personnes qui résident en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois. Suite à la loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2015(24), un nouvel article L. 160-1 du code de la sécurité sociale est entrée en vigueur. La CMU est remplacée par la protection universelle maladie (PUMA). Cependant la CMU-C demeure inchangée.

À partir du 1er janvier 2016, avec la protection universelle maladie, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France(25).

Il faut faire une demande d'affiliation au régime général sur critères de résidence et fournir une pièce d'identité et une attestation de domicile (bail ou domiciliation par CCAS ou autre organisme). Pour les ressortissants de l'Espace Economique Européen (EEE), dont font partie la Bulgarie, la Hongrie et la Roumanie, il n'est pas besoin de fournir un titre de séjour.

Le deuxième dispositif est l'aide médicale de l'État (AME) ; c'est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources plafonnées (18153 euros par an pour un couple avec 2 enfants)(26).

Les personnes vivant en bidonvilles sont souvent domiciliées auprès d'un centre communal d'action sociale ou auprès d'un organisme ayant obtenu l'agrément donné par le préfet du département. Bien que citoyens européens, les Roms sont considérés en situation irrégulière dès lors qu'ils sont résidents depuis plus de 3 mois sans emploi, donc sans accès par la protection sociale liée à l'emploi.

1.4.3 - La PASS

Un autre dispositif permet l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies ou dépourvues de protection maladie : la PASS. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale mises en place par les établissements du service public hospitalier dans le cadre des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Certaines PASS ont des antennes mobiles. Les PASS proposent des consultations médicales aux personnes sans couverture maladie, un service social pour aider à l'ouverture des droits à la couverture maladie et le lien avec les services des hôpitaux pour des prises en charge ainsi que l'accès aux médicaments prescrits.

La loi 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions prévoyait, dans son article 76, que « dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins [...], les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits » (27). Leur nombre s'est accru ces dernières années mais la synthèse du collectif Rom Europe signale de fortes inégalités territoriales dans l'accès et la saturation de nombreuses PASS (16).

1.5 - la capitalisation

Parmi les définitions de la capitalisation, la plus citée est celle de Pierre de Zutter : « *c'est le passage de l'expérience à la connaissance partagée* »(28).

Les recherches documentaires nous ont amené également vers la notion de gestion des connaissances (*knowledge management*) et d'organisations apprenantes(29). Une organisation est dite apprenante lorsqu'elle favorise les apprentissages collectifs, le travail en réseau et la communication, ce qui est le cas chez MdM. Il s'agit de partir des savoir-faire d'une équipe pour développer les savoirs de l'organisation.

Il existe plusieurs types de capitalisation ; en premier, la capitalisation des pratiques qui va s'intéresser aux actions et aux pratiques pour les transposer. En second, la capitalisation des compétences qui interroge les savoirs et amène à un référentiel. Puis vient la capitalisation des expériences qui va s'intéresser aux vécus des acteurs et aboutir à une amélioration des connaissances et au développement des capacités.(30)

1.5.1 - Pourquoi capitaliser ?

La capitalisation permet de constituer un capital de savoirs tacites ou explicites qui permettra l'amélioration des pratiques, le développement des compétences et le partage des savoirs. Parmi les différents types de capitalisation, nous avons choisi la capitalisation des expériences. Contrairement à une capitalisation des connaissances, dans la capitalisation d'expériences, on part du vécu et de l'expérience des acteurs(30).

« *La capitalisation des expériences veut simplement dire aller chercher un capital dans son expérience.* »(31). C'est une démarche collective permettant aux acteurs de renforcer leurs capacités et de partager leurs connaissances avec d'autres. C'est un processus qui conduit à apprendre et à progresser individuellement et collectivement. L'intérêt de la capitalisation est « *d'exprimer les trucs, les astuces et les défis rencontrés* » (30). Au vu de la résorption des bidonvilles à Strasbourg, la situation se prête donc à une capitalisation pour comprendre comment les défis ont été relevés. L'intérêt est de comprendre comment certains obstacles ont été levés, quels leviers ont permis l'avancée de la mission, quels éléments ont amené à la situation actuelle. La demande a émané du coordinateur régional et des responsables de la mission Bidonvilles.

1.5.2 - Les principes de la capitalisation des expériences

La capitalisation se situe entre l'évaluation et la recherche. L'évaluation produit un jugement de valeurs alors que la capitalisation cherche ce qui peut être utile dans l'expérience sans juger même si les évaluations existantes sont prises en compte. Ce n'est pas non plus une analyse documentaire ni une recherche-action. Nous avons fait le choix d'une capitalisation ponctuelle ; contrairement à une capitalisation en continue qui se fait durant le projet, la capitalisation ponctuelle se fait à un moment du projet. Comme le dit Pierre de Zutter, on ne capitalise pas que de longues expériences, on peut le faire pour des actions précises, limitées dans le temps et l'espace.⁷ La capitalisation va s'intéresser aux processus qui ont permis de dépasser ou de contourner les blocages. (30)

⁷ « *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital* » ; Pierre de Zutter, page 82

Nous sommes donc le tiers externe ; notre rôle est d'accompagner l'équipe pour ce travail d'introspection qu'est la capitalisation, sans jamais juger ni interpréter. Pour cela, certaines conditions sont nécessaires : un climat de confiance réciproque entre les acteurs de la capitalisation et l'auteur, ainsi qu'une certaine autonomie, une bonne connaissance du contexte et du cadre institutionnel. Il nous a fallu voir nos capacités et limites personnelles et professionnelles mais également les ressources et les disponibilités d'appuis spécialisés. Selon la littérature sur la capitalisation, il semble difficile de faire réaliser une capitalisation par un intervenant externe car il faut identifier les savoirs essentiels ; mais cela reste possible par l'appropriation de la démarche par tous et la recherche d'adhésion.

1.5.3 - Les objectifs de la mission de stage

Les objectifs opérationnels de la mission de stage sont :

- réaliser une capitalisation des expériences en :
 - *Effectuant une analyse du contexte en comparant avec différentes missions bidonvilles*
 - *Réalisant des entretiens qualitatifs auprès des acteurs*
 - *Procédant à une analyse des données recueillies*
- co-animer le groupe de travail sur la mission bidonvilles
- étudier les perspectives de la mission
- présenter un rapport d'analyse au COPIL

2 - Méthodes

2.1 - *La capitalisation des expériences*

Selon Pierre de Zutter, « *Si l'expérience est un capital, la capitalisation va permettre de le révéler, de le recueillir et de le rendre accessible à un plus grand nombre* ». (28)

Le recueil des récits et des vécus va donc permettre de faire émerger les points d'inflexion. Ces points d'inflexion sont les changements significatifs dans l'action menée, les faits, internes ou externes, qui ont influencé l'action. En jetant un regard sur les vécus, des sauts qualitatifs seront identifiés. « *Les activités se déroulent rarement de manière linéaire, elles connaissent des arrêts et des bonds* »(29).

Pour travailler le souvenir et prendre du recul, pour chercher à comprendre comment il a été procédé, quels savoirs ont été mobilisés ou transposés, nous avons la documentation de la mission, de nombreuses sources mais surtout les dires des acteurs. Cette capitalisation va permettre de tirer des enseignements de l'expérience transposables à d'autres missions, de lutter contre l'évaporation des expériences et de participer à la construction collective des savoirs(29).

2.1.1 - Les objectifs de la capitalisation

Selon la note de synthèse de la formation proposée par le CIEDEL, « *Le meilleur moyen de réussir un travail de capitalisation est de le concevoir et de le mettre en œuvre comme un projet* »(29). Une capitalisation se conduit donc comme un projet ; il faut définir le thème, les objectifs, les résultats attendus et les ressources nécessaires. C'est un processus non linéaire mais qui nécessite de la cohérence entre chaque composante. Nous avons donc établi un chronogramme du projet avec le coordinateur régional et les co-responsables de la mission (en annexe III) ainsi que des objectifs.

L'objectif général est de réaliser une capitalisation des expériences sur la mission bidonvilles pour les 5 dernières années.

Les objectifs secondaires poursuivis visent à :

- apprécier les résultats des actions en regard de l'atteinte des objectifs
- pointer les connaissances acquises par l'expérience
- partager et renforcer la qualité de la démarche de plaidoyer.

2.1.2 - La trame de terme de référence pour la mission de capitalisation

Une trame de terme de référence pour la mission de capitalisation a été élaborée à partir d'un document interne à MdM, mis en place pour les capitalisations des missions internationales et d'une fiche de capitalisation élaborée par le groupe de recherche et d'échanges technologiques (GRET)(31). Nous l'avons donc adapté au contexte de notre projet et soumis à validation auprès du comité de pilotage. Un chronogramme du projet de capitalisation a été élaboré pour gérer les différents temps du projet.

2.2 - La méthode retenue

La méthode a été réfléchié à partir des préconisations du guide de capitalisation (30). Un comité de pilotage du projet de capitalisation a été constitué, composé des 2 responsables de la mission et du coordinateur régional. La méthode a été présentée au COPIL et validée par celui-ci. Une aide méthodologique a été demandée auprès de l'institution mais n'a pu trouver de réponse au vu des agendas chargés des personnes ressources. Nous nous sommes donc appuyés sur la littérature diffusée sur la capitalisation.

