



HAL
open science

LES ACTIONS DE “ L’ALLER VERS ” DE MÉDECINS DU MONDE-STRASBOURG

Francesca Ligi, Anaik Pian, Anne-Cécile Hoyez

► **To cite this version:**

Francesca Ligi, Anaik Pian, Anne-Cécile Hoyez. LES ACTIONS DE “ L’ALLER VERS ” DE MÉDECINS DU MONDE-STRASBOURG. [Rapport de recherche] UMR ESO, Espaces et Sociétés; Médecins du Monde; Réseau Louis Guilloux. 2018. halshs-01905233

HAL Id: halshs-01905233

<https://shs.hal.science/halshs-01905233>

Submitted on 25 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

RAPPORT DE TERRAIN

LES ACTIONS DE « L'ALLER VERS » DE MÉDECINS DU MONDE – STRASBOURG

Conduit dans le cadre de l'ANR MIGSAN « Migrations et santé : expériences de la santé et trajectoires de soin des primo-arrivants en France »

en partenariat avec Médecins du Monde et le réseau Louis Guilloux (Rennes).

LIGI Francesca

PIAN Anaïk

HOYEZ Anne-Cécile

Juillet 2018

The logo for MIGSAN is located in the bottom right corner of the page. It consists of the word "MIG" stacked above the word "SAN". The letters are white and set against a dark blue background that is part of a larger blue gradient bar at the bottom of the page.

MIG
SAN

SOMMAIRE

<i>Glossaire</i>	3
<i>Contexte et objectifs de l'observation des actions mobiles de Médecins du Monde - Strasbourg</i>	4
PARTIE 1 : LES ACTIONS DE « L'ALLER VERS » DE MEDECINS DU MONDE	6
I. 1. Le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO)	7
I. 2. Les actions pour les populations dites Roms	8
I. 3. Aller à la rencontre de la population « SDF » – Les Maraudes	10
<i>Encadré 1 - Sans-abri ou sans domicile fixe (« SDF ») : un débat toujours d'actualité</i>	11
I. 4. Les autres actions de « l'aller vers »	13
PARTIE 2 : LES MARAUDES AUPRES DES PERSONNES SANS DOMICILE	15
<i>Encadré 2 - Le dispositif SIAO</i>	15
II. 1. Les objectifs de la Mission Sans-abri à Strasbourg	16
II. 2. L'organisation des maraudes	17
<i>Encadré 3 : « Les carrières de survie des personnes » vivant à la rue</i>	19
II. 3. Un difficile travail de recensement du public bénéficiaire.....	20
Figure 1. Liste des observations et éléments de comptage.....	21
<i>Encadré 4 : Les familles à la rue et l'Hébergement d'Urgence</i>	22
II. 4 Les maraudeurs à l'épreuve des demandes d'hébergement.....	23
<i>Encadré 5 : « Bon et Mauvais Pauvre », la critique sociologique</i>	27
PARTIE 3 : L'EXPERIMENTATION D'UNE CLINIQUE MOBILE	28
III. 1. Les objectifs initiaux de la Clinique mobile.....	28
III. 2. Le choix des lieux et l'organisation des sorties.....	29
III. 3. Les statistiques de la Clinique mobile.....	32
III. 3. a. Sexe, problématiques de santé et pathologies des personnes ayant consulté la Clinique mobile	32
Figure 2. Les principales pathologies constatées sur le public ayant consulté à la Clinique mobile	33
III. 3. b. L'accès aux droits sociaux (logement et santé) des personnes ayant consulté à la Clinique mobile	34
Figure 3. Principaux moyens et solutions d'hébergement.....	34
Figure 4. Droits théoriques des patients ayant consulté à la Clinique mobile.....	35
III. 3. c. Deux grands profils parmi le public pris en charge.....	35
III. 4. Les évolutions du public rencontré et des objectifs initiaux de la Clinique mobile... 36	
<i>Encadré 6. La réforme de l'asile</i>	37
Figure 6. Temporalité de l'évolution du campement.....	38
<i>Encadré 7 : L'installation, la gestion et le démantèlement du campement rue du Rempart</i>	38
III. 4. a. Soigner ou réorienter ?.....	39
CONCLUSION – L'ALLER VERS : ENJEUX, DEBATS ET LIMITES	42
⇒ Le public cible : quels critères et jusqu'où faut-il s'adapter aux effets de conjoncture ?	43
⇒ La santé, un enchevêtrement d'enjeux	43
⇒ Répondre, créer et/ou invisibiliser des besoins ?.....	45
⇒ Cadres spatio-temporels du plaidoyer et du soin : combiner des leviers et registres d'action différents ?	45
ÉPILOGUE.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
<i>Annexes</i>	51
<i>Table des figures</i>	57

Glossaire

ANR :	Agence Nationale de la Recherche
APS :	Autorisation Provisoire de Séjour
ARS :	Agence Régionale de Santé
CADA :	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CAHM :	Centre d'Accueil et d'Hébergement Municipal
CASO :	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CD :	Conseil Départemental
CHU :	Centre d'Hébergement d'Urgence
CMS :	Centre Médico-Social
CNDA :	Cour Nationale du Droit d'Asile
CST :	Carte de Séjour Temporaire
CUS :	Communauté Urbaine de Strasbourg
DA :	Demandeur d'Asile
DALO :	Droit au Logement Opposable
DDCS :	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
EMR :	Équipe Mobile de Rue
FNARS :	Fédération Nationale des Acteurs de la Solidarité
HLM :	Habitation à loyer modéré
HUDA :	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
HUS :	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
MDM :	Médecins du Monde
NR :	Non Renseigné
OFII :	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA :	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
PADA :	Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
RLG :	Réseau Louis Guilloux
SIAO :	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
TROD :	Test Rapide d'Orientation Diagnostic
UE :	Union Européenne

Contexte et objectifs de l'observation des actions mobiles de Médecins du Monde - Strasbourg

Ce rapport de terrain est issu d'une collaboration de recherche menée entre l'ANR MIGSAN¹, le Réseau Louis Guilloux à Rennes (RLG) et Médecins du Monde à Strasbourg (MDM). L'ANR MIGSAN s'inscrit dans les recherches menées sur les inégalités sociales concernant la santé et l'accès aux soins des populations migrantes, notamment primo-arrivantes². L'un des axes de l'ANR s'intéresse aux actions et initiatives portées par des structures associatives afin de permettre (ou du moins faciliter) l'accès et la circulation, dans les espaces du soin, de ces populations. C'est dans ce cadre que ce rapport de recherche a été cofinancé par l'ANR MIGSAN et le RLG. L'auteure, expérimentée dans le monde de l'accueil des populations en situation de précarité, a en effet été employée comme chargée de mission contractuelle par le RLG pendant trois mois, de septembre à novembre 2017. Les co-auteurs sont sociologue (Anaïk Pian) et géographe (Anne-Cécile Hoyez) ; elles travaillent sur les questions de santé et de migrations et ont coordonné le terrain et la rédaction de ce rapport.

Entre le mois de septembre et de novembre 2017, la Mission Mobile de Soins de Proximité de Médecins du Monde – Alsace et Franche Comté – intervenant sur le territoire de Strasbourg a été l'un des objets d'étude du programme de recherche ANR MIGSAN. Le terrain réalisé s'est appuyé sur une participation observante, des discussions informelles et des entretiens plus formels réalisés avec les bénévoles de la Délégation MDM – Strasbourg (12 à ce jour)³. Interrogeant les modalités de rencontre entre les équipes mobiles et les personnes à la rue, le terrain visait à mieux connaître les actions de « l'aller vers » de Médecins du Monde à Strasbourg. Il s'agissait de saisir les enjeux suivants :

¹ Référence en ligne du programme de recherche ANR MIGSAN : <http://migsan.hypotheses.org>

² Le terme primo-arrivant ne réfère pas ici à la catégorie institutionnelle telle qu'elle est utilisée dans le cadre du Contrat d'Accueil et d'intégration, récemment rebaptisé Contrat d'Intégration Républicaine. Bien que la catégorie de « primo-arrivant » soit difficile à borner (elle désigne toutes les personnes arrivées pour la première fois sur le territoire national, mais n'est ni une réelle catégorie du droit commun ni une catégorie relative à la durée totale du séjour), nous choisissons de l'utiliser pour mettre l'accent sur une population de migrants arrivée récemment en France. Du point de vue de la santé et de la santé publique, se posent notamment la question de l'accès aux soins, des discriminations rencontrées et des possibilités pour cette population de bien connaître et utiliser le système de santé de droit commun. Aux parcours migratoires très éprouvants empruntés (Pian, 2009 ; Laacher, 2010 ; De Wenden, Schmoll, Thiolet, 2015 ; Babels, 2017 ; Canut, Pian et Petit, 2017) par une partie du moins de cette population, s'ajoutent des conditions de vie très précaires une fois arrivé en France, qui accentuent les effets délétères sur la santé.

³ La participation observante a été réalisée par Francesca Ligi, les entretiens en majeure partie par Anaïk Pian. C'est surtout le point de vue des bénévoles dont le rapport présent rend compte.

- Vers quels publics vont en priorité les bénévoles des équipes mobiles ?
- Dans quels domaines du soin et de la santé observe-t-on ces initiatives ?
- Quelles sont les demandes des publics et quelles sont les réponses apportées ?
- Quels sont les enjeux et les limites de « l’aller vers » ?

Le rapport s’intéresse plus particulièrement à la manière dont le public composé de demandeurs d’asile et de déboutés du droit d’asile a progressivement pris une part croissante, durant la période de l’enquête, au sein de la Mission Mobile de Soins de Proximité intervenant à Strasbourg. L’évolution du profil du public pris en charge a contribué à réinterroger, au sein de l’organisation, les principes et finalités des actions menées à l’échelle locale.

Le rapport est organisé en trois parties. La première revient sur l’historique des actions menées par Médecins du Monde, notamment sur le territoire de Strasbourg. Les deux parties suivantes rendent compte des principales actions mobiles actuelles de Médecins du Monde – Strasbourg, qui prennent place dans le cadre de la Mission Mobile de Soins de Proximité. Il s’agit des maraudes auprès des personnes sans domicile (Partie 2) et, à partir d’avril 2017, de l’expérimentation d’une *Clinique mobile* (Partie 3). En conclusion, une synthèse fait état des débats suscités par ces actions à l’intérieur des équipes mais aussi vis-à-vis des partenaires externes. Ces débats se retrouvent dans d’autres délégations régionales, confrontées sur le terrain aux effets de la conjoncture migratoire actuelle, notamment caractérisée par la saturation du dispositif institutionnel de prise en charge des demandeurs d’asile.

PARTIE 1 : LES ACTIONS DE « L'ALLER VERS » DE MEDECINS DU MONDE

Afin de mieux comprendre l'action de Médecins du Monde et surtout son engagement envers les populations les plus éloignées du circuit institutionnel des soins, de l'aide ou de l'assistance sociale, cette première partie est dédiée à l'histoire et l'évolution de l'organisation, en particulier sur le territoire de Strasbourg. Il est à noter que l'histoire de la Délégation est très peu connue par les bénévoles rencontrés, surtout les plus récents. Pendant les entretiens on comprend que ces derniers sont peu au fait des évolutions ayant marqué, à l'échelle locale, les différentes actions sur le terrain.

Médecins du Monde est une organisation française de solidarité internationale à but non lucratif qui relève de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association⁴.

Depuis sa création en 1980, l'organisation a pour objectif d'aller à la rencontre des personnes en situation de vulnérabilité et de précarité. « *L'aller vers* » s'inscrit dans sa philosophie et les pratiques quotidiennes des bénévoles et salariés qui la composent, à la fois à l'international et sur le territoire français. Avec l'ouverture en 1986 à Paris du premier Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), les fondateurs de Médecins du Monde veulent souligner l'importance de l'*assistance de proximité*, dans le domaine de la santé autant que dans celui de l'accompagnement social.

Dans les années suivant la création de Médecins du Monde, d'autres actions de « l'aller vers » sont créées au niveau national. On peut notamment citer *les Missions Bidonvilles* auprès des populations dites Roms⁵, *les Missions Sans-abri* auprès des personnes vivant à la rue, *les Missions Squat* auprès des personnes mal-logées, ainsi que d'autres actions d'éducation à la santé et de prévention à destination de personnes se prostituant ou toxicomanes. Aujourd'hui, en France, 20 CASO et un centre pédiatrique offrent des consultations médico-sociales aux personnes en situation de précarité, et 49 missions mobiles de proximité vont à la rencontre des personnes exclues sur leur lieu de vie et/ou d'activité⁶.

⁴ Référence en ligne de la loi

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570>

⁵ Pour MDM, cette appellation désigne les populations Rom originaires de Roumanie, Bulgarie et Albanie. Sur la catégorisation de la population Rom, voir Potot (2016).

⁶ Référence en ligne de l'organisation Médecins du Monde : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/pays>

La Délégation Régionale de Médecins du Monde Alsace – Franche Comté est créée en 1984, sur l’initiative du Docteur Jean-Marie Haegy (alors responsable du service de réanimation médicale des Hôpitaux civils de Colmar et cofondateur de Médecins du Monde). D’après l’historique disponible au siège de Strasbourg, à ses débuts, la Délégation intervient uniquement à l’international organisant des missions en Somalie, Éthiopie, Mozambique, Roumanie, Russie, Kurdistan, Croatie, Albanie, Kosovo et Bosnie. Il faut attendre 1992 pour que la première mission à destination d’une population spécifique de Strasbourg soit mise en place : il s’agit de la *Mission Toxicomanie* – dite *Mission Rave* – auprès des usagers de drogues. Les actions alors menées visent à limiter les risques de contamination par le VIH-SIDA et les hépatites chez les injecteurs de drogues. Cette Mission a par la suite donné lieu à la création de l’association ITHAQUE, qui deviendra porteuse du concept de salle de consommation à moindre risque ouverte en 2017 à Strasbourg.