La méthode retenue est la suivante :

- Constituer la documentation et l'histoire du projet
- Recueillir les récits et les expériences
- Confronter les expériences
- Produire les résultats
- Diffuser et partager

Il nous a donc fallu consulter la documentation disponible (décrite dans la trame de capitalisation, en annexe I) mais aussi la littérature sur le thème et envisager l'outil de recueil des expériences.

Pour travailler une histoire, il faut avoir ses séquences. Nous avons donc dans un premier temps du nous approprier « l'histoire » de la mission par un travail sur la mémoire institutionnelle et la mémoire opérationnelle ; ceci nous a permis d'organiser le capital mémoire du projet, d'identifier ce qui est porteur de sens pour les acteurs et d'envisager les documents à consulter en parallèle d'une veille intellectuelle sur le thème.

2.2.1 - Le choix de l'outil

Dans la capitalisation des expériences, les chiffres et les documents sont là en complément mais le plus important est dans les dires des acteurs. Les méthodes qualitatives ne génèrent pas de données statistiques donc l'entretien semble être l'outil le plus adapté plutôt que le questionnaire. De plus, c'est au travers d'échanges que la production des récits et le recueil des vécus peuvent se faire (28) ; nous avons opté pour le tête à tête plutôt que le groupe car il nous semblait que les contributeurs seraient plus à l'aise pour exprimer leurs ressentis.

Comme il y a une diversité de pensées et de ressentis selon chaque acteur, l'entretien semi-directif se prêtait le mieux au recueil des données. Un guide d'entretien (annexe II) a été élaboré afin de s'assurer que tous les thèmes envisagés soient abordés. Les entretiens avec les acteurs et les partenaires sont enregistrés afin de rendre le plus fidèlement le discours des personnes sans avoir le biais de la prise de notes. Ils seront ensuite retranscrits sur ordinateur en document Word. Les focus-group donnent lieu à une prise de notes car il y aura les temps de traduction.

Pour se faire, 3 guides d'entretiens ont été élaborés ; un guide pour chaque groupe de personnes rencontrées soit les acteurs de la mission, les partenaires et les bénéficiaires. Ces guides ont été présentés et validés par le COPIL. Les données qualitatives recueillies seront triées en réalisant un codage ouvert avec le logiciel N Vivo 10 ; ce logiciel permet l'analyse qualitative de données provenant d'entretiens.

2.2.2 - Le choix des contributeurs

La recommandation du guide de capitalisation (30) préconise de faire une ligne du temps avec les acteurs du projet mais il nous a semblé intéressant d'avoir également le ressenti des bénéficiaires et des partenaires, leur perception des actions de MdM durant ces années sur lesquelles se penchent la capitalisation. La capitalisation étant envisagée sur les 5 dernières années, les personnes interrogées devaient avoir été bénévoles sur la mission bidonvilles sur cette période. Après avoir observé qui participait aux sorties de manière régulière sur les années précédentes, le choix s'est porté sur 6 personnes très impliquées dans la mission et présentes depuis 2010 ainsi que l'ancienne responsable de la mission.

Une des étapes de la capitalisation cherche à connaître les compétences créées en différenciant les savoirs qui sont spécifiques de ceux qui sont transposables(29). Afin de voir ce qui est spécifique ou non à la situation strasbourgeoise, un benchmarking est envisagé auprès de 3 autres missions bidonvilles de 3 villes françaises.

Pour obtenir les ressentis des bénéficiaires, nous avons envisagé 2 focus-groups auprès des personnes dans les espaces d'insertion car une interprète est disponible sur ces espaces. Quant aux partenaires, les entretiens seront réalisés auprès des 2 responsables des associations gérant les espaces d'insertion, du responsable de la cellule Roms de la ville et d'une élue en charge des solidarités.

2.2.3 - Les objectifs des entretiens

Pour chaque entretien, nous avons élaboré des objectifs qui ont été présentés et validés par le COPIL (présentés en annexe II).

- Entretiens auprès des bénévoles :

Identifier les moments clés qui ont aidé à la réussite du projet Recueillir les faits et savoir-faire ayant contribué à la mission Chercher les points d'inflexion du projet sur les 5 années

- Entretiens auprès des partenaires :

Identifier les moments clés qui ont aidé à l'avancée du projet Identifier les actions de MdM ayant facilité le partenariat

- Focus-groups avec les bénéficiaires :

Identifier les attentes et les besoins des bénéficiaires Identifier les perceptions de la mission de MdM

3 - Résultats

Les résultats bruts ont été présentés au COPIL après le tri des données grâce au logiciel NVIVO 10 et aux premiers nœuds dégagés.

3.1 - Le recueil des données

3.1.1 - La réalisation des entretiens

Tous les entretiens prévus ont pu être réalisés soit 11 entretiens au total. Nous avons rencontré 7 bénévoles de la mission Bidonvilles ; ces entretiens ont duré 1 heure en moyenne et se sont déroulés dans une salle de la délégation de MDM. Toutes les personnes ont accepté d'être enregistrées. Les personnes interrogées avaient entre 14 ans et 6 ans d'ancienneté dans leur engagement auprès de la mission bidonvilles, ce qui correspond aux critères envisagés pour une capitalisation sur 5 ans. Nous avons également interviewé 4 personnes parmi les différents partenaires (dont 1 élue et un responsable de mission de la mairie). Aucune personne n'a souhaité avoir la retranscription de l'entretien.

Quant au benchmarking prévu sur les 3 autres missions, seule une responsable mission et une médiatrice sanitaire ont pu être rencontrées. Nous avons également eu un entretien avec une personne du collectif Rom Europe et un entretien avec la chargée de mission France d'*European Roma Rights Center* (ERRC). Les résultats de ces entretiens ont permis de mieux appréhender le contexte des bidonvilles en France et d'avoir des éléments de comparaison pour le contexte strasbourgeois. Nous n'avons pas pu faire les focus-groupes par manque de personnes présentes ; nous avons recueilli quelques informations lors d'échanges informels.

3.1.2 - Le tri des données

Parmi les nombreux dires des personnes rencontrées, une première lecture flottante a permis de dégager les thèmes récurrents et de choisir les nœuds pour l'encodage par le logiciel. Chaque extrait d'entretien appelé référence est associé à une idée appelée nœud primaire. Ces nœuds primaires sont ensuite regroupés par thèmes ou mots similaires pour former des nœuds secondaires. Ces nœuds vont servir de base pour structurer l'analyse des résultats.

Tableau 1 : nombre de références et de nœuds (primaire et secondaire) relevés dans chaque entretien

Nom	Références	Nœuds
Entretien N°1	55	13
Entretien N°2	111	12
Entretien N°3	91	11
Entretien N°4	60	10
Entretien N°5	20	9
Entretien N°6	33	8
Entretien N°7	36	9

Certains entretiens n'ont pas permis de coder autant de références que d'autres alors que tous avaient la même durée. Réalisé en premier, l'entretien N° 5 a permis de tester la trame d'entretien et nous avons décidé de l'inclure ; quant à l'entretien N°6, la personne interviewée, quoiqu'ayant beaucoup contribué à l'avancée du projet, n'est plus bénévole et l'évocation du passé était plus difficile. Ceci montre une des limites de la capitalisation sur 5 années.

De plus, l'entretien N° 6 n'a pu être enregistré par bris du matériel et a fait l'objet d'une prise de notes.

Tableau 2 : nombre de sources (entretiens) et nombre de références codées pour les nœuds primaires et secondaires

Nœuds primaires ou secondaires	Sources	Références
Nœud primaire : santé	5	17
prévention	5	17
comportement en santé	2	8
accès aux soins	4	10
Nœud primaire : populations	6	22
relations	7	24
conditions de vie	7	34
Nœud primaire : actions MdM	7	91
obstacles	7	34
leviers	7	49
Nœud primaire : évaluation mission	7	50
points d'amélioration	2	6
atteinte des objectifs	6	8

Les thèmes des nœuds primaires et secondaires ont été dégagés à partir d'un premier tri en utilisant la requête de fréquence des mots et en les illustrant par un nuage de mots.

3.2 - *Les « habitants » des bidonvilles*

Sur le thème de la vision des populations des bidonvilles, 22 références ont été encodées. Les personnes interviewées ont souvent évoquées « *les représentations par rapport aux Roms* », les idées que ce sont « *des gens qui mendient, qui volent, qui sont sales, qui ramènent des maladies* ». Les acteurs évoquaient également qu'il y avait « *beaucoup d'hostilité vis-à-vis des Roms* », « *qu'ils avaient tous les stigmates dans l'idée des gens* », qu'ils « *étaient le bouc émissaire de tout* ». Trois personnes ont évoqué aussi le fait qu'il ne fallait pas les voir comme un groupe uniforme mais comme des individus avec qui « *on peut travailler des projets* », qui ont « *les mêmes demandes que les familles françaises, un logement, l'école pour les enfants et un travail* ». Leur vision différente se dégageait par des propos tels que : « *ils ont leur fierté et leur dignité* », « *ce sont des européens pauvres* », « *il n'y a pas de différence avec une famille non Rom car leur problème est spécifique du fait de leurs conditions de vie* ». Cette vision bienveillante se retrouvait également dans les dires des élus et des travailleurs sociaux : « *ce ne sont pas des Roms mais des pauvres avant tout* ».

3.2.1 - Les conditions de vie

34 références ont été encodées sur 7 entretiens pour évoquer les conditions de vie dans les campements. Pour qualifier les conditions de vie, certains adjectifs reviennent comme « *terribles, horribles, affreuses* ». Sont évoqués « *Les gens qui vivaient dans le froid et dans la boue jusqu'aux chevilles* », comme « *des gueux au 19^{ème} siècle* », « *sans lumière, sans eau* » avec « *des rats partout* ».

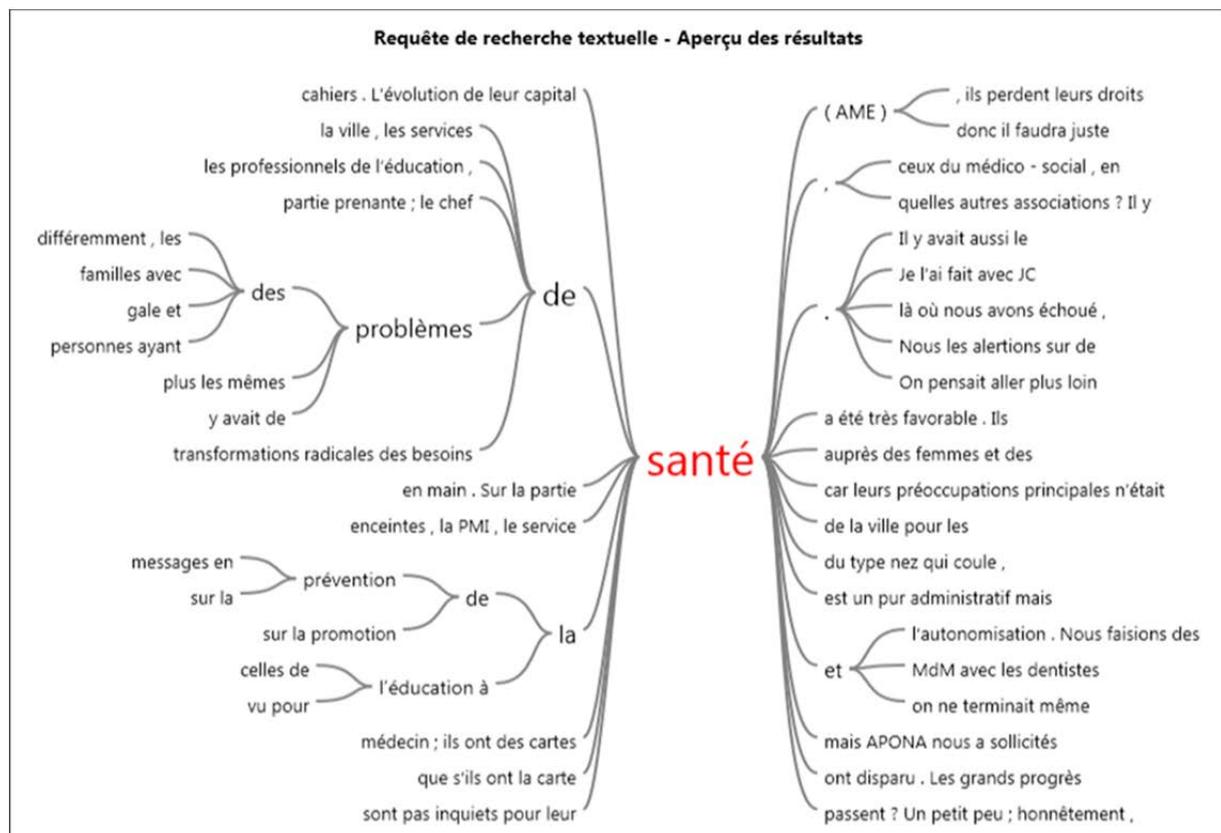
Une personne évoque « *les favelas de Strasbourg* » et une autre parle « *de bidonvilles qui n'ont rien à envier à ceux d'Inde* » mais « *à 7 kilomètres du parlement européen, dans la capitale de l'Europe* ». Au départ, la principale demande des habitants de ces bidonvilles étaient « *on veut à manger* ».

Le problème perçu par l'équipe était « *de stabiliser le sol, de mettre un accès à l'eau, des toilettes et des bennes à ordures* ». Il fallait « *une mise à l'abri avec stabilisation* ».

Une fois les terrains stabilisés par les services de la mairie, « *cela a considérablement changé les choses* » et « *les ¾ des problèmes de santé ont disparu* ». Nous n'avons pu constater ces conditions de vie que par des photos prises en 2010 mais les bénévoles disaient que les photos enjolivaient la triste réalité car prises en été et par un beau soleil. Un bénévole se souvient que « *l'hiver, les enfants rentraient de l'école sans lumière, dans le noir* » et que « *le linge se transformait en glaçons quand il faisait moins 10 °C* ». Une autre se souvient qu' « *ils venaient se réfugier dans le camping-car tellement il faisait froid* ». Une seule personne évoque les conséquences psychologiques de ces conditions de vie mais les autres interviewés disent que « *les gens se sont transformés quand les terrains ont été assainis* » et « *les gens allaient mieux* ». Le bien-être mental est ainsi évoqué car les conditions de vie l'entravent beaucoup.

3.2.2 - Les problèmes de santé

Sur les entretiens réalisés, 17 références retrouvent le terme de santé. Une requête de recherche textuelle a été faite et donne les résultats suivants :



Les pathologies les plus citées sont les infections ORL, broncho-pulmonaires et digestives ; sont citées également des problèmes de santé comme les lombalgies, les problèmes dentaires et les poux ainsi que l'alcoolisme et le tabagisme. Les problèmes de santé étaient nombreux et « *on finissait à 18 heures et on ne terminait même pas* ». Un autre bénévole dit qu'il faisait jusqu'à 20 consultations par sortie.

Toutes les personnes font le lien avec les conditions de vie : « *des problèmes comme d'autres familles liées à leurs conditions de vie, et d'autres tels que l'obésité, l'équilibre alimentaire, les problèmes bucco-dentaires qui sont liés à la précarité* ». Une autre personne dit : « *des plaies, des boutons, des éruptions cutanées, des pathologies broncho-pulmonaires liées aux conditions. La difficulté était l'hygiène* ».

Les comportements en santé sont cités sur 4 thèmes : l'alcool, le tabac, l'alimentation trop riche et peu équilibrée, le brossage des dents. Les conditions de vie sont également mises en avant : « *c'est compliqué de se brosser les dents vu leurs conditions de vie* » car il n'y a ni lumière, ni accès à l'eau dans les campements.

Pour l'accès aux soins, 10 références sont faites sur ce thème; la majorité est en lien avec l'AME pour l'aide à la constitution des dossiers. Le partenariat avec les services de la PASS et du planning familial est relevé dans 8 références. « *Il y avait beaucoup de consultations au CASO alors que maintenant on en voit très peu* » et « *Maintenant beaucoup ont l'AME ou la CMU alors qu'ils n'avaient rien à l'époque* ». Les personnes interrogées notent aussi le problème de la langue qui constituait un obstacle dans l'accès aux services de soins.

Quant à la prévention, les termes cités le plus fréquemment sont ceux de dépistage (4 références), et vaccination (6 références). Seules 1 source parle de prévention en santé sexuelle et reproductive pour les femmes des bidonvilles : « *Les actions ont beaucoup été axées sur la promotion de la santé auprès des femmes et des enfants, surtout ce qui était IVG, avec parfois des histoires tragiques* ». Ce sont donc les vaccinations des enfants et des adultes qui ressortent car elles sont citées par toutes les personnes.

3.2.3 - « Les seuls sur le terrain »

Les réponses ont permis d'encoder 26 références sous le nœud « relations ». Lors des entretiens, la question était posée des autres acteurs intervenant dans les bidonvilles. La réponse la plus fréquente était « *nous étions les seuls sur le terrain* ». Les autres associations n'ayant pas de mission mobile ; « *elles ne venaient pas sur les terrains* » car elles aidaient les personnes par des colis alimentaires ou des distributions d'habits mais dans leurs locaux. La notion de relation de confiance est souvent citée car les personnes « *savaient que nous n'étions pas dans le jugement* » et les bénévoles disent connaître certaines familles depuis 10 ans.

Les partenaires rencontrés disent d'ailleurs que Mdm était sur tous les terrains et connaissaient très bien les familles et leurs besoins : « *sans la connaissance des familles par Mdm, rien n'aurait été possible* ». L'élue rencontrée dit que « *l'élément moteur le plus radical était Mdm car ils connaissaient le terrain depuis longtemps* ». Les personnes extérieures rencontrées accordent par leurs dires une réelle légitimité à Mdm.