I. 1. Le Centre d’Accueil, de Soins et d’Orientation (CASO)

Deux ans après la mise en place de la *Mission Toxicomanie* est ouvert en 1994 à Strasbourg un CASO proposant des consultations médico-sociales pour les personnes en situation de précarité. Le CASO a une triple fonction : soigner, accompagner les usagers dans leurs démarches administratives liées à l’accès aux soins, et témoigner des obstacles rencontrés dans ce cadre. A cet égard, le Rapport de l’Observatoire de l’accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde (2015) note qu’au niveau national, la majorité des patients se présentant dans les CASO n’ont pas de couverture maladie lors de leur première consultation, alors qu’ils y ont droit. A Strasbourg, le CASO est situé au centre-ville. Il est composé d’un bureau d’accueil donnant accès au bureau de l’assistant social, d’une salle d’attente, d’un salon pour les consultations sociales individuelles, d’un cabinet médical, d’une infirmerie, d’un cabinet dentaire, d’une salle pour le stockage des médicaments (la *pharmacie*) et d’un petit cabinet pour le dépistage TROD⁷ et/ou les consultations de spécialistes (psychologue, psychiatre, dermatologue, gynécologue, podologue). Actuellement, le CASO est ouvert tous les matins du lundi au vendredi, et reçoit les personnes sans couverture maladie (personnes en situation irrégulière, ressortissants européens) ou en attente d’ouverture des droits. Plus largement, sont aussi reçues les personnes sans ressources de Strasbourg.

⁷ Ce dispositif est appelé le test de dépistage rapide à orientation diagnostique du VIH (TROD). Pour le faire, une goutte de sang est prélevée au bout d’un doigt à l’aide d’une petite aiguille. Le sang est ensuite mis en contact avec un réactif qui permet de savoir si l’échantillon contient ou non le virus du sida.

Plus tard, en 1998, la Délégation de Médecins du Monde met en place trois nouvelles missions en Alsace :

- la *Mission Centre de rétention administrative* à Geispolsheim qui offre assistance médicale et psychologique aux personnes enfermées ;
- la *Mission Adoption* qui facilite et accompagne les familles alsaciennes dans l'adoption d'enfants étrangers ;
- la *Mission solidarité région Alsace (MISRA)* ou *Mission Hors-Centre* qui a pour objet de repérer les publics en situation de fragilité sanitaire. Cette mission mène des actions de prévention de la santé dans les campements de populations dites Roms aux alentours de Strasbourg

I. 2. Les actions pour les populations dites Roms

Les conditions de vie précaires des populations qui vivent dans des espaces et des lieux délétères pour la santé (bidonvilles et autres lieux d'habitation isolés) sont depuis toujours une priorité pour Médecins du Monde en France. Dans les années 2000, l'organisation a recensé en France plus de 400 bidonvilles habités par environ 20 000 personnes. Médecins du Monde a mis en place auprès de ces populations un suivi médico-social de proximité ainsi qu'un travail d'observation et de témoignage des conditions de vie quotidiennes. En effet, les conditions d'extrême précarité (accès à l'eau limité, menaces d'expulsion permanentes, absence de gestion des déchets, etc.) et les obstacles à l'accès aux soins (barrière de la langue, méconnaissance du système de santé français, etc.) ont des effets préjudiciables pour la santé. C'est pourquoi les consultations médicales *in situ*, les campagnes de vaccinations, l'éducation à la santé et le travail de médiation et d'orientation à destination de cette population sont fondamentales pour Médecins du Monde. De plus, du point de vue de l'organisation, les collaborations avec les institutions, les collectivités locales et les partenaires associatifs sont très importantes pour améliorer la prise en charge des habitants des bidonvilles en matière de santé.

Dans ce cadre, en 1998, Médecins du Monde Alsace - Franche Comté met en place la *Mission Bidonville* avec pour objectif d'aller à la rencontre de ces populations marginalisées, pour les

soigner mais surtout pour les rapprocher du système de soins. Selon le rapport d'activité de la *Mission Bidonville* de la Délégation (2017), en 2010, le nombre de personnes vivant en situation de précarité dans des bidonvilles à Strasbourg est estimé à 450. La même année, un projet d'insertion économique et sociale des personnes dites Roms, en partenariat entre Médecins du Monde, la Ville de Strasbourg et d'autres acteurs de terrain (l'Association Horizon Amitié⁸ et la Croix-Rouge), a été mis en place. Médecins du Monde, qui a commencé à travailler avec les personnes dites Roms de Strasbourg au début des années 2000, a joué un rôle important dans la construction du lien avec les bénéficiaires. Son expertise et sa connaissance des besoins de la population dite Rom de Strasbourg ont été mis à contribution par les institutions pour leur rédaction d'un projet d'insertion professionnelle et sociale *via* la stabilisation dans un logement. Par ailleurs, Médecins du Monde a fait remonter les priorités identifiées sur le terrain en matière d'accès aux soins, d'assainissement des lieux et de scolarisation des enfants jusqu'à un niveau décisionnel, notamment grâce au développement de relations privilégiées avec certains élus.

En 2011, la Ville de Strasbourg en association avec Horizon Amitié, ouvre la première structure temporaire d'insertion destinée à la population dite Roms, *L'Espace 16*⁹. Elle décide dans le même temps de fermer deux bidonvilles. Un an plus tard, un troisième bidonville est fermé et une partie de ses habitants intègre *L'Espace 16*. Les résultats de cette expérimentation sont estimés positifs par la Ville. En 2013, en collaboration cette fois avec la Croix-Rouge, la Ville ouvre une deuxième structure d'insertion. Elle permet la fermeture du « plus grand bidonville de la ville » (expression entendue à Médecins du Monde) avec la stabilisation de 120 personnes dites Roms dans un logement fixe. Sept ans après de l'ouverture du premier espace d'insertion, 450 personnes vivent en logement d'insertion ou personnel. Selon le rapport de la *Mission Bidonvilles* de Médecins du Monde, cette action portée par d'autres partenaires locaux a conduit à la fermeture de la mission en question. Le même rapport signale que, depuis 2010, grâce à ce projet d'insertion sociale et professionnelle, une grande

⁸ D'après son Rapport d'activité 2015, « *Horizon Amitié est une association du champ de l'action sociale, apolitique et laïque, qui souhaite promouvoir l'accueil de toute personne dans le respect des différences et dans la tolérance. L'association a pour but de faciliter aux personnes momentanément privées de travail, de toit ou de conditions de vie décentes, leur réinsertion dans la société et la vie active, par tous moyens moraux et matériels, y compris la création d'entreprises d'insertion* ».

Référence en ligne : <http://www.horizonamitie.fr/download/Rapport-activite-horizon-amitie-2015.pdf>

⁹ L'ESPACE 16, structure temporaire d'insertion pour des familles dites Roms originaires de Roumanie, a été créée le 26 octobre 2011. Ses missions prévoient l'accueil et l'hébergement des familles Roms originaires de Roumanie et en insertion, l'accompagnement social personnalisé et familial dans sa globalité, la gestion du site au quotidien et des actions éducatives et pédagogiques individuelles et collectives.

Référence en ligne : <http://totoutart.org/structure-sociales/horizon-amitie-espace-16.html>

partie de la population dite Rom de Strasbourg a trouvé du travail, a une couverture maladie, un suivi médico-social et tous les enfants continuent à être scolarisés et vaccinés. Dans ce contexte, à partir de 2017, la *Mission Bidonville* de Médecins du Monde décide de prendre fin, n'ayant plus de raison d'être.

La personne responsable de la *Mission Bidonville* à cette période évalue positivement le résultat de l'action menée. La réussite de la *Mission Bidonville* tient, selon elle, à l'impact du travail de médiation rendu possible grâce aux réseaux de connaissances des bénévoles dans le monde politique local. Cependant, elle affirme qu'il existe encore quelques personnes Roms «*non insérées*» dont la présence serait «*tolérée*» par la municipalité. Ces personnes, considérées comme invisibles pendant la journée (il n'existe pas de campements ou d'occupation de terrain), s'installeraient seulement la nuit avec des tentes à proximité de la gare. Toujours selon l'ex-responsable de la *Mission Bidonville*, une action auprès de ces personnes (par exemple le passage des maraudes) ne serait pas nécessaire dans la mesure où il s'agirait souvent d'anciens résidents des structures d'insertion qui, en raison d'une violation du règlement de la structure, en ont été exclus et interdits d'accès. De plus, ces derniers n'exprimeraient pas de demandes auprès des équipes mobiles et si elles sont malades connaissent le CASO. Cette démarche, ce choix et cette réflexion soulèvent alors la question de la différenciation des publics qui se joue ici entre personnes dites Roms et demandeurs d'asile sans hébergement. En effet, ces derniers, à la différence des populations dites Roms, relèvent des compétences de l'État et non de la politique de la Ville : elles devraient donc être prises en charge par l'État et, toujours selon la même interlocutrice, la Mairie ne voudrait pas pallier aux manques du gouvernement¹⁰. Un parcours d'insertion similaire à celui de la population Roms ne lui semble donc pas envisageable pour les demandeurs d'asile à Strasbourg.

I. 3. Aller à la rencontre de la population « SDF » – Les Maraudes

Une autre population à laquelle Médecins du Monde s'intéresse depuis sa création au niveau national est celle des personnes dites sans domicile fixe.

¹⁰ Cf. par exemple la tribune «Face aux flux migratoires, nous, les maires, sommes au pied du mur», publiée le 16 décembre 2017 dans le journal *Le Monde*, à l'initiative de plusieurs maires de France, dont celui de Strasbourg. La tribune dénonce le manque de moyens pour la prise en charge des demandeurs d'asile et la politique de l'Etat en la matière.

L'enquête *Samenta* (Laporte, Chauvin, 2009) montre en effet que les conditions de la vie à la rue ont des effets très délétères pour la santé et que l'exclusion peut entraîner de fortes souffrances psychiques et/ou renforcer des troubles mentaux préexistants. L'enquête révèle qu'un tiers des personnes sans logement souffre de troubles psychiatriques sévères et un cinquième d'une addiction (niveau plus élevé que parmi la population générale). De la même façon, dans son rapport annuel daté de 2015, Médecins du Monde affirme que les personnes sans domicile souffrent de pathologies respiratoires, digestives, et ostéoarticulaires supérieures à la moyenne nationale. Les troubles psychologiques et dermatologiques liées aux conditions de vie à la rue sont importants et les conduites addictives (drogues, médicament ou alcool) sont plus fréquentes que parmi la population générale. Or, conjointement, vivre à la rue fragilise les conditions d'accès aux soins. Le Rapport de l'Observatoire de l'Accès aux Droits et aux Soins Médecins du Monde (2015) insiste sur le renoncement aux soins et/ou le recours aux soins tardifs des personnes vivant à la rue. Les difficultés d'observance des traitements de longue durée et le fort risque de complications médicales sont également pointés du doigt. Ce même rapport relève qu'au niveau national, 89 % des personnes sans domicile consultant dans les CASO de Médecins du Monde n'ont pas de couverture maladie. Les raisons principales tiennent aux obstacles administratifs, à la méconnaissance des droits et des structures, ainsi qu'à l'impossibilité d'obtenir des droits face à une demande de domiciliation administrative.

Dans ce contexte, la *Mission Sans-abri* active depuis 2003 à Strasbourg, va à la rencontre des populations vivant à la rue en leur apportant des biens matériels (couverture, boissons chaudes, etc.) et un réconfort moral. En même temps, cette action vise à mobiliser l'opinion publique et les institutions sur les conditions de vie des personnes non ou mal logées avec une attention particulière portée à leur état de santé.

ENCADRE 1 - SANS-ABRI OU SANS DOMICILE FIXE (« SDF ») : UN DEBAT TOUJOURS D'ACTUALITE

Au cours de l'histoire, les termes « SDF », mendiant, vagabond ou clochard ont été tour à tour utilisés, sans définitions précises, par différents acteurs (politiciens, institutions publiques, médecins etc.). Les personnes relevant de ces catégories ont été analysées sous l'angle des déviations, de la dangerosité, de la biologie, de la maladie mentale (psychiatrie), de la misère, de la déliquescence des liens sociaux, donnant lieu à des lois coercitives (le délit de vagabondage a été supprimé du code pénal français en 1994) et à diverses théories contestables et contestées. Comme le souligne Damon (2003, p. 29) : « l'histoire de la prise en charge des SDF peut ainsi être d'abord envisagée comme une histoire des difficultés à nommer, classer et dénombrer ». D'ailleurs il n'existe pas de définition officielle de cette population dans les textes de loi.

1. *Personne sans domicile* : une définition institutionnelle aux contours flous

Trouver une définition partagée par les différents acteurs politiques et sociaux s'avère difficile.

Au **niveau européen**, le Conseil de l'Europe définit en 1993 la population « **sans logis** » comme « *une personne ou une famille socialement exclue de l'occupation durable d'un logement personnel convenable, c'est à dire personnellement et socialement acceptable* » (Sortir de la rue, 2007).

La Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) qui, collabore avec la Commission européenne, a développé depuis 2005 une typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS –*European Typology on Homelessness and housing exclusion*). Pour la FEANTSA, une **personne sans abri** est une personne qui dort à la rue ou dans des structures d'hébergement d'urgence tandis qu'une **personne sans logement** est une personne disposant d'un abri temporaire dans des structures telles que les foyers ou les logements associatifs et caritatifs.

Selon une étude sur la mobilité, la migration et la misère dans l'Union européenne (*Study on Mobility, Migration and Destitution in the European Union*, 2014), la crise économique a aggravé la situation des sans domicile en Europe, faisant augmenter le nombre total des personnes à la rue, avec plus de jeunes, de femmes et de familles, dont, une grande partie, étrangères (Commission européenne, 2014).

En France, l'INSEE définit dans un rapport daté de 2013 les personnes sans domicile de la manière suivante : « *une personne est dite sans domicile si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de sans-abri), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir, ou dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid).* ».

2. Les définitions sociologiques de la « *question* « SDF » »

Selon plusieurs sociologues (Damon, 2002 ; Rullac, 2006 ; Fijalkow, 2016) la population sans domicile représente « un *concentré* » de plusieurs problèmes sociaux. Être *sans domicile* n'est pas cependant une caractéristique de l'individu mais plutôt une **catégorisation** venant de la société et des acteurs sociaux. Cette catégorisation est chargée de nombreux stéréotypes négatifs. Pour Fijalkow (2016, 10-13) la visibilité de cette population dans l'espace public choque « *la conscience collective* » car « (...) être sans famille et sans logement revient donc à être sans attaches, sans affection, sans descendance et finalement sans morales. Rullac (2006, p. 12) souligne que « *les sans-abri interpellent moins pour eux-mêmes que pour les questions que leurs existences soulèvent dans notre environnement social.* ». Domingo (2007, p. 290) rappelle alors que « *la catégorie « SDF » tend à figer les personnes considérées au sein d'une catégorie sociale unifiée qui ne rend pas compte du caractère extrêmement hétérogène de ses membres tant du point de vue de leurs caractéristiques sociales, de leurs parcours, de leurs stratégies quotidiennes de vie ou de survie, de leur identité propre ou de celle qui leur est assignée.* »

Finalement, tous ces termes – sans domicile, « SDF », sans abri, exclu – désignent « *une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables* » (Sortir de la rue, 2007). Les actions sociales dédiées aux personnes sans domicile sont elles-mêmes hétérogènes : elles regroupent différents acteurs comme les collectivités locales, les associations, l'État et ses politiques publiques. Tous ces acteurs ont des objectifs différents mais complémentaires : accueillir, orienter, nourrir, loger, soigner, accompagner vers l'insertion (ou réinsertion) ou encore réprimer (dans le cadre des contrôles policiers).

I. 4. Les autres actions de « l'aller vers »

Médecins du Monde à Strasbourg ne se limite pas aux actions qui s'inscrivent dans le cadre des Missions CASO, Bidonville, Missions mobiles de soins de proximité. L'organisation met également en place d'autres actions de sa propre initiative ou à la demande des partenaires institutionnels et associatifs, lorsqu'elle estime qu'il faut agir « au cas par cas » (par exemple si elle repère l'installation d'une ou plusieurs personnes dans des lieux non visités par la maraude mais qui nécessitent une prise en charge). Dans ce cadre, Médecins du Monde propose des actions de prévention et d'éducation à la santé, ainsi que des campagnes de vaccinations dans les locaux du Secours Populaire Français par exemple, ou les aires pour les gens du voyage. Le public ainsi rencontré n'est pas tant constitué de personnes sans domicile, mais plutôt de nationaux français éloignés du système d'aide médico-social, possédant une couverture maladie mais ne considérant pas la santé comme une priorité.

En certaines circonstances, Médecins du Monde est directement contacté par les partenaires institutionnels (Ville, État, ARS, Préfecture) au titre de ses compétences en matière de soins. Les équipes mobiles peuvent ainsi intervenir dans les centres d'hébergement d'urgence ou, depuis 2015 notamment et ce qui a été qualifiée de « *crise migratoire* »¹¹, dans les hôtels à la périphérie de Strasbourg, où des demandeurs d'asile sont hébergés par l'État. Entre fin avril et début décembre 2017, Médecins du Monde est intervenu dans plusieurs hôtels et centres d'hébergement gérés par la Ville ou la Préfecture, et accueillant des personnes relocalisées depuis la région de Calais. Ces interventions permettent d'établir un premier diagnostic sanitaire et visent à favoriser l'accès aux soins des personnes ainsi hébergées.

Par ailleurs, d'autres associations intervenant sur le terrain auprès des populations marginalisées peuvent appeler Médecins du Monde pour demander le passage des équipes mobiles, afin de s'assurer des conditions de santé des personnes prises en charge. C'est ainsi que suite aux signalements d'autres associations (en particulier « Strasbourg Action et Solidarité » et « Les Restos du Cœur »), Médecins du Monde est intervenu, sur la période de l'enquête, dans deux campements abritant principalement des demandeurs d'asile et des déboutés. Toutes ces actions, plus ou moins mobiles, menées dans le temps de l'urgence – ce qui caractérise les capacités d'action de l'organisation –, font de Médecins du Monde une

¹¹ Sur la critique de la notion de « crise migratoire », cf. le numéro 111 de la Revue du GISTI, *Quelle « crise migratoire »*, daté de décembre 2016.

référence et un des principaux acteurs dans le domaine des soins pour les populations en situation précaire à Strasbourg.

Les parties qui suivent détaillent les deux principaux terrains d'observation, c'est à dire les deux plus grandes actions qui composent la *Mission Mobile de Soins de Proximité* de la Délégation Médecins du Monde à Strasbourg. En effet, cette unique *Mission*, depuis la fermeture de la *Mission Bidonville* comprend toutes les actions de « *l'aller vers* », dont les maraudes (*Mission Sans Abri*) et l'expérimentation d'une *Clinique mobile* font partie.

PARTIE 2 : LES MARAUDES AUPRES DES PERSONNES SANS DOMICILE

Cette partie décrit les actions menées auprès de la population sans domicile dans le cadre de la *Mission Mobile* de Soins de Proximité de la Délégation Médecins du Monde à Strasbourg. Cette *Mission Mobile* constitue, après le CASO, l'une des actions principales de la Délégation ; pour l'année 2017, elle compte environ 70 bénévoles de tout âge (de 20 à 70 ans) et de diverses professions (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, chefs de projet dans l'associatif, banquiers, serveurs, vignerons, chauffeurs, géologues, psychologues, pharmaciens, retraités et d'autres professions). L'équipe est coordonnée par deux responsables bénévoles et une salariée. Cependant, le noyau le plus actif des bénévoles est constitué d'étudiants et de jeunes professionnels, issus du domaine médical ou social. Ces dernières années, Médecins du Monde a privilégié le recrutement de ce profil de bénévoles avec pour objectif de renforcer les compétences des équipes mobiles en matière de soins primaires et d'accompagnement social. Toutefois, la Délégation doit composer avec un turnover important, la durée d'engagement des jeunes bénévoles excédant rarement deux ou trois ans.

La *Mission Mobile de Soins de proximité* s'inscrit dans le dispositif de veille sociale¹². Ce dispositif met en relation les institutions publiques et les associations délégataires de mission de service public dans le domaine médico-social. Dans ce cadre, les maraudes de Médecins du Monde sont officiellement reconnues par la Ville. Elles agissent également en partenariat avec le 115/SIAO et d'autres associations présentes sur le territoire de Strasbourg (l'Équipe Mobile de Rue de la Ville de Strasbourg, la Croix-Rouge, l'Ordre de Malte, Les Restos du Cœur).

ENCADRE 2 - LE DISPOSITIF SIAO

Les SIAO sont définis par le sociologue Rullac (2011, p. 29) comme « l'organe opérationnel de mise en coordination de l'ensemble des dispositifs du secteur de l'aide à l'hébergement d'insertion ». Quelle est, brièvement, leur histoire ?

En décembre 2007, malgré la mise en place de la loi DALO13 neuf mois plus tôt, le collectif Sortir de la rue dénonce le manque de coordination dans le secteur de l'hébergement et du logement social. Lors de

¹² Institué par la loi relative à la lutte contre l'exclusion de 1998, le dispositif de veille sociale est chargé d'informer et d'orienter les personnes sans abri ou en détresse ([article L345-2 du CASF](#)). Il repose sur les plateformes téléphoniques du « 115 », des accueils de jour et des équipes mobiles (maraudes) qui peuvent être sollicitées par les usagers ou aller à leur rencontre.

¹³ La loi sur le logement opposable du 25 mars 2007 dite loi DALO prévoit la possibilité d'un recours juridique auprès des tribunaux administratifs afin que l'Etat considère la situation des personnes sans domicile ou mal

la Conférence de consensus organisée en collaboration avec les acteurs principaux d'aides aux personnes sans-abris (FNARS, Fondation Abbé Pierre, etc.), le collectif demande une politique publique mieux définie et plus efficace en matière d'accès à l'hébergement et au logement sur l'ensemble des territoires. En 2008, le Rapport parlementaire sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées, présenté à l'Assemblée par Etienne Pinte (Député des Yvelines), dénonce le même besoin et demande la création d'une institution chargée de la coordination de l'hébergement et du logement social. Le rapport préconise un plan départemental pour l'hébergement d'urgence qui nécessite la collaboration de l'État, du département et des institutions locales. Ce rapport marque la naissance de la réflexion autour d'un organisme départemental de gestion de l'hébergement d'urgence et de l'insertion via le logement. Au terme de plusieurs débats, la circulaire du 08 avril 2010 (Circulaire du 8 avril 2010 relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation) signe la création des Services Intégrés d'Accueil et Orientation (SIAO) pour la gestion de l'hébergement d'urgence et d'insertion. Par la suite, la circulaire du 07 juillet 2010 définit la mise en place effective des SIAO, et en attribue la délégation officielle aux préfets (Circulaire DGCS/USH no 2010-252 du 7 juillet 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation).

Selon les missions officiellement définies dans les circulaires ministérielles, le SIAO, qui joue un rôle de régulateur, coordonne au niveau départemental l'ensemble des acteurs intervenant dans le cadre de l'hébergement et du logement social. Il a également un rôle d'observateur social des besoins et demandes d'hébergement, ainsi que de l'évolution de l'accès au logement à l'échelle départementale. Le SIAO n'est donc pas en contact direct avec les usagers. Grâce à la vision d'ensemble des dispositifs d'hébergement d'urgence, d'insertion et du parc du logement, il peut en théorie proposer l'orientation la plus adaptée, selon le principe « du logement d'abord »¹⁴. Pour les personnes qui ne peuvent accéder aux structures d'insertion en raison de leur statut administratif ou d'un trop fort isolement social, le SIAO coordonne leur prise en charge spécifique avec les autres institutions du secteur (par exemple l'OFII, pour les personnes en demande d'asile ou les foyers d'hébergement d'urgence pour les personnes isolées). Toutefois, dans les faits, cette fonction de coordination se heurte à plusieurs limites. Elle est notamment complexifiée par le fait que les acteurs sociaux à qui s'adressent les usagers ne sont pas nécessairement au courant de leurs démarches antérieures auprès d'autres partenaires (Ligi, 2017).

II. 1. Les objectifs de la Mission Sans-abri à Strasbourg

La *Mission Sans-abri* vise à établir un premier contact et à apporter un réconfort aux personnes vivant à la rue. Pour Médecins du Monde, cet objectif général se traduit en trois actions spécifiques.

La première action repose sur la distribution d'aides matérielles (boissons chaudes, petits colis alimentaires, couvertures, sous-vêtements et vêtements chauds pendant l'hiver). Si cette

logées. L'esprit de cette loi repose sur le besoin de loger prioritairement et de façon urgente les personnes discriminées ou exclues du logement de droit commun. Cette loi peine néanmoins à s'appliquer et montre plusieurs écueils : condamnations de l'Etat non suivies d'effets, sélection de plus en plus stricte des requérants et hiérarchisation des « prioritaires », risques de ghettoïsation suite aux nombreux relogements au titre du DALO dans les quartiers populaires (Weill, 2017)

¹⁴ Le « *logement d'abord* » diffère des autres politiques d'aide aux sans-abris car il attribue directement un logement stable aux personnes sans domicile. En d'autres termes, le « logement d'abord » donne aux personnes sans domicile un logement avant toute autre chose ; il « sépare » le logement et l'accompagnement. Cette « séparation » signifie que les personnes sans domicile bénéficient immédiatement d'un logement stable sans devoir pour autant engager un suivi médical, médico-social ou social. Les services de « logement d'abord » fonctionnent selon une approche de « réduction des risques » qui vise à stabiliser et à réduire les problèmes de santé mentale ainsi que la consommation problématique de drogues et d'alcool le cas échéant. Les services de « logement d'abord » adoptent une approche tournée vers le rétablissement qui encourage les personnes sans domicile à renoncer à d'éventuels comportements nocifs, et ne visent pas la guérison. » (Pleace, 2011).

action recoupe les missions d'autres associations investies dans la distribution d'aides alimentaires et de vêtements (Secours Populaire, AbriBus et les Restos du Cœur notamment), pour Médecins du Monde, toutefois, ces aides matérielles doivent surtout permettre de créer un lien de confiance, en vue d'orienter les publics vers un accompagnement médico-social. Il reste que la plupart des personnes rencontrées par les maraudeurs reste surtout en demande de biens matériels (couvertures, duvets, produits d'hygiène) et de nourriture.

La seconde action des maraudes consiste à orienter les personnes sans domicile vers les services d'aides sociales les plus adaptés. Ainsi, sans que cela réponde nécessairement à un besoin exprimé, les bénévoles conseillent souvent aux personnes rencontrées de prendre contact avec un assistant social de secteur ou de se rendre dans une association *a priori* compétente au regard de leur situation (par exemple une association qui s'occupe de l'accompagnement social des jeunes, des femmes ou des personnes étrangères). Ils peuvent également les orienter vers la PASS ou le CASO de Médecins du Monde, si une prise en charge en matière de santé est estimée nécessaire.

Enfin, la troisième action des maraudes vise à assurer la veille sanitaire des personnes à la rue. Cette veille sanitaire s'effectue par un travail de sensibilisation et de prévention ainsi que par un travail d'éducation à la santé, à travers la distribution de « bons douches », de produits d'hygiène, de préservatifs ou de kits Steribox pour l'injection à moindre risque.

II. 2. L'organisation des maraudes

De septembre à juin, les équipes sortent en principe deux fois par semaine, le mercredi et le samedi soir. Pendant les mois les plus froids, une sortie supplémentaire par mois est organisée le dimanche soir. En revanche, durant la période estivale, la faible disponibilité des bénévoles engendre une réduction des sorties, alors limitées à une par semaine (le vendredi soir).

La préparation de chaque sortie commence vers 19h30, heure à laquelle les bénévoles arrivent à la Délégation de Médecins du Monde située au centre-ville. La préparation consiste à récupérer le camping-car au dépôt, à faire chauffer des boissons chaudes et de la soupe, conditionnées dans des thermos, ainsi qu'à s'occuper de l'approvisionnement des denrées alimentaires fournies par la Banque Alimentaire. Des stocks de produits d'hygiène, des sous-vêtements, des vêtements chauds, des couvertures et des sacs de couchage sont également constitués. La quantité des produits à emporter est évaluée par les bénévoles selon le nombre

de personnes rencontrées pendant la sortie précédente, mais aussi en fonction des signalements transmis par le 115 et les autres partenaires de la veille sociale. Cependant, il arrive souvent que les équipes se retrouvent sans matériel avant la fin de la maraude. Tout au long de la sortie, les bénévoles sont donc censés mesurer les quantités de produits distribués. Ce faisant, ils sont amenés à opérer un double arbitrage. Celui-ci porte à la fois sur le type d'aide à distribuer (par exemple : couverture ou vêtements) et sur le ciblage des bénéficiaires (à qui les donner en priorité ?).