3.3 - Les actions de la mission bidonvilles

C'est le thème qui a encodé le plus de références puisque 91 références sont sur ce nœud primaire. Les termes qui reviennent le plus souvent sont les suivants :

- l'accompagnement : 14 fois cité dans tous les sens du terme à savoir accompagnement physique, social et à la constitution des dossiers AME mais aussi à la scolarisation des enfants.
- l'interpellation : dans le sens d'apostropher quelqu'un est 17 fois citée avec une similarité des termes comme signalement, information, alerte : « *on faisait remonter les problèmes* », « *on signalait à l'équipe et au coordinateur* », « *on remontait les situations à la mairie, à l'ARS* », « *Il fallait parfois taper du poing sur la table, être le poil à gratter* », « *Il fallait informer des changements* », « *notre rôle était de dire qu'il fallait trouver une solution pour ces gens* ». « *Nous n'étions pas dans l'affrontement* », ni dans la menace mais les équipes disent avoir fait régulièrement des rappels à la loi. Le côté militant et critique de Mdm est d'ailleurs rappelé par les partenaires rencontrés mais « *ce n'était pas gênant* » car il y avait une vraie réflexion et une qualité de travail dans les informations transmises, « *ce qui aidait à avancer* ».
- les réunions : ce terme est cité 10 fois et montre le partenariat tissé au cours des années et la présence reconnue de l'équipe de Mdm. Les bénévoles disent qu'« *ils n'allaient pas aux nombreuses réunions avec la mairie* » mais qu'ils étaient informés de celles-ci. Le but était de « *rencontrer et de discuter en amenant de vrais éléments de compréhension de la situation* » pour « *établir un partenariat avec le droit commun ou des institutions* ».
- la médiation : les nombreuses rencontres avec des acteurs des services sanitaires et sociaux, mais aussi ceux de l'enseignement, permettaient de « *faire de la sensibilisation* », de « *faire le lien* », « *d'expliquer que les familles ne sont pas différentes de celles dont ils s'occupent habituellement* » ;

Les acteurs parlent également de l'importance de l'action « d'aller vers » car cela permettait une bonne connaissance du terrain et des familles ce qui faisait de l'équipe « *les spécialistes des Roms* » car « *nous étions les seuls sur les terrains* » mais pour cela il fallait « *des outils et prendre des notes* ».

Il s'agissait aussi « d'aller vers » les partenaires car « *la mission ne se faisait pas au bureau* ». De nombreuses références sont également encodées autour du thème de la scolarisation et des nombreuses actions ont été entreprises dans ce sens, tant en médiation avec les directrices, les professeurs des écoles que dans l'accompagnement. Un autre point est celui de la vigilance : « *ils savaient que nous surveillons donc ils faisaient attention* ».

3.3.1 - Les obstacles

L'obstacle majeur semble être « *les préjugés des associations et des politiques* », « *les idées reçues des structures* » car « *il fallait sortir des représentations sur les Roms* ». Ce terme a 8 références encodées parmi 6 personnes interrogées. Elles parlent de personnes « *réticentes* » à vouloir prendre en charge les Roms et « *on faisait des rappels à leur obligation de service public* ». Une seule personne parle des expulsions mais les placent avant 2010 car il n'y en a plus sur le territoire depuis de nombreuses années. Certains ont parlé de situations plus difficilement défendables quand « *ils avaient commis des délits* ».

L'autre obstacle le plus cité est celui de l'obtention de l'AME avec ce « *fameux certificat de radiation pour la CPAM* » que devait fournir les Roms et qu'ils « *avaient beaucoup de mal à obtenir* ». Toutes les personnes ont parlé des démarches auprès du consulat de Roumanie ou de la CPAM pour finalement « *rencontrer des gens de bonne volonté* » et obtenir la gestion des dossiers AME en attente du certificat de radiation. Cette idée de bonne volonté revient aussi comme un obstacle car parfois la recherche d'une solution était très « *personne dépendante* ». Un frein souvent cité est celui de la langue : « *la barrière de la langue est importante* ». Une personne emploie l'expression de processus migratoire non fini car « *parfois tu fais plein d'actions et pour finir, la famille n'était plus là ou alors repartie en Roumanie* ». Une autre référence est en lien avec le plaidoyer car il ne fallait pas « *être tout le temps critique* » mais être reconnu comme un interlocuteur de qualité et écouté.

Cela « *exigeait de la cohérence dans les actions* » et des objectifs clairs pour toute l'équipe. Même si ce dernier point est également cité dans les leviers.

3.3.2 - Les leviers

Les mots ayant le plus encodés de références sont par ordre d'importance, ceux de volonté, relations, connaissances et « aller vers ».

Pour le mot de volonté, deux attributs lui sont adjoints, celui de la volonté d'action des élus et partenaires et celui la volonté de l'équipe qui est plutôt en lien avec la notion d'engagement. En effet, toutes les personnes soulignent que les « *choses ont changé par la volonté d'une élue de résorber les bidonvilles* » car cette élue est venue sur les terrains et a été sensibilisée.

Le mot relations est cité pour « *les bonnes relations avec la mairie et avec les partenaires* », « *une sereine collaboration* » ce qui a permis de « *créer des liens et de faciliter les choses* ». Est aussi abordé le sens de relations comme un réseau ; les visites conjointes avec la PMI ou d'autres services ont également permis de tisser des liens mais aussi de favoriser le plaidoyer car « *ils faisaient des retours à la mairie* ». Il y a aussi les relations des bénévoles qui vont en parler autour d'eux et défendre ainsi la cause. La même notion de relation se retrouve face aux bénéficiaires car les bénévoles les connaissaient depuis longtemps et les personnes « *nous faisaient confiance et savaient que nous n'étions pas dans le jugement* ». Une relation de confiance s'est nouée avec les années.

« *Les seuls qui allaient vers les gens, c'était nous* » ; le fait que MdM soit la seule association sur les terrains semble être perçu comme un levier car il n'y avait que « *nous comme interlocuteur* ». Ce que confirment les partenaires en disant que l'équipe de MdM connaissait très bien la situation et les familles. D'autres associations participaient aux réunions mais elles étaient moins impliquées et « *parfois trop dans la critique ou la revendication pour pouvoir avancer* ».

3.4 - Evaluation de la mission

Toutes les personnes interrogées estiment que les objectifs ont été atteints car « *90 % des personnes ont l'AME* » et « *les enfants vont bien à l'école* » ; c'est donc en premier sur les points de l'accès aux droits de santé et la scolarisation des enfants que de nombreuses références ont été encodées. Le second point est celui d' « *avoir vidé les terrains* », parlant de l'habitat puisque les « *gens sont sortis de là pour les espaces d'insertion* » ; « *ils ont d'autres problèmes de précarité mais plus celui de l'habitat* ».

Certaines personnes parlent d'accompagnement dans l'accès aux droits puis « *de se retirer en laissant faire les équipes* », évoquant ainsi les travailleurs sociaux des espaces d'insertion et les services sociaux en disant aussi « *les travailleurs sociaux ont pris le relais* ». Toutes les acteurs expriment aussi leur satisfaction car « *c'était une belle mission* » mais du regret car 3 personnes expriment l'idée de l'utilité actuelle de continuer la mission : « *je me sentais plus utile il y a 5 ans* » ou « *j'avais plus de satisfaction dans les campements* ». Les derniers résultats des programmes d'insertion sont positifs ; sur 140 personnes accompagnées, 80 d'entre elles ont trouvé un emploi ; 45 familles ont accédé à un logement selon les chiffres de la cellule Roms de la ville. Seulement 3 personnes évoquent la fin de la mission par l'expression « *c'est bien qu'elle se finisse* » ou « *notre but était de disparaître in fine* ». Alors que 4 personnes pensent qu'il faut continuer une veille médico-sociale car « *il faudrait arriver à résorber les terrains restants* » et « *accompagner les gens pour un meilleur suivi* ».

Quant aux points d'amélioration, seules 2 personnes ont amené à encoder 6 références ; l'une parle surtout de « *l'autonomisation* » et d'inciter plus à la démarche participative alors que l'autre personne évoque le fait d' « *avoir fait essentiellement des soins* » sous-entendant pas assez d'éducation. Ce dernier point fait dire à une personne que « *là où nous avons un peu échoué, c'est sur l'éducation à la santé* ».

4 - Discussion

En reprenant les dires des acteurs et la description chronologique de la mission recueillie lors d'échanges informels, les points d'inflexion ont été dégagés. Ce sont les moments qui ont vu des changements significatifs dans le projet.

Les points d'inflexion sont les suivants :

- Stabilisation des terrains avec occupation tolérée sans expulsion,
- Assainissement des terrains,
- scolarisation des enfants et prévention par les vaccinations et dépistages,
- obtention de l'AME et en 2014 droit de séjour modifié,
- accès aux services de santé et à la SSR,
- fermeture des sites par la création des espaces temporaires d'insertion
- mise en place de la cellule Roms de la ville.

A partir de ces points d'inflexion, nous allons analyser quelles actions de MdM ont contribué à ces sauts qualitatifs, quels éléments du plaidoyer ont permis la prise en charge des problèmes et quels savoirs ont été développés. Tout en sachant que ces points d'inflexion ne se sont pas présentés de manière linéaire.

Une expérience de capitalisation

Avant d'aller plus en avant dans l'analyse, il nous faut prendre du recul sur cette expérience. Ce stage nous a permis de vivre une première expérience de capitalisation ; mais surtout d'accompagner l'équipe dans une phase de transition car la mission parvient à un tournant par la résorption des bidonvilles. La gestion du projet de capitalisation coïncidait donc avec une période de réflexion concernant les perspectives de la mission bidonvilles. Un travail autour de cette réorientation a été mené lors de réunions.