Les équipes, qui peuvent varier d'une maraude à l'autre, sont constituées par la coordinatrice de la *Mission Mobile des Soins de Proximité*. Elles comportent au minimum quatre personnes (et un maximum de 5, en raison du nombre de place dans le camping-car affrété). Elles sont constituées d'un chauffeur, d'un référent (c'est-à-dire un bénévole expérimenté) et, si possible, d'un bénévole professionnel de la santé (médecin, infirmier, pharmacien, etc.). Les autres bénévoles de l'équipe ont un rôle dit d'accueillants : ils sont notamment chargés de l'orientation vers les services et les associations d'aides sociales de Strasbourg. Quand une équipe est incomplète, la coordinatrice relance les bénévoles pour s'inscrire à la sortie. En cas de manque des bénévoles, la sortie peut être annulée.

Le fait que la *Mission sans Abri* soit conditionnée par les disponibilités des bénévoles entraîne le risque de générer une activité irrégulière, qui peut avoir un impact négatif sur l'ensemble du système de veille sociale. En effet, l'annulation d'une maraude à la dernière minute met en difficulté les publics qui attendent le passage de l'équipe mobile. Mais elle met également en difficulté les autres acteurs institutionnels (par exemple le 115) ou les autres maraudes faisant partie de la veille sociale, et qui se retrouvent à devoir pallier et justifier cette absence inopinée. Lors des entretiens, des bénévoles ont insisté sur le fait que les personnes les plus habituées au passage de Médecins du Monde peuvent exprimer un fort mécontentement si la maraude est reportée. Or, ces reproches sont adressés aux équipes de la sortie suivante, qui se chargent alors de le signaler à leurs collègues, afin que les maraudes suivantes prennent en compte les demandes de passage ainsi exprimées.

Les maraudes ne suivent pas, à Strasbourg, un parcours nécessairement prédéfini. Cette flexibilité et autonomie sur le terrain sont censées permettre de répondre aux urgences et d'élargir le nombre de personnes rencontrées. Les équipes décident des lieux de passage en

fonction des signalements qui leur sont adressés par le 115¹⁵ ou d'autres acteurs de la veille sociale. Ils prennent également en compte les transmissions effectuées par les bénévoles de la maraude précédente. Mais, de fait, le choix du parcours est également orienté par les « habitudes de travail » des membres de l'équipe et les priorités qu'ils définissent.

En effet, une routine s'installe dans les lieux visités et la cartographie de la maraude. Cette routine est liée, tout d'abord, à la forte demande de passage dans des lieux très fréquentés et connus des personnes vivant à la rue (le centre-ville ou la gare par exemple). Elle est, ensuite, liée à la sensibilité des maraudeurs à l'encontre de populations spécifiques, qui ne sont pas prises en charge par d'autres associations : c'est notamment le cas des personnes – pour la plupart des ressortissants européens – campant à côté de la Cour des Droits de l'Homme, située à l'extérieur du centre-ville. De la même façon, choisir de s'arrêter pour distribuer des préservatifs aux femmes travailleuses du sexe ou se rendre dans un nouveau squat, dépend de la sensibilité des membres de l'équipe et de sa capacité à convaincre les autres maraudeurs de la nécessité de cette action. En effet, les décisions quant au parcours à suivre font l'objet de concertation collective, même si la voix des plus anciens a souvent plus de poids que celle des nouveaux bénévoles.

ENCADRE 3 : « LES CARRIERES DE SURVIE DES PERSONNES » VIVANT A LA RUE

Plusieurs études sociologiques (Damon, 2002 ; Pichon, 2007 et 2014) sur la question SDF ont tenté de mieux cerner les caractéristiques de cette population hétérogène. Elles se sont aussi intéressées aux formes de sociabilités de la vie à la rue et les rapports entretenus par les intéressés avec le reste de la société (institutions, opinion publique, habitants du quartier, etc.). Ainsi, pour le sociologue Damon (2002), à l'instar du psychologue Vexliard (1998), les approches mettant en avant l'isolement extrême, l'impossibilité à agir et la désocialisation de toutes les personnes vivant à la rue, sont réductrices. Plutôt qu'un processus de désocialisation « irrémédiablement involutif », Damon met en avant la dynamique complexe et évolutive qui, entre socialisation et désocialisation, marquent les parcours de vie à la rue : ce couple socialisation/désocialisation écrit-elle (Damon, 2002, 60), « a pour moteur une dynamique générale d'intégration et de non-intégration, de décomposition et de recomposition des identités. (...) En bref, quel que soit le temps passé à la rue, on trouve toujours des capacités d'action. Les très grands exclus ne sont jamais dans une situation de totale anomie ».

Zeneidi-Henry (2002) explicite les liens entre la rue et la condition habitante des SDF dans une « géographie du savoir-survivre » : entre visibilité et invisibilité dans l'espace public, elle retrace le sens de ces vies humaines qui se jouent à la rue et parfois en hébergement d'urgence. Dans le même type de perspective, Pichon (2007) parle de carrière de survie et montre comment les personnes SDF construisent une façon de vivre adaptée aux lieux qu'ils fréquentent, accompagnée d'un système de relations et de pratiques leur permettant de répondre à leurs besoins primaires. Elle affirme qu'il existe un processus de « ré-socialisation dans le milieu des pairs, autrement dit, une acculturation au monde de la rue, ses expédients et ses modes de débrouille » (Pichon, 2014). La ré-socialisation, souligne-t-il, se

¹⁵ Médecins du Monde comme il le sera explicité un peu plus loin, dispose en effet de quelques places d'hébergement d'urgence, alloués par le 115

développe aussi au sein du circuit d'assistance, à partir des réseaux relationnels que les personnes sans domicile construisent avec et auprès des intervenants sociaux, agents administratifs, médecins, maraudeurs...

II. 3. Un difficile travail de recensement du public bénéficiaire

Une moyenne de 70 personnes est rencontrée par maraude. Ce nombre varie toutefois selon la durée de la sortie, les lieux visités, les signalements institutionnels ou citoyens, les aléas de la météo, le bouche-à-oreille entre les bénéficiaires, etc.

Il n'existe pas, lors des maraudes, de formulaire détaillé pour le recueil de données sociographiques et sanitaires. Les équipes ont à disposition un cahier de liaison où elles essaient de noter systématiquement le prénom (ou surnom) des personnes rencontrées, son sexe, l'heure et le lieu de rencontre ainsi que le type de service fourni selon la demande exprimée. La nationalité et la situation administrative et sociale ne sont pas toujours renseignées car ces données impliquent d'avoir une discussion plus approfondie. En outre, la communication peut être rendue difficile par un état psychique altéré ou la barrière de la langue, pour les étrangers ne parlant pas français. La particularité du public rencontré (une population très mobile et changeante), la temporalité de l'action des maraudes sur place (soumise à une temporalité de l'urgence et du moins, au temps limité de chaque arrêt) rendent difficile un recueil systématique des informations. De plus, d'une maraude à l'autre, les bénéficiaires peuvent donner des réponses différentes concernant leur statut administratif. D'autres ne veulent pas dévoiler leur identité. Cependant, des informations peuvent être échangées entre les différents acteurs de la veille sociale (le 115/SIAO, l'Équipe Mobile de Rue de la Ville de Strasbourg, la Croix-Rouge, l'Ordre de Malte, Les Restos du Cœur, Médecins du Monde) grâce aux bilans respectifs effectués¹⁶. Ces bilans, échangés entre les partenaires, peuvent permettre de recueillir des informations sur la prise en charge d'une personne afin par exemple de demander à la maraude suivante de se rendre sur un lieu spécifique. Ils servent aussi, comme on le verra, à signaler les demandes d'hébergement au 115 (celles qui ont obtenu une réponse positive et celles non satisfaites).

Dans leur travail de recensement, les équipes mobiles de Médecins du Monde – Strasbourg, opèrent notamment une distinction entre deux grandes catégories de personnes, au regard de leur situation familiale. Comme le montrent les bilans ci-dessous, concernant les maraudes

¹⁶ Cf. annexe, Exemple Bilan Maraude.

réalisées entre début septembre 2017 et fin novembre 2017, il s'agit d'une part, des personnes isolées, quels que soient leur sexe, leur âge et leur nationalité ; d'autre part des familles qui sont principalement étrangères et déboutées de la demande d'asile.

Figure 1. Liste des observations et éléments de comptage

Date	Durée	Personnes isolées	Personnes en famille	Total
02/09/2017	20h10 - 00h40	46	34	80
06/09/2017	20h30 - 1h30	49	33	82
09/09/2017	20h15 - 00h15	33	46	79
13/09/2017	20h30 - 00h40	25	22	47
16/09/2017	20h30 - 1h30	29	13	42
20/09/2017	20h30 - 1h30	36	31	67
23/09/2017	20h40 - 1h35	42	30	72
30/09/2017	20h25 - 2h15	33	41	74
04/10/2017	20h10 - 2h00	53 + 1 MNA	45	99
07/10/2017	20h00 - 00h00	37	41	78
11/10/2017	20h00 - 1h00	33	36	69
14/10/2017	20h45 - 1h45	47	42	89
18/10/2017	20h30 - 2h15	30	36	66
21/10/2017	20h30 - 1h15	45	47	92
25/10/2017	20h30 - 2h10	24	41	65
28/10/2017	21h00 - 00h45	24	40	64
08/11/2017	21h00 - 2h00	36	45	81
11/11/2017*	20h30 - 2h20	29 + 1 MNA	82	112
15/11/2017	20h10 - 1h00	32	37	69
18/11/2017	20h30 - 2h40	37 + 1 MNA	32	70
22/11/2017	20h30 - 1h30	30 + 1 MNA	48	79
25/11/2017	20h25 - 2h15	31	51	82
29/11/2017	20h15 - 1h30	46	37	83

* Événement qualifié d'exceptionnel : le nombre de personnes en famille est très important car la maraude est passée voir un petit campement installé devant un centre d'hébergement. En effet dans le cadre du plan

hivernal¹⁷, les maraudes de MDM avaient à disposition deux places pour des femmes sans domicile dans le centre d'hébergement à proximité duquel le campement venait de s'installer. Ainsi, quand la maraude de Médecins du Monde a accompagné une femme au Centre d'Hébergement d'Urgence, l'équipe a décidé de s'arrêter pour s'assurer de l'état de santé des personnes présentes dans le campement, constituées notamment de familles en demande d'asile ou déboutées du droit d'asile. Il reste que ce type d'action ne relève pas normalement du rôle de la maraude, mais plutôt celui de la *Clinique mobile* ou d'une équipe expressément mobilisée et composée par des bénévoles médicaux.

Selon les bénévoles qui participent à la mission mobile depuis plusieurs années, l'évolution des flux migratoires à Strasbourg a profondément changé le nombre ainsi que le profil des publics vus par les maraudes sur le territoire strasbourgeois. Alors qu'il y a deux ans encore, la population rencontrée à chaque sortie s'élevait à environ 20 personnes – et était en majorité de nationalité française –, aujourd'hui, comme on l'a souligné, ce chiffre s'élève à une moyenne de 60-70 personnes. Parmi cette population, le public étranger est de plus en plus nombreux, mais aussi plus jeune et féminisé, avec la présence de familles accompagnées de jeunes enfants. Si ce changement ne modifie pas les objectifs des maraudes en termes de participation à la veille médico-sociale des personnes à la rue, il implique cependant un changement d'approche pour les équipes. L'intervention auprès de cette population renouvelle en effet le rapport aux institutions (Ville, département, préfecture) et implique une adaptation continue au contexte administratif et légal (le connaître, le comprendre, se former, en suivre les évolutions réitérées). Ces connaissances sont nécessaires aux maraudeurs pour pouvoir répondre au mieux aux besoins identifiés sur le terrain, proposer des orientations mais aussi constater l'existence de manquements au droit (par exemple, dans le cas d'une famille en demande d'asile à la rue, alors qu'elle devrait être hébergée dans le cadre du dispositif national d'accueil dédié).

ENCADRE 4 : LES FAMILLES A LA RUE ET L'HEBERGEMENT D'URGENCE

Il ne relève pas des missions des centres d'hébergement d'urgence d'accueillir des familles avec enfants. Aussi, les familles déboutées du droit d'asile, tenues de quitter les structures d'hébergement dédiées aux demandeurs d'asile, se retrouvent à la rue sans aucune perspective immédiate de logement. A Strasbourg, la mise en place d'un suivi social devient très difficile voire impossible pour ces familles car les assistants sociaux rattachés à la Ville ont la consigne de ne pas les prendre en charge. Cette consigne est justifiée par une impossibilité d'insertion du fait de leur absence de titre de séjour et du fait qu'elles ne sont pas considérées comme résidentes : elles ne relèveraient donc pas des dispositifs liés au

¹⁷ A partir du 1^{er} novembre de chaque année l'Etat finance un nombre de places supplémentaires en hébergement d'urgence car il considère que les personnes vivant à la rue font face à des difficultés supérieures. Le territoire de Strasbourg cet année a pu bénéficier d'environ 50 places en plus pour les personnes isolées et d'environ 80 places pour les familles.

territoire municipal. Comme le souligne Ferré (2015, p. 21) dans son analyse de la situation des personnes déboutées : « le dispositif généraliste est confronté à l'accueil d'une population sans titre de séjour dont une partie n'est "ni régularisable ni expulsable". L'accueil de cette population sans perspective d'insertion pose au dispositif généraliste un problème insoluble ».

Pour ces familles, la seule possibilité d'accompagnement social se réduit à une prise en charge par des associations caritatives et d'aide sociale. Elles peuvent, par exemple, être prises en charge par l'assistant social du CASO, mais seulement si elles ont un suivi médical à Médecins du Monde. Cependant, ces familles peuvent appeler le 115 pour s'enregistrer et se signaler sans solution d'hébergement. Ce travail de recueil de données permet au SIAO 67 de signaler la situation précaire d'environ 30/40 familles par mois (rapport d'activité SIAO 67, 2016) présentes sur le territoire strasbourgeois, et de solliciter auprès de l'État des places d'hébergement dédiées pendant la période hivernale. Ces places, ponctuellement mises à disposition, rentrent dans le cadre des dispositifs Logement pour Familles en Transit (LOFT) et Dispositif d'Hébergement d'Urgence pour les Familles (DHUF). Ces dispositifs visent premièrement à donner une solution d'hébergement aux familles dites « aux droits incomplets » (expression notamment utilisée par le SIAO et le département) mais qui finalement deviennent des solutions de logement à long terme pour toutes les familles qui ne relèvent pas de l'insertion. Lévy-Vroelant (2006, p. 10) commente ainsi cette pratique : « *Les dispositifs institutionnels d'hébergement, leur fonction est néanmoins dévoyée si, de logement de passage, ils deviennent les lieux d'un séjour qui s'éternise. Le maintien durable de leurs occupants révèle les dysfonctionnements qui affectent l'ensemble du parc "ordinaire" ».*

L'absence de possibilité de prise en charge par les CHU ne concerne pas seulement les familles déboutées, mais toutes les familles, y comprises celles dites de droit commun. Par ailleurs, si pour les familles en demande d'asile primo-arrivantes l'hébergement hôtelier est assuré par l'État (après le rendez-vous au GUDA), théoriquement, le système d'hébergement d'urgence du Bas-Rhin ne permet pas la mise à l'abri des familles hors demande d'asile, car tout hébergement pour les familles (étrangères hors demandeurs d'asile ou françaises) est soumis à l'approbation et au financement du Département. Il ne peut donc pas être déclenché en urgence.

II. 4 Les maraudeurs à l'épreuve des demandes d'hébergement

Si les maraudeurs ont pour mission d'aller à la rencontre des personnes à la rue dans un souci de réconfort, d'orientation et de veille sociale, la problématique de l'hébergement interpelle de plus en plus leur rôle sur le terrain.

- Gérer et distribuer les quelques places allouées dans des foyers d'hébergement d'urgence : de la difficile voire impossible « justice sociale »

Médecins du Monde dispose de quelques places réservées dans les foyers d'hébergement d'urgence à destination des personnes isolées¹⁸. Or, depuis quatre ans, le choix de ces attributions relève du pouvoir de décision des équipes sur le terrain sans, pour autant, qu'il y ait de lignes directives claires au niveau de la Délégation. Les attributions sont, de fait, laissées à l'appréciation des bénévoles qui se sentent souvent démunis face à l'impossibilité de répondre à l'ensemble des sollicitations qui leur sont adressées.

¹⁸ Il s'agit de 4 places hommes pendant l'été, et de 4 places hommes plus 2 places femmes pendant l'hiver.

Certains bénévoles font le choix de garder les places d'hébergement pour les personnes rencontrées à la gare, généralement le dernier lieu visité par la maraude. En effet, la gare est l'endroit où se concentre le plus grand nombre de personnes sans domicile à Strasbourg. D'autres bénévoles, en revanche, préfèrent distribuer les places aux premiers demandeurs en début de maraude, afin de ne plus avoir à gérer cette question par la suite. Dans ce cas, l'évaluation du degré de vulnérabilité n'est pas le critère majeur d'attribution, qui répond plutôt à un souci pragmatique : éviter les débordements. La gestion de la distribution des places est en effet particulièrement compliquée à la gare, où les sollicitations se font en nombre, au même moment et sur le même lieu. Non seulement les bénévoles doivent choisir parmi 10 voire 15 personnes en demande d'hébergement, mais ils doivent justifier leurs choix auprès de l'ensemble des demandeurs présents. Or, il n'y a pas, comme on l'a souligné, de critères bien établis de sélection. En fonction des sensibilités des bénévoles mais aussi de leurs représentations de la vulnérabilité, la priorité peut être donnée aux personnes les plus âgées, à celles semblant les plus « fragiles » ou en mauvais état de santé ou encore à celles vivant depuis peu à la rue, et perçues comme peu socialisées aux « stratégies de survie ». Selon les cas, les décisions sont prises de manière individuelle par le bénévole assurant le lien avec le 115, ou de manière collégiale. Le soutien de l'équipe est en effet parfois recherché face à des choix « impossibles ». Comme le souligne en entretien un bénévole : « il ne s'agit plus de se demander : *“C'est « qui » que je vais héberger ce soir ?”* mais : *“C'est « qui » que je vais laisser dehors ?”*... ».

Ces différentes stratégies d'attribution impliquent une approche différenciée à l'égard des demandeurs comme du 115. Lorsque les places sont par « commodité » distribuées en début de maraude, le lien avec le 115 sert uniquement à informer l'institution de la décision prise. Lorsqu'elles sont distribuées de manière plus échelonnée ou en fin de maraude, les équipes prennent plus directement en compte les informations transmises par le 115 quant au repérage de personnes éligibles (lieu où les demandeurs ont dormi récemment ; identification ou non par les services sociaux, etc.).

Il reste que face au fort décalage entre les demandes et l'offre d'hébergement d'urgence, de nombreux bénévoles s'interrogent sur le rôle de Médecins du Monde dans ce dispositif. Ont-ils les compétences pour effectuer le tri qui, de fait, s'impose du fait de la rareté des places disponibles ? Cela relève-t-il de leur responsabilité ? Quelle est leur légitimité en la matière ?

Ces interrogations sur le sens de l'action menée sont rarement débattues au cours des sorties où prime l'urgence de l'action. Ces réflexions font également rarement l'objet d'échanges approfondis à l'issue des maraudes. En effet, les missions se finissent tard dans la nuit et, après 4 ou 5 heures d'intervention, les bénévoles ont hâte de rentrer chez eux après avoir rangé le matériel et terminé le bilan. Certes, au sein des équipes, un briefing est souvent prévu avant le début de la sortie. Mais l'espace de discussion collective est très réduit. Il se limite aux réunions qui se déroulent une fois tous les deux mois à la délégation, en présence des bénévoles, des responsables et des salariés de Médecins du Monde. Durant ces réunions, les échanges concernent surtout l'organisation pratique des sorties. Elles portent essentiellement sur la gestion des stocks (alimentaire, des vêtements ou des produits d'hygiène) en maraude, les trajets à suivre ou encore les relations avec le 115/SIAO et les autres acteurs de terrain (par exemple avec la Police Nationale et le département pour la prise en charge des mineurs non-accompagnés)¹⁹.

Si ces discussions sont fondamentales pour organiser et cadrer *a minima* les maraudes, elles ne répondent pas au besoin exprimé par certains bénévoles de pouvoir échanger sur leurs ressentis et expériences dans un cadre formalisé par l'association²⁰. Or, ce qui interpelle de plus en plus les bénévoles, ce sont aussi les sollicitations des familles déboutées de la demande d'asile, rencontrées en maraude.

- Enregistrer les demandes d'hébergement des familles déboutées de la demande d'asile : une action relevant du rôle de la maraude ?

Les familles n'ont aucune possibilité d'être hébergées *via* les maraudes de Médecins du Monde, qui dispose, comme on l'a souligné, de quelques places d'hébergement d'urgence exclusivement à destination des personnes seules. Or, d'expérience et/ou par les réseaux du bouche à oreille, les familles sont très vite au fait de leur non éligibilité aux critères d'attribution.

Cependant, elles s'attachent à se faire signaler dans les bilans effectués par les équipes sur le terrain. Elles appellent le 115 (qui fait le lien entre les équipes mobiles et les usagers) parfois plusieurs fois par jour, pour demander le passage des maraudes. Or, les bénévoles

¹⁹ Lorsque les maraudeurs identifient des mineurs non accompagnés ils appellent, selon la procédure établie, la police nationale pour sa prise en charge (la brigade des mineurs n'intervient pas la nuit).

²⁰ Le besoin d'échanges formalisés, réitérés par certains bénévoles particulièrement engagés sur la période d'enquête, donnera lieu à la mise en place, début 2018, de groupes d'analyse de pratiques, animés par un psychologue. De la même façon, des sessions de formations sur des aspects administratifs et législatifs sont mises en place.

s'interrogent sur l'utilité de passer voir ces familles signalées par le 115, et dont la plupart sont déboutées du droit d'asile. En effet, mis à part une éventuelle prise en charge pendant la période hivernale, l'hébergement leur est difficilement accordé par le SIAO, malgré des signalements répétitifs. Pour certains bénévoles, le travail d'enregistrement alors effectué est inutile et représente une perte de temps, détournant la maraude de ses priorités. Car si la maraude a bien un objectif d'orientation, ce sont souvent les mêmes familles que les bénévoles rencontrent d'une sortie à l'autre. Certaines familles sont mêmes décrites comme étant plus au fait que les maraudeurs des rouages du système administratif et social. Ainsi, certains maraudeurs ont l'impression que les familles « *volent* » du temps mais aussi des biens matériels (boissons chaudes, produits d'hygiène, etc.) aux autres personnes sans domicile. Des bénévoles relèvent en outre que les familles semblent toujours bien habillées et leurs conditions hygiéniques moins précaires que d'autres publics rencontrés. En outre, elles ne demandent ni vêtements chauds ni couvertures, mais seulement des boissons chaudes et des produits d'hygiène de base (shampoing, crème, gel douche). L'image renvoyée par ce public aux maraudeurs n'est pas donc l'image stéréotypée d'une personne sans domicile, dormant à la rue. Ce doute quant à la nécessité de l'assistance rend les demandes exprimées d'autant moins légitimes aux yeux de certains. D'aucuns s'interrogent si la prise en charge de cette population relève de la mission de Médecins du Monde. Les bénévoles cherchent dans ce contexte à mieux cerner la situation de ces familles, en échangeant directement avec elles ou en mobilisant le réseau de la veille sociale.

Les rapports avec les familles concernées, d'autant plus en présence de bébés et de jeunes enfants, sont souvent difficiles gérer pour les maraudeurs, surtout les moins expérimentés. Après parfois plusieurs heures d'attente depuis leur appel au 115, les familles, qui se rassemblent généralement près de l'Eurométropole, se précipitent à l'approche du camping-car. Assistant à de telles scènes, il arrive que des citoyens de passage s'en prennent aux équipes en accusant Médecins du Monde de laisser les enfants à la rue. Dans ce type de situation, les bénévoles tentent d'expliquer que leur rôle n'est pas d'héberger, mais de donner aux personnes à la rue de quoi manger et se réchauffer, de les orienter et les signaler auprès des institutions compétentes, afin de leur garantir une prise en charge médico-sociale. Toutefois, dans les représentations collectives, l'organisation est parfois perçue comme partie liée aux institutions publiques.

Si pour certains membres de Médecins du Monde, les familles – pour la plupart déboutées – font désormais partie du public de la *Mission Sans-abri*, d'autres s'interrogent sur le bien-fondé de leur action auprès de cette population.

ENCADRE 5 : « BON ET MAUVAIS PAUVRE », LA CRITIQUE SOCIOLOGIQUE

Les travaux sociologiques qui se sont intéressés à la pauvreté ont montré comment les politiques sociales reposent sur des processus de distinction, de classement et de hiérarchisation des bénéficiaires des aides. Paugam (2008) et Dorival (2012) soulignent que les acteurs intervenant auprès de cette population (que ce soit dans une logique d'assistance, de protection ou de contrôle) établissent une distinction entre les personnes qui feraient des efforts pour sortir de leur condition - catégorisées comme « bon pauvres » - et celles soupçonnées de profiter du système d'aides et de s'en remettre à l'assistanat – les « mauvais pauvres ».

L'historien Gueslin (2013) montre que dans le passé le mauvais pauvre était celui qui ne voulait pas travailler et ne faisait pas de démarches pour améliorer sa situation sociale et économique. A partir des années 1970, dans un contexte de crise économique et d'augmentation du taux de chômage, le manque de travail est davantage perçu, dans les représentations collectives, comme une conséquence de la crise que comme un choix. La différence entre « bon » et « mauvais » pauvre dépend aussi du fait que la personne soit connue par les institutions et la société. Pour Gueslin (2013) le « bon » pauvre est « reconnu et reconnaissant » : reconnu car il fréquente tous les services d'aide et reconnaissant parce qu'il montre un désir de réinsertion. Par ailleurs, Gueslin (2013) souligne que le fait d'avoir un lieu de résidence est essentiel dans la construction de la séparation entre « bon » et « mauvais » pauvre. La personne vivant à la rue est une personne que les institutions ne peuvent pas joindre facilement et donc qui ne peut pas répondre de ses actions. Il reste que la séparation entre « bons » et « mauvais » pauvres repose sur des « appréciations individuelles variées » (Damon, 2003) des acteurs participant à la définition et mise en œuvre des politiques sociales. Comme le résume Damon (2002, p. 29) : « (...) tout le monde face aux SDF raisonne en séparant la population entre ceux pour lesquels il est jugé légitime (ou seulement possible) d'intervenir et les autres. Certaines sous-populations de sans-abri, les familles, les malades mentaux, les enfants, provoquent plus d'indignation. D'autres comme les "profiteurs", les "professionnels" sont critiqués. ». Pour les décideurs, il est important de pouvoir justifier les investissements publics en faveur de l'insertion (ou réinsertion) des personnes à la rue.

PARTIE 3 : L'EXPERIMENTATION D'UNE CLINIQUE MOBILE

La mise en place d'une *Clinique mobile* à la fin du mois d'avril 2017 n'est pas une action innovante en elle-même car la *Mission Bidonvilles* décrite plus haut, fonctionnait sur le même principe. Des équipes bénévoles composées par des professionnels de la santé et des *accueillants* formés *a minima* à l'accompagnement social allaient à la rencontre des populations Roms sur leurs lieux de vie, en proposant des consultations médicales. A préciser par ailleurs, que la Ville de Strasbourg gère également des équipes mobiles de rue, composées toutefois d'un seul infirmier et ne dispensant pas de consultations médicales sur place. La nouveauté dont relève la *Clinique mobile* sur le territoire strasbourgeois est donc la pratique médicale dans la rue, à destination de publics mobiles et précaires. Il s'agit d'un dispositif local, pensé par Médecins du Monde Strasbourg sur son territoire d'action, qui n'est pas forcément réitéré (et n'a pas nécessairement pour objectif de l'être) dans les autres villes dans lesquelles intervient l'association. Par ailleurs, la mise en place de la *Clinique mobile* suit la fermeture de la *Mission Bidonville*, ce qui a permis de mobiliser sur ce nouveau terrain les médecins et les infirmiers alors disponibles. En décembre 2017, la *Clinique mobile* compte 37 bénévoles (dont 21 médicaux et 16 non-médicaux) qui interviennent de manière tournante.