La capitalisation pouvait être perçue par certains bénévoles comme concluant sur un éventuel arrêt de la mission ; notre projet a donc peut-être été perçu comme un moyen d'avaliser cela. L'adhésion limitée au départ a ensuite été facilitée par notre proximité professionnelle puisque beaucoup de bénévoles sont médecins ou infirmiers. Actuellement, la réflexion se poursuit sur une réorientation de la mission vers une approche éducation à la santé auprès de personnes précaires. La question du respect de chacun impliquait que la méthodologie de gestion de projet employée ne soit pas trop compliquée ou jargonneuse. Il fallait donc rester plutôt pragmatique et nous adapter pour pouvoir maintenir l'adhésion et la motivation des bénévoles. Les sorties de la mission ont aidé à cela ; Les limites des disponibilités des bénévoles n'ont pas été ressenties mais nous n'avons pas assez tenu compte des congés scolaires dans la planification du projet.

Plusieurs éléments ont facilité ce projet de capitalisation. La documentation était abondante et disponible sur Internet et dans l'institution. Les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions dans un bureau au calme. Notre expérience en analyse des pratiques a facilité la réalisation des entretiens. Nous avons déjà pratiqué l'accompagnement au changement et à la conduite de projet.

Le travail a pu se faire en autonomie grâce à de bons échanges avec le coordinateur régional pour un appui et une validation de la méthodologie. Le tuteur de stage, responsable de la mission Bidonvilles, a été disponible et a supervisé le travail.

Cependant, certains points ont posé quelques difficultés comme notre première expérience de la capitalisation et le manque de partage d'expertise avec des personnes ressources; la première manipulation du logiciel d'analyse de données qualitatives ne nous a pas permis de l'utiliser dans toutes ses possibilités. Nous n'avons pas pu faire les focus-group qui devaient être faits en dernier ; en effet, il nous semblait plus aisé d'échanger avec les personnes après plusieurs rencontres. Mais les personnes n'étaient pas disponibles malgré 3 passages sur les espaces d'insertion. Nous avons cependant pu obtenir l'expression des travailleurs sociaux. De plus, de nombreuses informations ont été recueillies durant des échanges informels lors des sorties.

La stabilisation des terrains

Le prérequis essentiel est la stabilisation, c'est-à-dire l'arrêt des expulsions. À Strasbourg, il n'y a plus eu d'expulsion des bidonvilles ce qui a permis un vrai travail de suivi des familles et a facilité une relation de confiance. Cette relation de confiance tissée entre l'équipe et les familles a permis le travail en aval vers l'accès aux droits et à l'insertion. Selon l'élue rencontrée, le travail entrepris était souvent mis à mal par les expulsions et l'éparpillement des familles; le problème n'était abordé que sur le versant sécurité. Contrairement à d'autres villes, à Strasbourg, tous les terrains étaient sur le territoire de la communauté urbaine. En effet, les expulsions chassent les populations d'un territoire communal à un autre et les élus ne se sentent pas concernés.

A Nantes, un terrain est stabilisé durant une conférence de travail alors qu'en même temps, l'équipe a tracé le parcours d'une famille qui a été expulsée 21 fois en 8 ans, tout en restant toujours sur les mêmes communes. Les expulsions continuent et sont relayées par les médias ; ainsi début mars, « *plus de 1 000 personnes qui ont été ainsi jetées à la rue à Roubaix, à Marseille, à Nantes et en Ile-de-France* »⁽³⁾ sans toujours appliqué la circulaire de 2012 avec un diagnostic social préalable et une proposition adaptée de relogement, compromettant l'emploi et la scolarisation. Lorsqu'un hébergement est proposé, c'est souvent un hébergement d'urgence pour 15 jours seulement.

Lors d'une table ronde sur la résorption des bidonvilles, les élus avaient présenté les différents dispositifs mis en place mais concluaient que : « *L'absence de politique nationale ambitieuse se traduit alors par des bricolages locaux comme nous avons pu le voir, ainsi que par des expulsions récurrentes alors qu'une stabilisation de tous les bidonvilles pourrait permettre de mettre fin à l'errance d'un grand nombre de familles et permettre un accompagnement des ménages ainsi que la scolarisation des enfants* »⁽³²⁾.

Une étude internationale publiée en 2013 concluait qu' « *il existait un ensemble de preuves limitées mais probantes permettant de suggérer que l'amélioration des bidonvilles est susceptible de réduire l'incidence des maladies diarrhéiques* » mais également la santé, la qualité de vie et le bien-être social ⁽³³⁾

En France, la moitié des campements ne disposent pas de gestion des déchets et seulement 25% ont un accès à un point d'eau(2). Alors qu'à Strasbourg, par les actions de MdM, les services municipaux ont assaini les terrains par la pose de gravillons, la mise en place de bennes à ordures, de toilettes sèches et un point d'eau. Lors d'échanges informels, l'équipe a d'ailleurs fait part des difficultés et longues démarches pour obtenir ces acquis ; alors que lors des entretiens, le biais de mémoire rendait ces démarches plus faciles. L'amélioration de leurs conditions de vie a permis aux personnes d'améliorer leur santé, de réfléchir et de mobiliser les ressources en eux pour envisager les efforts que nécessite l'insertion.

Une vision bienveillante : « chassez la pauvreté, pas les pauvres »

Ce titre est emprunté à un article de Mme Dreyssé, adjointe au maire de Strasbourg, en charge des solidarités, qui est intitulé « Strasbourg chasse la pauvreté, pas les pauvres » (34).

Le premier élément important dans tout le travail de l'équipe a été de changer le regard porté sur les habitants des bidonvilles, pour voir l'humain, l'étranger pauvre au-delà du Rom. Finalement c'est aborder le problème par la pauvreté et la précarité.

Une fois les représentations modifiées, le point de départ semble avoir été la rencontre avec les populations des bidonvilles. Amener les politiques sur les terrains et faciliter l'expression des populations semblent avoir plus de poids que parler en leur nom. Cela a déclenché la prise en compte du problème par les politiques et une réelle volonté d'agir. L'équipe de MdM était le point de départ de l'action mais rien n'aurait été possible si elle n'avait trouvé l'oreille bienveillante d'une politique qui a su aborder le problème autrement que par l'aspect sécuritaire.

D'autres villes prennent en charge le problème des bidonvilles en gérant des villages ou des espaces d'insertion. A Lyon, un projet pilote I2E (Insertion par l'Emploi et l'Ecole) est actuellement en cours avec la préfecture du Rhône, depuis juillet 2015 pour 160 familles environ issues des 3 grands bidonvilles de l'agglomération lyonnaise. Dans cette ville, Le projet d'insertion Andatu en est déjà à l'évaluation des phases 2 et 3 car 45 familles sont dans l'emploi sur la phase 1(35). Localement, certains services ont les compétences pour accompagner les Roms dans leurs parcours de santé et des dirigeants politiques mettent en œuvre des politiques en faveur des Roms en encourageant leurs collectivités à financer des programmes d'insertion.

Ainsi les Maitrises d'œuvre urbaine et sociale MOUS (36) permettent de bénéficier de financements pour l'aide au logement des personnes défavorisées mais aussi apportées des réponses de logement aux personnes qui vivent dans des conditions insalubres.

Les résultats des actions en regard de l'atteinte des objectifs

Les objectifs de la mission étaient déclinés suivant les 5 axes de la charte d'Ottawa. En effet, au long de ces 5 années, les avancées ont été faites sur l'obtention de l'AME, l'accès au planning familial et aux différents services de santé de la ville, des campagnes de vaccination des enfants permettant une couverture vaccinale à 100% et des campagnes permettant le dépistage et le traitement des tuberculeux. L'accompagnement des personnes et la médiation sanitaire ont permis de créer des relations plus favorables avec les services de santé mais aussi avec les enseignants pour la scolarisation des enfants.

La relation de confiance et les efforts des équipes ont favorisé l'autonomisation des individus. Le travail en collaboration avec les partenaires et les élus a conduit à la mise en place d'une politique publique ayant permis la résorption des bidonvilles et amener ces populations précaires vers l'insertion.

C'est peut-être sur le versant des aptitudes individuelles et du renforcement communautaire que des points d'amélioration sont pointés. Selon l'ARSI, les attributs du concept d'éducation à la santé présupposent une relation de confiance, une bonne connaissance de la culture des groupes, un accompagnement dans la consolidation ou le changement des habitudes de vie et le respect des décisions des personnes(37). Ces éléments étaient présents ; mais les difficultés des équipes à autonomiser davantage les personnes et à amener des discours d'éducation à la santé venaient sans doute du fait que les acteurs tenaient compte des conditions de vie ; ils estimaient que l'éducation à la santé étaient difficile parce que les priorités des personnes étaient ailleurs. Mais c'est sous-évaluer toute l'approche car c'est bien la prise en considération des populations qui a leur a permis de s'en sortir. Le manque de traçabilité de certaines actions minore l'ensemble des séances éducatives réalisées.