III. 1. Les objectifs initiaux de la Clinique mobile

La mise en place de la *Clinique mobile* s'appuie sur le constat, établi lors des Missions Sans Abri, de l'état de santé très précaire des personnes rencontrées lors des maraudes, et leurs difficultés à s'adresser aux structures médico-sociales de droit commun.

Dans ce contexte, la *Clinique mobile* répond initialement à un double objectif. Le premier est de faciliter l'accès aux soins des personnes ne bénéficiant pas d'une prise en charge médicale et dont l'état de santé est manifestement dégradé. Pour atteindre cet objectif, trois actions sont prévues : des soins généralistes, un travail d'information et d'orientation vers le système dit de droit commun, et des actions de préventions et sensibilisation sur l'importance de la santé, dans de meilleures conditions que lors des maraudes, se déroulant de nuit. Le deuxième objectif de la *Clinique mobile* est de recueillir des données de terrain quantifiables afin de développer un plaidoyer, ciblé sur l'adaptation nécessaire des structures de santé aux besoins des personnes à la rue. Dans cette perspective, la *Clinique mobile* constitue un support pour

témoigner des obstacles d'accès aux soins rencontrés par les personnes en situation de grande précarité.

III. 2. Le choix des lieux et l'organisation des sorties

Dans le cadre de la *Clinique mobile*, les consultations médicales ont lieu tous les dimanches pendant environ 4 heures (en alternance, une semaine sur deux, le matin ou le soir). Elles sont effectuées par des équipes constituées au minimum de quatre personnes : deux bénévoles professionnels de la santé dont obligatoirement un médecin, et au moins deux « accueillants »²¹ chargés de réaliser un premier entretien social avec les usagers sollicitant la clinique, comme il le sera détaillé plus loin.

Le médecin, accompagné d'un binôme qui peut être soit un infirmier soit un autre médecin, tient les consultations dans un camping-car aménagé pour l'occasion en cabinet médical²². Le matériel médical utilisé se compose des instruments médicaux de base pour les soins primaires, du nécessaire pour la réalisation de pansements ou de soins infirmiers, ainsi que d'une pharmacie. Au matériel médical s'ajoutent les documents nécessaires au travail de recueil de données et des plaquettes d'informations sur le système d'aides médico-sociales de Strasbourg destinées à guider le travail des bénévoles ou à être distribuées aux usagers.

Pour atteindre le plus grand nombre de personnes vivant à la rue, Médecins du Monde a fait le choix d'installer le camping-car de la *Clinique mobile* à proximité des points de distributions de repas gérés par d'autres associations. Deux lieux ont ainsi été retenus, en alternance une semaine sur deux et à des horaires différents.

Le premier lieu est la place de la gare, qui fait également l'objet du passage de la *Mission Sans Abri* deux fois par semaine. La gare de Strasbourg gère par ailleurs le *Point d'Accueil et de Solidarité* (c'est un lieu et un dispositif de la SNCF), service de premier contact et d'orientation vers les dispositifs d'aide sociale pour les personnes sans domicile. Dans ce cadre, l'*Association AbriBus* s'y installe chaque dimanche vers 18h00 avec un point de

²¹ Terminologie utilisée au CASO de Médecins du Monde pour désigner les bénévoles sans formation dans le domaine de la santé. Ces derniers ont pour mission d'enregistrer les patients, de les renseigner et de prendre pour eux des rendez-vous avec différents spécialistes –médecins, dentistes, assistants sociaux)

²² Le camping-car est aussi utilisé pour les activités de prévention et de sensibilisation d'autres associations locales, notamment l'association Ithaque qui intervient auprès des usagers de drogue et l'association Pénélope intervenant auprès des travailleuses du sexe.

distribution de repas chauds. La *Clinique mobile* de Médecins du Monde s'installe à côté du bus alimentaire pendant l'horaire de distribution des repas.

Le second lieu d'installation de la *Clinique mobile* se situe à quelques rues, derrière la gare, et durant la matinée. Le camping-car est alors garé à proximité du Restaurant social « *la Fringale* », géré par l'association *Les Restos du Cœur*. Ce restaurant propose un petit-déjeuner gratuit à partir de 7 h 30 le dimanche matin. Les équipes de la *Clinique mobile* arrivent vers 8 h 30 et des bénévoles vont à la rencontre des usagers pour leur proposer des consultations médicales gratuites.

Pour installer la *Clinique mobile* sur ces lieux considérés comme stratégiques, Médecins du Monde a présenté son idée aux différents partenaires (*SNCF, AbriBus et Restos du Cœur - « La Fringale »*) qui ont approuvé son initiative, même si la collaboration sur le terrain est plus ou moins étroite. Les gérants du restaurant social « *La Fringale* », par exemple, mettent à disposition des tables pour les entretiens sociaux réalisés par les accueillants de la *Clinique mobile*. En outre, le restaurant attend souvent la fin des consultations pour fermer la cantine. Cette configuration favorise les échanges entre les bénévoles des deux associations. En revanche les échanges avec *AbriBus* sont plus distants, du fait notamment de l'activité très intense de distribution des repas qui absorbe les bénévoles d'*Abribus*.

Au total, du 24 avril au 26 novembre 2017, 204 consultations ont été effectuées à côté du Restaurant Social « *La Fringale* », presque le double des consultations effectuées à la gare de Strasbourg (116 au total)²³. Une action impromptue a également eu lieu à la rue des Canonnières lorsqu'un nouveau campement s'est installé en novembre 2017, à côté d'un centre d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile²⁴.

- Le filtrage de la file active : des priorisations difficiles à établir

Les bénévoles qui jouent un rôle dit « d'accueillants » à l'extérieur du camping-car sont chargés d'évaluer les demandes de toutes les personnes se présentant à la *Clinique mobile*. En effet, ce sont eux qui décident, suite à la réalisation d'un entretien dit « social », d'orienter les usagers vers le médecin de la Clinique ou de les réorienter vers la PASS ou le CASO par exemple.

²³ Mais comme il le sera précisé plus loin, cette différence s'explique en partie par l'interruption du passage de la *Clinique mobile* à la gare durant les congés estivaux du 13 août au 24 septembre 2017.

²⁴ Pour un aperçu des lieux fréquentés par les Missions Mobiles, cf. l'annexe 1.A - Plan des lieux d'observation.

Cet entretien reprend le modèle utilisé au CASO où, avant toute première consultation médicale, les usagers sont reçus pour un entretien social. Les données recueillies selon un formulaire standardisé (où sont notamment renseignés le sexe, la date de naissance, la nationalité, la situation administrative, les conditions de vie et le type de demande) sont ensuite saisies dans un logiciel national permettant d'avoir une base de données commune à tous les CASO, et d'alimenter l'Observatoire de l'accès aux Droits et aux Soins de Médecins du Monde. Dans le cadre de la *Clinique mobile*, en l'absence d'outils informatiques sur place, les données sont recueillies à travers un formulaire papier qui est intégré à la base de données informatisée *a posteriori*. De ce fait, l'équipe ne peut pas savoir « en direct » si une personne a déjà consulté (ni combien de fois) et si un travail d'orientation antérieur a abouti ou non. Les médecins peuvent éventuellement retrouver ces informations dans les cahiers de liaison ou grâce aux bénévoles qui reconnaissent la personne, mais les informations restent lacunaires.

Les bénévoles accueillants, qui n'ont pas nécessairement de compétences médicales, endossent une grande responsabilité puisqu'ils filtrent la file d'attente active de la *Clinique mobile*. Certes, trois critères sont mis en avant dans les pratiques de filtrage : celui des droits, ouverts ou non ; l'urgence médicale ; l'appréciation des dispositions des usagers à suivre les réorientations préconisées. Cependant la priorisation des conditions d'accès à la *Clinique* demeure équivoque. Elle dépend notamment de la manière dont les bénévoles hiérarchisent les missions de la clinique entre objectifs de soins, de prévention, de plaidoyer, et de réorientation.

Ainsi, si l'accent est mis sur la prévention, la demande d'une jeune femme vivant à la rue, voulant voir le médecin de la *Clinique mobile* pour obtenir un renouvellement de son ordonnance de pilules contraceptives, sera jugée légitime et prioritaire si le bénévole estime qu'elle n'ira pas consulter la médecine de ville du fait de son parcours de vie. En revanche, si l'accent est mis sur les soins proprement dit, sa demande ne sera pas jugée prioritaire.

Au sein des équipes, l'absence de consensus sur la priorisation des objectifs (ce qui se retrouve également dans la *Mission Sans Abri*) tient aussi à des logiques d'engagement différentes selon les bénévoles. De manière schématique, ces logiques oscillent entre deux grands pôles : d'une part un engagement « charité » ou de compassion, où il s'agit avant tout de prêter assistance aux personnes dans le besoin ; de l'autre, un engagement militant et politique (que l'on retrouve notamment, même si pas exclusivement, parmi les bénévoles les

plus jeunes). Il y a ainsi la figure du bénévole qui distribue des boissons chaudes et des couvertures sans trop poser ni se poser des questions ; la figure du militant qui estime indispensable de passer voir les familles afin de signaler publiquement les manques de l'État en matière de prise en charge des demandeurs d'asile, et/ou qui s'énerve contre le 115 pour demander une place d'hébergement supplémentaire. Il y a aussi la figure du bénévole médical qui passe voir « ses patients à la rue », ou qui fait de la prévention sa mission et passe voir les femmes se prostituant à chaque sortie, afin de leur donner des préservatifs « *jusqu'à terminer le stock du camping-car...* ». Enfin, parmi toutes ces figures, se posent les limites entre engagement associatif et personnel : face à des situations de grande détresse, il a pu arriver que des bénévoles décident de se cotiser pour payer une nuit d'hôtel à une famille avec des enfants en bas-âge, tout en ayant conscience de transgresser les frontières de l'engagement associatif.

III. 3. Les statistiques de la Clinique mobile

Les statistiques suivantes, fournies par Médecins du Monde, sont issues des données recueillies auprès des personnes effectivement prises en charge par la *Clinique mobile*. Elles visent à établir une évaluation de l'action menée et des besoins dans un souci à la fois pragmatique et de construction d'un plaidoyer.

Les données dont nous disposons rendent compte de l'activité menée sur 7 mois. Elles couvrent la période du 24 avril, date de la première sortie de la *Clinique mobile*, au 26 novembre 2017.

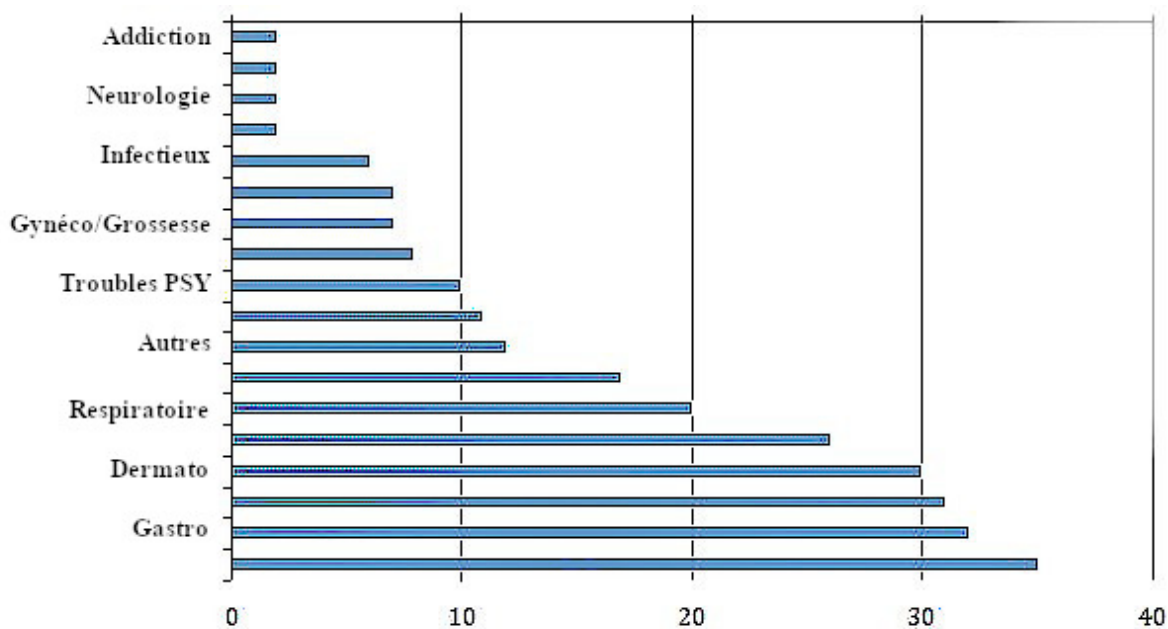
III. 3. a. Sexe, problématiques de santé et pathologies des personnes ayant consulté la Clinique mobile

Sur un total de 329 consultations²⁵ réalisées entre fin avril et fin novembre 2017, le public masculin est de loin le plus nombreux : 239 consultations ont été effectuées auprès d'hommes et seulement 90 auprès de femmes. Les raisons de cette différence importante restent à interroger.

²⁵ Nous ne disposons pas du nombre de personnes ayant consulté, mais uniquement du nombre total de consultations. Or, une même personne peut avoir consulté la *Clinique mobile* plusieurs fois sur la période considérée.

Les principales pathologies ou problèmes de santé ayant fait l'objet de consultation sont très souvent liées aux conditions de vie à la rue : c'est notamment le cas des troubles respiratoires et des problèmes dermatologiques, liés à la mauvaise alimentation ou aux contextes environnementaux. A noter également que les consultations pour des gastro-entérites et des problèmes ORL figurent parmi les plus nombreuses. On note là un effet « campement des remparts » : les pathologies infantiles sont largement représentées du fait de la présence des publics mères-enfants que l'on ne retrouve pas sur les autres lieux fréquentés par la *Clinique mobile*. Les consultations liées aux grossesses (à l'issue desquelles les femmes sont généralement redirigées vers la PASS) sont aussi importantes. Cependant, les professionnels de santé affirment que le premier problème de santé déclaré cache souvent d'autres préoccupations principalement d'ordre psychologique, notamment liées au sentiment d'insécurité. Selon certains bénévoles, la consultation médicale a alors une fonction de « *lieu refuge* » dans lequel les usagers peuvent se sentir rassurés par l'échange avec une figure experte bienveillante, peuvent profiter d'un moment de tranquillité, ou d'un moment « *hors soins* » pendant lequel le patient peut exprimer ses inquiétudes et être écouté.

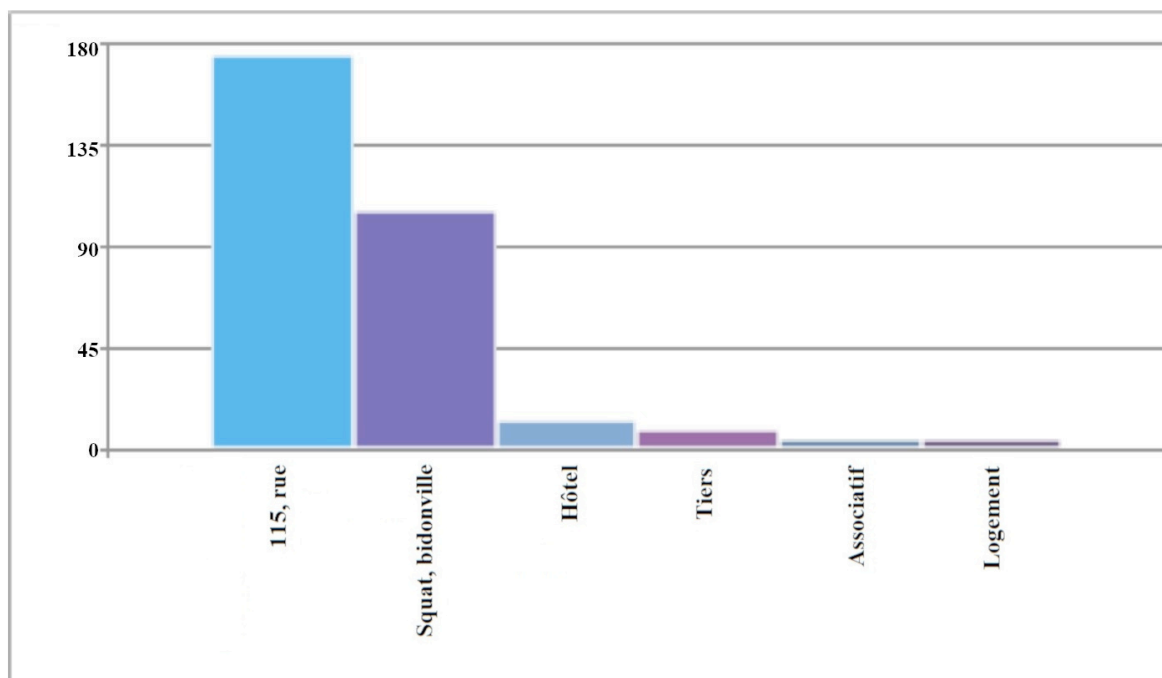
Figure 2. Les principales pathologies constatées sur le public ayant consulté à la Clinique mobile



III. 3. b. L'accès aux droits sociaux (logement et santé) des personnes ayant consulté à la Clinique mobile

La majorité du public ayant exprimé la volonté de voir un médecin lors des permanences mobiles a déclaré ne pas avoir de logement stable et avoir recours à des solutions d'hébergement précaires (hébergement d'urgence, squats, tentes, caravanes, etc.).

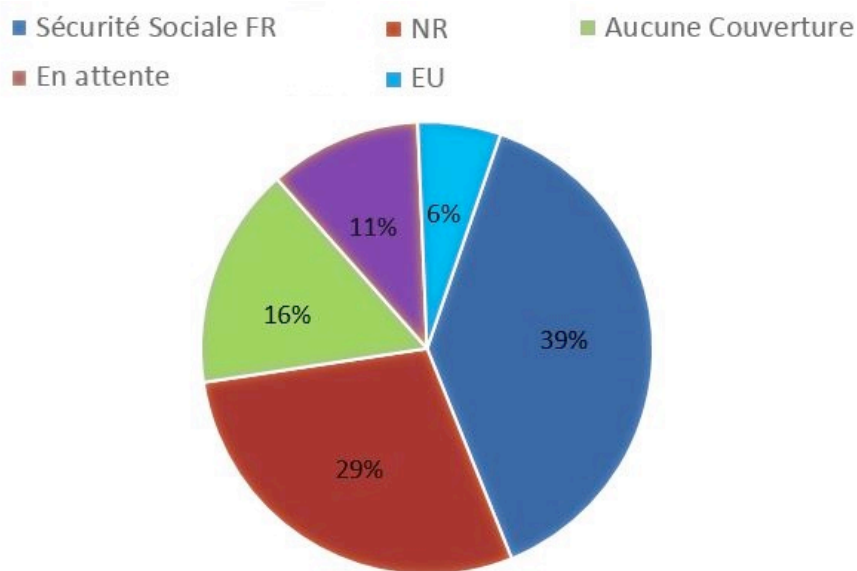
Figure 3. Principaux moyens et solutions d'hébergement



Selon les données recueillies par Médecins du Monde, plus de la moitié des patients n'a pas accès aux soins. En effet, parmi l'ensemble des personnes ayant consulté un médecin de la *Clinique mobile*, seulement un tiers a une couverture maladie et peut théoriquement bénéficier d'une prise en charge médicale. Les deux autres tiers n'ont pas de droits ouverts, ou ne connaissent pas leurs droits. Parmi ces derniers, plus de la moitié pourrait bénéficier d'une ouverture de droits, soit parce qu'ils relèvent de l'AME (en France depuis au moins 3 mois) soit d'une couverture maladie classique (PUMA /ex-CMU et CMUc). Une petite partie est en attente de l'ouverture d'un dossier de sécurité sociale comme par exemple les demandeurs d'asile primo-arrivants qui ont déposé leur demande à la préfecture mais qui n'ont pas encore eu de réponse de la part de l'assurance maladie. Pour beaucoup de patients l'évaluation des droits théoriques est difficile à effectuer pour les bénévoles, en raison, d'une part, de la

complexité des rouages administratifs qu'ils ne maîtrisent pas nécessairement²⁶, et d'autre part, du caractère partiel et lacunaire des données qu'ils parviennent à recueillir auprès des intéressés.

Figure 4. Droits théoriques des patients ayant consulté à la Clinique mobile

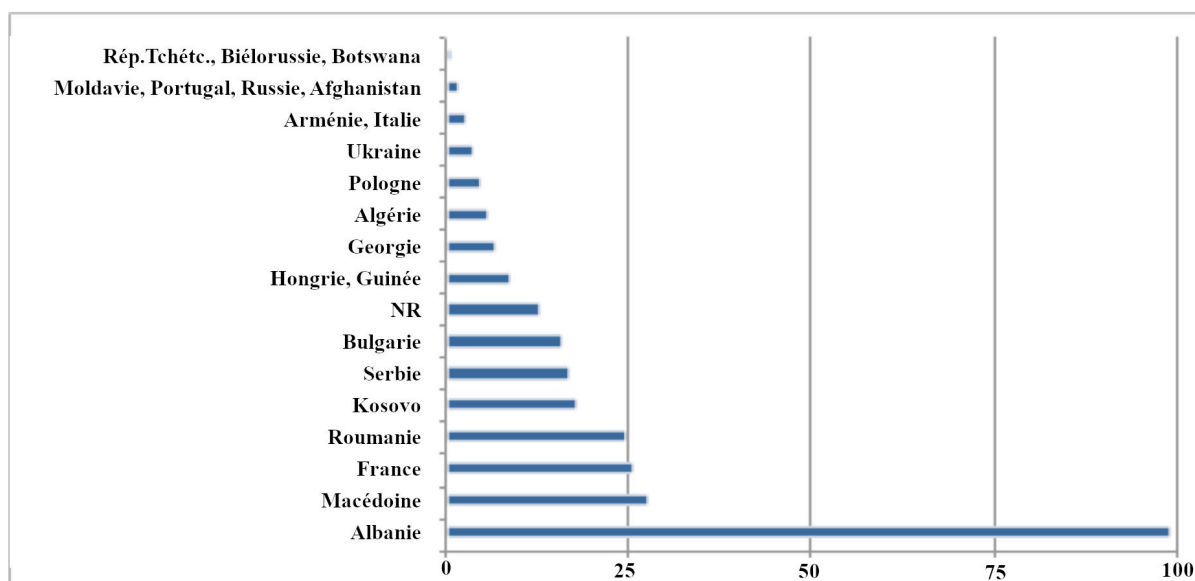


III. 3. c. Deux grands profils parmi le public pris en charge

Par ordre croissant, les personnes prises en charge par la *Clinique mobile* entre fin avril et fin novembre 2017 sont majoritairement de nationalité albanaise, française, macédonienne, française, roumaine, kosovare et bulgare.

²⁶ Pour tenter de répondre à ce besoin de formation, exprimé par plusieurs bénévoles mais aussi quelques salariés, depuis le dernier trimestre 2017, la Délégation a mis en place une commission dédiée à la formation.

Figure 5. Nationalités des personnes ayant bénéficié de la *Clinique mobile* de Médecins du Monde



* Les nationalités ont été regroupées selon le nombre de personnes ayant consulté. Par exemple : une personne de la République Tchèque, une personne biélorusse et une personne du Botswana ont consulté la *Clinique mobile* ; 2 personnes de la Moldavie, du Portugal, de Russie et d’Afghanistan, etc.

Le public pris en charge par la *Clinique mobile* regroupe deux grandes catégories de profil : d’une part, des personnes en situation de marginalisation et d’exclusion sociales, dont les parcours de vie les ont conduit vers un renoncement aux soins (principalement les nationaux français et les ressortissant européens) ; d’autre part, des personnes étrangères, principalement en demande d’asile en attente d’une ouverture de droits et qui ne connaissent pas réellement le système de soins dont elles pourraient bénéficier. Ces deux publics amènent à un travail différent. Dans le premier cas, les équipes mettent l’accent sur la nécessité de « travailler » la relation des intéressés avec leur santé et les institutions médico-sociales (refus de voir le médecin par peur d’être jugé, idée reçue que les assistants sociaux travaillent pour leurs intérêts, méfiance de l’autorité, etc.). Dans le second cas, les équipes mettent plutôt l’accent sur la nécessité d’évaluer la situation administrative des intéressés, de les informer sur leurs droits et les accompagner vers le système dit de droit commun.

III. 4. Les évolutions du public rencontré et des objectifs initiaux de la *Clinique mobile*

Dès le début de la *Clinique mobile*, Médecins du Monde a été confronté à un public constitué majoritairement de demandeurs d’asile en situation de grande précarité. En effet, alors même

que la *Clinique mobile* venait de s'installer à côté du restaurant « La fringale », les bénévoles ont assisté, quelques mètres plus loin à l'installation et à l'évolution d'un campement, constitué principalement de demandeurs d'asile en attente d'enregistrement à la préfecture.

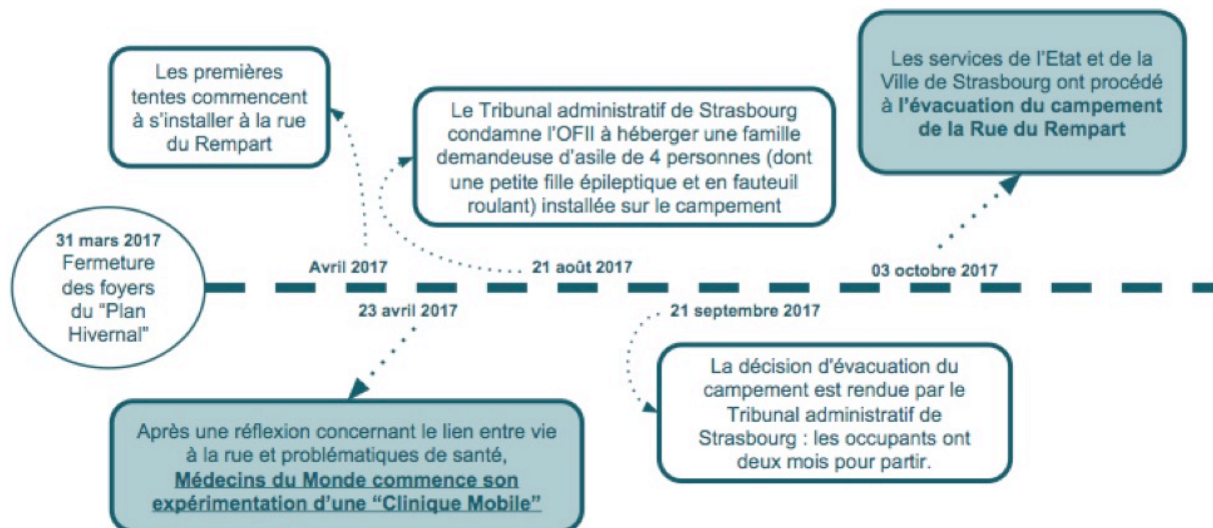
ENCADRE 6. LA REFORME DE L'ASILE

Adoptée en juillet 2015, la réforme de l'asile remodèle le maillage de la procédure d'asile, avec notamment la mise en place d'une plateforme unique d'enregistrement, où sont représentés la préfecture et l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). La préfecture décide, au regard de la situation des demandeurs, de les reconnaître ou non comme « demandeurs d'asile » (par exemple, en fonction de leur pays d'origine). Si le statut de demandeurs d'asile leur est accordé, les intéressés sont orientés vers l'OFII qui gère notamment la répartition des places d'hébergements dédiées aux demandeurs d'asile, au niveau national. La demande d'asile comprend ensuite une instruction par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) et, en cas de rejet, un recours peut être formulé auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), dans un délai de trente jours à compter de la notification de l'OFPRA. En cas de refus par la CNDA, les demandeurs d'asile peuvent, sous certaines conditions, demander un réexamen de leur demande d'asile à l'OFPRA. L'engorgement des guichets d'enregistrement d'une part, et la saturation des dispositifs d'hébergement des demandeurs d'asile d'autre part, conduit de nombreuses personnes à se retrouver à la rue, en attente de la délivrance du statut de demandeur d'asile (et donc des droits y afférant) et/ou d'une place d'hébergement. La nouvelle loi très controversée sur l'immigration et l'asile, présentée à l'Assemblée nationale en février 2018, prévoit notamment un raccourcissement des délais d'instruction et le renforcement du contrôle de la situation administrative des étrangers, y compris dans les lieux d'hébergements d'urgence.