Promouvoir la santé par le plaidoyer

Lors du séminaire sur les inégalités sociales de santé organisé par la Société Française de Santé Publique (SFSP), en mars 2015, Mr Fardeau disait en parlant du plaidoyer :« *Ce qu'il faut déjà, c'est être totalement convaincu du message qu'on veut faire passer et convaincre, bien sûr, tous ceux qui se trouvent autour de vous.* »(38)

Cette conviction du message se retrouve dans la mission car elle était telle que tous les acteurs se sont appropriés les mêmes discours. Au fil des entretiens, nous retrouvions des éléments de langage similaires chez les uns et les autres, ce qui tendrait à prouver l'efficacité du plaidoyer. Celui-ci peut être aussi efficace que possible mais le discours doit rencontrer une oreille attentive. Cela signifie qu'il faut bien identifier les interlocuteurs et adapter l'argumentaire. Il faut savoir à qui s'adresser, qui est décisionnaire ou peut influencer dans la décision. Le plaidoyer peut prendre des formes différentes et consister en un rappel à la loi, un rappel aux obligations de service public, une communication pour le changement des représentations.

Le plaidoyer a été efficace car il était ciblé, cohérent et mesuré. Cohérent dans le discours et les actes car cela donne de la conviction au message. Le discours doit être pratique et non théorique. Mesuré car les objectifs étaient atteignables dans le temps du mandat politique et en lien avec les moyens disponibles; le projet peut être réfuté ou bloqué si les objectifs sont à trop long terme ou trop exigeants.

Comme le disaient les personnes rencontrées, les actions se sont faites pas à pas et en prenant chaque problème un par un et surtout avec humilité.

Pour citer à nouveau Mr Fardeau lors du forum de la SFSP (37), les limites du plaidoyer sont celles du temps et de la légitimité. Il fallait réaliser un travail sur la longueur et dans la durée. Ceci exige un engagement des bénévoles. A Strasbourg, les bénévoles sont restés quasiment les mêmes sur les 10 dernières années, y compris les élus puisque leurs mandats ont été renouvelés. La légitimité était conférée car MdM était reconnu pour son travail militant mais aussi par la bonne connaissance du terrain, des besoins des populations et la fiabilité des informations.

CONCLUSION

Même si les temps difficiles poussent au repli sur soi, notre société ne peut laisser des personnes habiter dans des bidonvilles ; car la vue de cette pauvreté visible est éprouvante et nous renvoie collectivement l'image du traitement de la précarité.

La responsabilité pour la santé est le fait pour les élus de rendre compte à leur population des conséquences sur la santé de leurs politiques ou de leur absence de politiques. La résorption des bidonvilles de Strasbourg montre qu'une prise en compte politique par une approche bienveillante avec un accompagnement vers l'insertion est possible.

Une étude réalisée par l'association Trajectoires en 2015 concluait que « l'insertion par l'emploi, davantage que par le logement, s'avère déterminant pour une sortie pérenne du bidonville »(39). C'est le choix qui a été fait par la création des espaces temporaires d'insertion. La même étude estimait également que les facteurs clefs de l'insertion ne se situent pas tant dans le profil initial des personnes que dans les aptitudes et savoirs acquis lors de leur présence en France, et notamment l'acquisition du français, la scolarisation et la création d'un lien de confiance avec des personnes ressources. Les bénévoles de la mission de MDM font grandement partie de ces personnes ressources. Par les actions en promotion de la santé et les relations de confiance tissées au fil des années, l'équipe de la mission bidonvilles a permis aux populations de développer des aptitudes pour favoriser l'insertion. Ils peuvent fièrement passer la main aux professionnels de l'insertion tout en continuant à accompagner les personnes en éducation à la santé.

Pour Pierre De Zutter, l'auteur d'une capitalisation en est le premier bénéficiaire ; c'est notre cas mais nous espérons que cela bénéficiera aussi à l'organisation.

Index des tables

Page 18 : Tableau 1 : Nombre de références et de nœuds (primaires et secondaires) relevés dans chaque entretien

Page 19 Tableau 2 : Nombre de sources (entretiens) et nombre de références codées pour les nœuds primaires et secondaires

Page 20 : Aperçu des résultats pour une requête de recherche textuelle

Index des illustrations

Page 8: Carte du nombre de personnes vivant en bidonvilles suite au 6ème recensement en octobre 2015(Source : DIHAL)

Page 9: Figure “*How health system can address health inequities linked to migration and ethnicity*” Source: OMS

Bibliographie

- (1) Le dossier de synthèse, 21^{ème} rapport 2016. Fondation de l'Abbé Pierre [Page consultée le 5 février 2016]. Accessible en ligne sur: http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/le_dossier_de_synthese_integral_-_21e_rapport_2016.pdf
- (2) Les personnes vivant dans les bidonvilles. Médecins du Monde [Page consultée le 27 avril 2016]. Accessible en ligne sur: <http://www.medecinsdumonde.org/pays/france/personnes-vivant-dans-les-bidonvilles>
- (3) Les expulsions forcées subies par les Roms atteignent des niveaux intolérables. LDH Ligue des droits de l'Homme. [Page consultée le 16 mars 2016]. Accessible en ligne sur: <http://www.ldh-france.org/les-expulsions-forcees-subies-les-roms-atteignent-niveaux-intolerables/>
- (4) More than 11.000 Roma migrants forcefully evicted in France in 2015. ERRC [Page consultée le 7 mars 2016]. Accessible en ligne sur: <http://www.errc.org/article/more-than-11000-roma-migrants-forcefully-evicted-in-france-in-2015/4442>
- (5) Personnes en grande précarité | Solidarités et santé | Strasbourg.eu [Internet]. [Page consultée le 19 février 2016]. Disponible sur: <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/personnes-grande-precarite>
- (6) Liégeois J-P, *Roms et tsiganes*, Collections Repères Ed. La découverte, 2009 Paris
- (7) Fournier L. Qui sont les Roms ? Sciences Humaines, N° 220, novembre 2010, [Page consultée le 8 janvier 2016]. Accessible sur : http://www.scienceshumaines.com/qui-sont-les-roms_fr_26185.html
- (8) Rapport de l'inspection des campements 2014. DIHAL [page consultée le 21 janvier 2016]. Accessible sur http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2014/09/dihal_rapport_inspection_campements.pdf
- (9) synthèse-forum « la santé des Roms : une urgence sanitaire », MdM 2010
- (10) Rapport sur la mise en œuvre du cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Roms (2015) [Internet]. [Page consultée le 17 mars 2016]. Accessible sur: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_communication2015_fr.pdf
- (11) TFUE, Traité de fonctionnement de l'Union Européenne, version consolidée, la libre circulation des personnes, page 67, [Internet]. [Page consultée le 7 janvier 2016]. Accessible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2012:326:FULL&from=FR>
- (12) Coordination de la sécurité sociale dans l'Union européenne - Emploi, affaires sociales et inclusion - Commission européenne [Internet]. Coordination de la Sécurité sociale dans l'UE. [Page consultée le 7 janvier 2016]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=fr>
- (13) Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites [Internet]. [Page consultée le 19 janvier 2016]. Accessible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/2_dihal_circulaire_du_26_aout_2012.pdf
- (14) Rapport de l'inspection des campements, DIHAL, 2013 [Internet]. [Page consultée le 21 janvier 2016]. Accessible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_rapport_inspection_campements.pdf

- (15) la lettre d'information de la DIHAL, N° 17, [Internet]. [Page consultée le 20 janvier 2016]. Accessible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/01/newsletter_dihal_new2015_17.pdf
- (16) Rapport politique 2015 du collectif national droits de l'homme Romeurope [Internet]. [Page consultée le 19 janvier 2016]. Accessible sur : http://www.romeurope.org/IMG/pdf/cndh_romeurope_rapport_politique_2015.pdf
- (17) Roma health report, European Commission, 2014, [Internet]. [Page consultée le 27 avril 2016]. Accessible sur: http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf
- (18) Glossaire Européen en Santé Publique, Banque de données en santé publique [Internet]. [Page consultée le 4 mai 2016]. Accessible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- (19) OMS | Assainissement [Internet]. WHO. [Page consultée le 9 mai 2016]. Accessible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs392/fr/>
- (20) Dieudonné F., « La santé des Roms établis à Strasbourg d'après l'expérience de la mission Rom de la délégation Alsace de Médecins du Monde », Thèse de doctorat en médecine, Soutenue en 2010, Université de Strasbourg.
- (21) Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité, Rapport public, 2013 [Internet]. [Page consultée le 28 janvier 2016]. Accessible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000645/index.shtml>
- (22) Programme national de médiation sanitaire. 2012 [Internet]. [Page consultée le 3 mai 2016]. Accessible sur: <http://www.mediation-sanitaire.org/la-mediation-sanitaire/quest-ce-que-la-mediation-sanitaire/>
- (23) Synthèse de l'évaluation finale, 2012 [Internet]. [Page consultée le 3 mai 2016]. Accessible sur: <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2013/06/synthese-evaluation-finale-2012.pdf>
- (24) LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. [Internet]. [Page consultée le 20 janvier 2016]. Accessible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031663208
- (25) La protection universelle maladie [Internet]. [Page consultée le 20 janvier 2016]. Accessible sur: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/la-protection-universelle-maladie.php>
- (26) Aide médicale de l'État (AME) | service-public.fr [Internet] [page consultée le 20 janvier 2016]. Accessible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
- (27) Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Le site du CNLE [Internet]. [Page consultée le 3 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html>
- (28) De Zutter P. Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital, 135 p [Internet]. [Page consultée le 8 février 2016]. Accessible sur: http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDesHommes.pdf
- (29) Introduction à la capitalisation d'expériences [Internet]. [Page consultée le 21 janvier 2016]. Accessible sur: http://f3e.asso.fr/media/transfert/doc/note_de_synthese_formation_capitalisation_2006_2.pdf
- (30) La capitalisation des expériences- un voyage au cœur de l'apprentissage, [Internet]. [Page consultée le 21 janvier 2016]. Accessible sur: http://f3e.asso.fr/media/transfert/doc/guide_capitalisation.pdf

- (31) Villeval P, Lavigne Delville P, Capitalisation d'expériences... Expérience de capitalisation, Traverses N° 15.2004 [Internet]. [Page consultée le 1 janvier 2016]. Accessible sur: http://www.groupe-initiatives.org/IMG/pdf/traverse_15.pdf
- (32) Les collectivités territoriales et la résorption du bidonville (...) Synthèse des échanges de la table ronde des élus - Collection SHS / TERRA-HN-éditions [Internet]. [page consultée le 19 janvier 2016]. Accessible sur: <http://shs.terra-hn-editions.org/Collection/?Les-collectivites-territoriales-et-la-resorption>
- (33) Effet de l'amélioration des bidonvilles sur la santé, la qualité de vie et le bien-être social des habitants | Cochrane [Internet]. [Page consultée le 2 mai 2016]. Accessible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD010067/effet-de-lamelioration-des-bidonvilles-sur-la-sante-la-qualite-de-vie-et-le-bien-etre-social-des-habitants>
- (34) Dreysse MD, Strasbourg chasse la pauvreté, pas les pauvres, Revue projet, N° 348, 2015 [Internet] [Page consultée le 26 février 2016]. Accessible sur: <http://www.revue-projet.com/articles/2015-09-dreysse-strasbourg-chasse-la-pauvrete-pas-les-pauvres/>
- (35) Bilan du dispositif ANDATU : l'insertion réussie pour des populations [Internet]. [Page consultée le 19 janvier 2016]. Accessible sur: <http://www.rhone.gouv.fr/Actualites/Bilan-du-dispositif-ANDATU-l-insertion-reussie-pour-des-populations-roms>
- (36) Les maîtrises d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) - Financement du logement social [Internet]. [Page consultée le 6 mai 2016]. Accessible sur: <http://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/les-maitrises-d-oeuvre-urbaine-et-sociale-mous-a1292.html>
- (37) Les concepts en soins infirmiers, 2^{ème} édition, ARSI (Association de Recherche en Sciences Infirmières), Ed. Mallet-Conseil
- (38) Actes du séminaire sur les inégalités sociales de santé, SFSP [Internet]. [Page consultée le 17 février 2016]. Accessible sur: <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>
- (39) Bourgois L, Le Cleve A, Masson-Diez E, Peyroux O, « Du bidonville à la ville : vers une vie normale ? », Trajectoires, novembre 2015[Internet]. [Page consultée le 6 mai 2016]. Accessible sur: http://www.trajectoires-asso.fr/admin/uploads/file/TRAJECTOIRES_Du-bidonville-a-la-ville.pdf

ANNEXE I

1. Trame de Termes de Référence pour Mission de Capitalisation

TITRE : Capitalisation des expériences et valorisation de la mission bidonvilles MdM à Strasbourg

AUTEUR(S) DES TDR : Trouvé Isabelle (étudiante M2 IPS)

DATE DE REDACTION : février 2016

- CONTEXTE

- ORIGINE DE LA DEMANDE

le coordinateur régional et les co-responsables de la mission bidonvilles
il s'agit d'une capitalisation des expériences sur les 5 dernières années

- BREVE PRESENTATION DU PROJET

La mission bidonvilles est à un tournant de part la situation singulière: la résorption partielle des bidonvilles et l'accompagnement des populations vers l'accès aux droits et aux espaces d'insertion .

il n'y a plus d'expulsion depuis de nombreuses années. Depuis 2011, la population vivant en bidonvilles à Strasbourg est passée de 500 à 90 personnes par la création de 2 espaces d'insertion. Une cellule Roms, composée de 3 salariés, a été mise en place par la mairie de la ville . Cette cellule Roms gère les terrains " tolérés" par la mairie où les personnes ont une convention d'occupation et bénéficient de l'accès à l'eau, de toilettes sèches et du ramassage des ordures. La gestion des espaces d'insertion a été confiée à 2 associations et elle est financée par la ville ; les populations de ces espaces bénéficient de l'accompagnement de travailleurs sociaux.

Quasiment toutes les personnes bénéficient de l'aide médicale d'état et ont la possibilité d'accéder aux services de santé de droit commun. Les enfants sont scolarisés de la maternelle au collège et bénéficient de la prise en charge de la PMI et des services de santé scolaires.

La mission bidonvilles est passée d'un rythme de sortie hebdomadaire à 2 sorties par mois dont une médicalisée et l'autre de veille médico-sociale. Ce contexte se prête donc à une capitalisation des expériences sur les 5 dernières années.

- OBJECTIFS ET PUBLIC VISE

L'objectif principal est de réaliser une capitalisation afin de passer de l'expérience à la connaissance partageable, de valoriser les compétences acquises et d'améliorer les pratiques

Plus spécifiquement les objectifs suivants seront visés :

Capitalisation ponctuelle pour :

- Rechercher les connaissances et mes pratiques partageables au sein de MdM et avec les acteurs locaux
- Trouver les points d'inflexion qui ont permis des changements significatifs sur les 5 dernières années

Objectifs de recherche :

- Recueillir les ressentis et les faits chronologiques auprès des bénévoles de la mission Bidonvilles sur 5 ans
- Identifier les compétences développées et transférables
- Identifier les facteurs qui ont aidé au projet (freins et leviers)
- Evoquer les perspectives pour la mission

- AU NIVEAU MICRO : LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE PAR RAPPORT AU PROJET LUI-MEME

- Identifier les actions ayant permis l'accès aux droits médicaux et aux soins pour les populations
- Identifier la coordination et le partenariat entre les différents acteurs ayant permis la prise en charge des populations

- AU NIVEAU MESO/INTERMEDIAIRE : LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE PAR RAPPORT A D'AUTRES PROJETS SIMILAIRES DANS D'AUTRES CONTEXTES

- Distinguer les éléments spécifiques du contexte qui ont pu amener à la résorption partielle des bidonvilles et à l'accès aux soins
- Définir les éléments du plaidoyer efficaces

- AU NIVEAU MACRO : LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE EN TERMES STRATEGIQUES AU NIVEAU INSTITUTIONNEL DE MDM

- Identifier les éléments de plaidoyer qui ont déclenché le processus de prise en charge des habitants des bidonvilles par les pouvoirs publics

- LE PUBLIC VISE

Partage en interne avec la délégation Alsace, avec les partenaires intéressés

- APPROCHE METHODOLOGIQUE

- METHODES QUANTITATIVES / QUALITATIVES

Les données recueillies seront qualitatives et seront constituées à partir des récits chronologiques, des dires et vécus des acteurs du projet.

La méthode choisie est celle de l'entretien semi-directif qui se prête mieux au recueil de données qualitatives. Le recueil de données auprès des bénéficiaires sera différent puisqu'il se fera sur des focus-group avec l'aide d'une interprète, mais aussi par des moments d'échanges informels lors des sorties de la mission bidonvilles.

Le tri des données sera fait par la méthode de lecture flottante à l'aide du logiciel NVivo 10. Les résultats de la requête de fréquence des mots par le logiciel permettront de dégager les thèmes pour l'analyse.

- REUNION DE CADRAGE PAR LE COMITE DE PILOTAGE DE L'EVALUATION

le COPIL se compose du coordinateur régional et des 2 co-responsables de la mission Bidonvilles

- DOCUMENTS CLES

les documents suivants seront consultés:

- rapport d'activité de la mission Bidonvilles 2014 et 2015
- évaluation de la mission Doc 2010 et texte de référence produit suite à la revue des missions

- rapport politique Rom Europe 2015
- rapport ERRC
- fiches bidonvilles (nombre de sorties, description des sorties, nombre de personnes rencontrées, actions faites)
- document de référence 2010 et mise à jour (cadre logique)

- **PERSONNES / INSTITUTIONS CLES**

Les contributeurs identifiés sont de 3 types :

- les acteurs : les bénévoles et responsables participant à la mission durant les 5 dernières années, l'ancien coordinateur ayant contribué à la mission, l'ancien responsable de la mission Bidonvilles (soit 6 entretiens)
- les partenaires : les différents intervenants et associations (Croix Rouge, Horizon amitiés, élus municipaux, travailleurs sociaux) soit 5 entretiens
- les bénéficiaires : les populations habitant dans les bidonvilles et ceux des espaces temporaires d'insertion (3 groupes)

- **PRODUCTIONS ATTENDUES**

- **NOTE DE CADRAGE**

Guides d'entretien selon le modèle MDM

- **RESULTATS PRELIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS**

Restitution au COPIL par une présentation PPT de la synthèse des résultats et de l'analyse

- **RAPPORT FINAL**

Rapport final sous forme de mémoire pour la soutenance du Master 2 santé publique "Interventions en promotion de la santé" à l'université de Lorraine, Ecole de santé publique de Nancy

- **RESTITUTION ORALE**

- restitution en réunion mission bidonvilles fin mai-début juin
- soutenance du mémoire à l'université de Nancy le 15 juin 2016
- présentation avec support PPT

- **AUTRES**

A envisager

- **ORGANISATION DE LA MISSION DE CAPITALISATION**

- **COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE LA MISSION DE CAPITALISATION**

Tiers externe, en formation Master 2 santé publique IPS

- **PLANNING / CHRONOGRAMME ENVISAGE**

4 mois

Entre 60 et 88 jours de mission répartis comme suit :

- **Phase de préparation** (revue des documents et briefings)
- **Phase de terrain** (recueil des données et analyse)
- **Phase de rédaction du rapport final provisoire**
- **Phase de restitution** (et finalisation)

La mission devrait avoir lieu entre le 4 janvier et le 20 mai 2016.

Un chronogramme du projet a été élaboré par la responsable de la capitalisation et présenté au COPIL.

ANNEXE II

2. Guides d'entretien

Pour chaque guide, toutes les questions ne doivent pas être nécessairement posées à toutes les personnes, il s'agit seulement de questions pouvant être posées.

Guide d'entretien pour les responsables missions bidonvilles et bénévoles

Objectif de l'entretien :

Identifier les moments clés qui ont aidé à la réussite du projet
Recueillir les faits et savoir-faire ayant contribué à la mission
Chercher les points d'inflexion du projet sur les 5 années

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.
Proposer d'envoyer la retranscription aux personnes interviewées.

Sur l'engagement :

- Depuis combien de temps êtes-vous engagé dans la mission bidonvilles ?
- Pouvez-vous nous expliquer votre rôle ?

Sur le contexte :

- quelles actions ont été entreprises durant les 5 dernières années ?
- quelle est la situation actuelle ? (expulsion, accès aux droits, accès aux soins, suivi sanitaire)
- quelles sont vos actions actuellement ?

Sur les actions entreprises :

- quelles actions avez-vous entreprises ? Auprès de qui ?
- quels ont été les obstacles ?
- quels ont été les leviers ?

Sur les partenaires :

- qui étaient vos interlocuteurs ?
- Quels ont été vos partenaires ?
- Quelles relations aviez-vous avec eux ? Depuis combien de temps ?
- comment ces relations se sont-elles mises en place ?

Sur les perceptions des résultats :

- Quel est votre ressenti sur l'atteinte des objectifs de la mission ?
- quelles perspectives voyez-vous pour la mission ?
- quelles difficultés persistent actuellement ?
- quels axes d'amélioration envisagez-vous ?

Guide d'entretien pour les partenaires

Objectif de l'entretien :

Identifier les moments clés qui ont aidé à l'avancée du projet

Identifier les actions de MdM ayant facilité le partenariat

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Proposer d'envoyer la retranscription aux personnes interviewées.

Sur le contexte :

- quelle est la situation actuelle ? (expulsion, accès aux droits, accès aux soins, suivi sanitaire)

- quels changements dans la mission sur les 5 dernières années ?

- quelles sont vos actions actuellement ?

Sur les actions entreprises :

- depuis combien de temps travaillez-vous en partenariat avec MdM ?

- quelles actions avez-vous entreprises conjointement? Auprès de qui ?

- Pouvez-vous nous expliquer votre rôle ?

- quels ont été les obstacles ?

- quels ont été les leviers ?

Sur les partenaires :

- qui sont vos interlocuteurs MdM ? Vos autres partenaires ?

- Quelles relations aviez-vous avec eux ? Depuis combien de temps ?

- comment ces relations se sont-elles mises en place ?

Sur les perceptions des résultats :

- Quel est votre ressenti sur la situation actuelle ? L'atteinte des objectifs de la mission ?

- quelles perspectives voyez-vous pour la mission ?

- quelles difficultés persistent actuellement ?

- quels axes d'amélioration envisagez-vous ?

- Selon vous quelles étaient les personnes les plus légitimes pour aider le projet ?

- Que pensez-vous du travail de MdM ?

Guide d'entretien pour les focus group avec les bénéficiaires

Objectif de l'entretien :

Identifier les attentes et les besoins des bénéficiaires

Identifier les perceptions de la mission de MdM

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur le rôle de la mission :

- Qui vient vous voir ? À quelle fréquence ?
- Comment vous soignez vous ?
- Qui est le mieux placé pour soigner telle ou telle maladie ?

Sur l'accès aux soins :

- lorsque vous êtes malade, qui appelez-vous ? Où allez-vous consulter ?
- avez-vous eu des difficultés à vous faire soigner ?
- avez-vous des difficultés à obtenir votre traitement ? Lesquels ?
- avez-vous renoncé à des soins ces derniers temps ?

Sur la perception de MdM :

- Selon vous, quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ?
- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ?
- Les gens vous aident-ils pour d'autres problèmes que la santé ?
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail de MdM ?
- Quels sont vos craintes si MdM ne vient plus ou vient moins souvent ?

Représentations populaires de la maladie :

- Quelles sont les principales maladies dont souffrent les membres de votre communauté ?
- Qui soignent ces personnes ?
- Quelles sont les traditions par rapport à ces maladies ? Les traitements traditionnels ?
- Qu'est-ce qui peut être fait pour prévenir ces maladies ?
- avez-vous eu des conseils pour votre santé ? Lesquels ?

Sur la dynamique communautaire :

- Par rapport à un problème de santé ou une urgence, qui décide ? Qui est écouté ? Que se passe-t-il ?
- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ? (religion, discussion, travail, soins aux enfants etc.)
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail des associations ?

Annexe III

3. Chronogramme du projet

		Mois																					
		JANVIER				FEVRIER					MARS				AVRIL				MAI				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22
		dates lundi																					
		4	11	18	25	1	8	15	22	29	7	14	21	29	4	11	18	25	2	9	16	23	30
→ DUREE ESTIMEE DU PROJET																							
Choix de l'axe de réflexion	Délimitation de l'expérience pour l'objet de la capitalisation																						
	recherche documentaire																						
recherche et mise en place de l'enquête	analyse des documents disponibles / observations																						
	échange sur l'analyse avec reformulation																						
	détermination guide d'entretien																						
	validation du guide d'entretien																						
	entretiens avec les différents acteurs																						
analyse des résultats de l'enquête	saisie des résultats																						
	analyse des résultats																						
	rédaction synthèse																						
restitution des résultats	présentation des résultats																						
	Diffusion des résultats																						
réunion groupe de travail																							
réunions mission bidonvilles																							

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

En France, près de 19000 personnes, principalement Roms, vivent dans des bidonvilles où les conditions de vie détériorent leur état de santé. Ils subissent de nombreuses expulsions qui les éloignent du système de santé et rendent difficiles les prises en charge. A Strasbourg, Médecins du Monde (MdM) intervient auprès de ces populations pour l'accès aux droits et l'accès aux soins. Le nombre de personnes vivant en bidonvilles est passé de 500 à moins de 70 depuis 5 ans. Au vu de la résorption des bidonvilles, l'équipe de la mission a souhaité tirer des leçons de ses expériences.

Une capitalisation d'expériences a été réalisée afin d'apprécier les résultats des actions, de pointer les connaissances acquises et de les partager.

La méthode de capitalisation a consisté à retracer l'histoire du projet, à recueillir les vécus des différents acteurs et à analyser les résultats. Les résultats issus d'une enquête qualitative regroupant des entretiens, des échanges avec d'autres missions bidonvilles et d'une recherche documentaire ont permis de dégager les points d'inflexion et d'analyser les éléments ayant contribué aux changements.

Un plaidoyer efficace, constant et mesuré a aidé à la réussite en suscitant la volonté politique de prise en compte du problème des bidonvilles dans sa globalité. La médiation a permis le changement des représentations de ces populations facilitant ainsi l'accès aux services de droit commun.

MOTS CLEFS : BIDONVILLES, CAPITALISATION DES EXPERIENCES, PLAIDOYER, MEDIATION, MEDECINS DU MONDE

ABSTRACT

In France, nearly 19,000 people, mostly Roma, live in shantytowns where living conditions deteriorate their health. They are often forcefully evicted that limits their access to the health system and make service delivery difficult. Médecins du Monde (MdM) works with these groups to help them fully exercise their rights and access to healthcare. For 5 years, in Strasbourg, the MdM team saw the gradual reduction of shantytowns. They wanted to learn from these experiences.

A capitalization was conducted to assess the results of actions, highlighting acquired knowledge and share them. The method used aims at tracing the history of the project, collecting the experiences of different stakeholders and analyzing the results. The results of a qualitative study involving interviews, exchanges with other MdM teams working in shantytowns and desk research have revealed the inflection points. The analyze helps to point out the elements that contributed to the changes.

Effective, constant and measured advocacy contributed to the success by encouraging the political will to threat the shantytown's problem globally. Mediation has enabled changing representations of these populations and facilitated access to public health services.

KEYWORDS: SHANTYTOWN, CAPITALIZATION, ADVOCACY, MEDIATION, MEDECINS DU MONDE

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL : MEDECINS DU MONDE 24, RUE DU MARECHAL FOCH 67000 STRASBOURG