Entre avril et septembre, le campement s'est constamment agrandi, passant de 45 tentes en avril à plus de 80 en septembre avec une moyenne de 3 personnes par tente. Or, pendant la période estivale, Médecins du Monde a limité la Mission mobile à une sortie toutes les deux semaines (le 30/07, le 13/08, le 03/09), à proximité du Restaurant « *La Fringale* ». Ce choix permettait de pallier à la plus faible disponibilité des bénévoles durant cette période, alors même que la gare devenait un lieu moins stratégique du fait de l'arrêt de l'activité de l'Abribus au même moment. Ce faisant, la concentration de la mission en un seul lieu, à proximité du campement, a considérablement modifié son cadre d'intervention. Comme le souligne un bénévole, l'objectif initial de la *Clinique mobile* était de toucher « *nos SDF* » (en référence au public *classique* des maraudes) sauf que, admet-il, « *nos SDF ne nous appartiennent pas* ». Du fait de cette conjoncture, la mission a été confrontée à un public non prévu, du moins avec cette ampleur. La forte demande émanant des demandeurs d'asile, alors même qu'ils dépendent d'une prise en charge de l'État, et qu'ils doivent pouvoir bénéficier de la PUMA (ex-CMU) (donc du système dit de droits communs) a alors alimenté de nombreux débats au sein de l'organisation. Étaient-ils légitimes à consulter – voire à monopoliser – les

médecins de la *Clinique mobile*? Par ailleurs, les problèmes de communication liés à la langue se sont très vite révélés problématiques, alors même que le manque de moyens ne permettait pas de recourir à des interprètes professionnels. Si elle s'avère problématique pour les consultations médicales, la barrière de la langue l'est tout autant pour le travail de réorientation vers les structures médico-sociales et de prévention/éducation à la santé. Afin d'éviter le recours à l'interprétariat par des membres de l'entourage des usagers voire de leurs enfants, Médecins du Monde a recruté une interprète bénévole en albanais, uniquement mobilisée lors des missions de la *Clinique mobile* à proximité du campement. Suite à sa présence, les bénévoles ont constaté un afflux de personnes albanaises aux consultations.

Figure 6. Temporalité de l'évolution du campement



ENCADRE 7 : L'INSTALLATION, LA GESTION ET LE DEMANTELEMENT DU CAMPEMENT RUE DU REMPART

En avril 2017, dans une période correspondant à la fermeture des foyers hivernaux, des tentes commencent à s'installer à côté du restaurant social « La Fringale », 1 rue du Remparts. Le campement se trouve à proximité de la gare, d'un centre d'hébergement d'urgence pour personnes isolées, d'un accueil de jour et de l'espace pour les gens du voyage.

Les premiers mois, la ville et la préfecture ont procédé à un recensement régulier des personnes qui campent rue du Remparts, suite aussi à plusieurs signalements faits par des associations ou des collectifs citoyens de défense des résidents. Certains d'entre eux continueront à intervenir en apportant des biens matériels et du support psychologique et légal pendant toute la durée du campement. Un avocat de la Ligue de Droits de l'Homme obtient le 21 août 2017 un jugement du Tribunal Administratif qui condamne l'OFII à héberger une famille demandeuse d'asile de 4 personnes (dont une petite fille épileptique et en fauteuil roulant) installée sur le campement.

En partenariat avec des associations et institutions (l'équipe mobile de rue, la PMI, Médecins du Monde), depuis le mois de juillet donc, la Ville assure la veille socio-sanitaire et le maintien des conditions d'hygiènes minimales des occupants du campement.

Au début du mois d'août 2017, la ville fait un recours au Tribunal Administratif de Strasbourg pour demander l'évacuation du campement et le 21 septembre 2017 le Tribunal répond ainsi : « CONSTATONS que les défendeurs cités en-tête occupent sans droit ni titre les lieux propriété de l'Eurométropole de Strasbourg (...) DISONS en conséquence que les défendeurs cités en-tête, ainsi que tous occupants de leur chef, devront délaisser et rendre libres les lieux occupés dans le délai de deux mois à compter de la signification de la présente ordonnance ; (...) »

Sans attendre les deux mois prévus par le Tribunal, le 3 octobre 2017 les services de l'État et de la ville de Strasbourg ont procédé à l'évacuation du campement de la Rue du Rempart. Un travail en partenariat avec les agents du Ministère de l'intérieur (Préfecture et OFII) et la Croix-Rouge porte à l'ouverture en urgence d'un gymnase pour 3 jours (3-6 octobre 2017) afin d'abriter la plupart des résidents du campement.

Le fait que MDM n'ait pas été informé du démantèlement, mais l'ait appris le lendemain, a suscité certaines tensions avec la Ville²⁷ (MDM décide de publier dans la foulée un communiqué dénonçant les conditions du démantèlement). Pour l'organisation, la Ville reste néanmoins un partenaire incontournable.

Suite à l'évaluation des situations administratives des occupants par les autorités compétentes, les orientations suivantes leur ont été proposées :

- la prise en charge normale (hôtel ou CADAs) pour les familles avec enfants de demandeurs d'asile primo-arrivants ;
- une prise en charge en urgence de courte durée dans les CHU pour les personnes isolées avec par conséquence leur inscription dans le système d'urgence (vie à la rue – CHU – réseaux informels - squats, etc.) ;
- la possibilité d'avoir une aide au retour volontaire ;
- la reconduite à la frontière ou détention.

III. 4. a. Soigner ou réorienter ?

Les bénévoles participant à la *Clinique mobile* insistent sur le fait qu'ils n'ont ni les moyens ni le temps de soigner toutes les pathologies des personnes à la rue. Lors de la première sortie, l'équipe s'est d'ailleurs sentie débordée : 25 consultations ont été effectuées, et la mission s'est terminée à minuit.

Les médecins bénévoles insistent sur la difficulté de soigner de façon adéquate, les soins primaires étant trop vastes pour être pris en charge pendant une seule consultation et dans un camping-car. Dans ce cadre, en outre, la prise en charge globale (entendue comme examen conjoint de la santé physique, psychique et sociale) ne peut être assurée. Pour toutes ces

²⁷ Des collectifs de citoyens qui s'étaient impliqués auprès des populations du campement, dénoncent également les modalités de l'opération effectuée.

raisons, certains médecins décrivent leur action à la *Clinique mobile* comme de la « *bobologie* », et non comme une intervention médicale opérationnelle. Ce constat peut contribuer à la baisse de leurs motivations à s'engager, voire à leur désaffection de la mission.

Pour une partie des bénévoles, la réflexion devrait se déplacer prioritairement sur la manière d'amener les personnes vers le système de soin dit de droit commun, à travers un travail d'orientation sociale et médicale. Autrement dit, la priorité de la consultation médicale serait moins le soin que l'insertion dans le système sanitaire, à travers l'établissement d'un premier lien avec une « figure experte ».

Cependant, le processus de réorientation lui-même se heurte à plusieurs limites. Tout d'abord, la réorientation se fait surtout vers deux types de structures : la PASS et le CASO de Médecins du Monde. Il s'agit donc d'une première orientation qui, très souvent, en appelle une autre. Ensuite, les équipes ont très peu de visibilité sur le suivi des orientations effectuées. Si, du fait des échanges d'information en interne, les équipes ont une visibilité un peu plus grande sur les réorientations effectuées vers le CASO, le constat est celui d'une « perte » d'une part importante des usagers, qui ne se présentent pas aux structures vers lesquelles ils ont été réorientés. Il est estimé que deux à trois personnes sur dix orientées au CASO s'y présentent. Les réorientations réinterrogent de fait la conception de « l'aller vers » : car alors, « l'aller vers » des actions de Médecins du Monde consiste à inciter les personnes rencontrées à aller, de manière active, vers les structures partenaires.

Par ailleurs, tous les bénévoles n'ont pas une visibilité très claire sur les réorientations qui relèveraient de la PASS, et celles qui relèveraient plutôt du CASO. Cela peut, par ailleurs, être source de tension et malentendus avec les structures qui reçoivent ce public. En principe, trois critères au moins influent sur les orientations : le type de pathologie ou de prise en charge (la PASS a en effet à disposition tout le plateau technique de l'hôpital, contrairement au CASO qui n'a pas les moyens de prendre en charge certaines pathologies ou infections – par exemple, cancer, VIH, etc. ; les femmes enceintes sont également systématiquement réorientées vers la PASS) ; le statut administratif (la PASS ne prend pas en charge, en principe, les étrangers titulaires d'un visa touristique, qui sont alors plutôt orientés vers le CASO ; en revanche, les demandeurs d'asile, dont la prise en charge relève de l'État, sont plutôt orientés vers la PASS) ; l'urgence (les délais d'attente sont beaucoup moins longs au CASO qu'à la PASS - où il faut compter dix à quinze jours). Toutefois, les accueillants n'ont

pas toujours les moyens d'évaluer précisément ces différents critères, qui peuvent en outre se combiner.

Enfin, le manque de visibilité sur les réorientations effectuées est accentué par le fait que la plupart des bénévoles ne participent pas aux réunions avec les partenaires de la veille sociale. Seuls les responsables (salariés et bénévoles) de la mission y assistent. La Délégation justifierait ce cadre réservé pour des raisons de confidentialité à l'égard des informations échangées sur les personnes rencontrées sur le terrain. L'enjeu serait aussi d'éviter que ne s'expriment, lors de ces réunions, les avis personnels des bénévoles qui, en outre, pourraient être hors du champ d'action de Médecins du Monde. Il en résulte toutefois une difficile circulation de l'information, et de nombreux bénévoles regrettent de ne pas être tenus au courant des comptes rendus de ces rencontres officielles. Certains réclament plus d'instruments afin d'avoir une vision d'ensemble du travail accompli sur le terrain. Dans cette perspective, ils considèrent essentiel l'amélioration de la coordination avec les structures partenaires.

Il reste que très vite, les chiffres de fréquentation de la *Clinique mobile* ont suscité de nombreuses interrogations au sein de l'organisation. Le succès de la *Clinique mobile* est-il lié à un effet conjoncturel dû à la présence du campement ? A un manque d'information et de prise en charge institutionnel effectif de cette population des campements ? Et/ou plus largement au caractère mobile du dispositif ? Selon certains bénévoles, il faudrait repenser et renforcer le système de soins de droit commun afin qu'il s'adapte aux nécessités de l'aller-vers à destination des publics précaires. Dans cette perspective, des bénévoles militent pour un plaidoyer portant sur les barrières objectives et informelles empêchant l'accès aux soins à une grande partie des personnes à la rue. Ils s'impliquent dans la constitution d'un plaidoyer en local qui porte sur un investissement majeur de fonds et de personnels pour la prise en charge médicale des personnes à la rue de la part des institutions telles que la Ville, la PASS et l'ARS.

CONCLUSION – L'ALLER VERS : ENJEUX, DEBATS ET LIMITES

La *Mission Sans Abri* et la *Clinique mobile* constituent deux missions phares de Médecins du Monde à Strasbourg, s'inscrivant dans une perspective de « l'aller vers » à destination de personnes vivant à la rue. Complémentaires dans leurs actions, ces missions se rejoignent sur l'objectif de réorientation ou d'orientation du public précaire vers des structures socio-sanitaires permettant un accès aux soins et aux droits effectifs. Sur le terrain, la confrontation quotidienne des équipes à une gestion *dans* et *de* l'urgence laisse place à une définition des priorités qui ne fait pas toujours consensus et qui interroge le rôle d'organisation à caractère humanitaire de Médecins du Monde. Dans ce contexte, la conclusion revient sur les enjeux, et débats que soulèvent, dans un cadre associatif et majoritairement bénévole, les actions de « l'aller vers ». Autrement dit, quelles sont les différentes conceptions de « l'aller vers » ? Pour quel public ? Comment ? Quelle pertinence et limites pour promouvoir l'accès aux soins ?

⇒ « L'aller vers » : des « mobilités sur mesure » dans les villes

Le choix de Médecins du Monde a été d'établir la *Clinique mobile* dans deux lieux fixes (Place de la gare et à proximité des Restos du Cœur au centre-ville). Le choix des lieux n'est pas anodin, puisqu'il détermine en grande partie le public rencontré. Les structures qui interviennent auprès des publics précaires, notamment à la rue, organisent leurs actions autour de la mobilité, mode d'action qui les différencie des autres dispositifs d'aide et qui est conçu pour répondre aux pratiques des publics eux-mêmes. Les pratiques dites de l'« aller vers » visent à couvrir différents lieux, identifiés dans un territoire donné, et à s'appuyer sur un réseau de partenaires. Autrement dit, cela revient à faire du lien pour atteindre les publics précaires dans la pluralité des lieux dans lesquels ils vivent (incluant les campements de rue, gymnases, CADA...). Mais comment qualifier cette mobilité et comprendre les rapports des équipes avec leurs territoires d'action ? Les équipes mobiles développent des pratiques d'ajustement localement dans un territoire (la ville ou un quartier le plus souvent), quadrillé par des lieux repérés comme étant stratégiquement bien placés pour s'assurer un contact effectif avec les publics précaires. Ces lieux et ces territoires sont labiles, « transitoires » comme en parle un professionnel rencontré dans un autre cadre²⁸ (Hoyez, 2015) : ils peuvent

²⁸ Il s'agissait d'une étude réalisée en 2012-2013 sur la mise en place de dispositifs mobiles dans une consultation médicale pour migrants à Rennes.

être révisés à mesure que les configurations changent sur le terrain (ôter un point de déplacement ; en ajouter un autre ; changer le rythme des tournées) et que les collaborations entre acteurs se renouvellent. En ayant une « mobilité sur mesure », la *Clinique mobile* « capte » un certain public, et en délaisse un autre. L'installation d'un campement de personnes en demande d'asile non loin du restaurant social où se tient la *Clinique mobile*, et d'une forte sollicitation de la mission par cette population, ravive toutefois le débat sur la conception de la mobilité présidant à l'action menée : une autre mobilité ne permettrait-elle pas de mieux diversifier le type de public pris en charge ? Autrement dit, un « aller vers » sans cesse renouvelé ne permettrait-il pas de mieux cibler le public qui « vient vers » les équipes ? Mais les consultations médicales peuvent-elles, d'un point de vue pratique et à moyen et long terme, se faire uniquement de manière itinérante ? Les enjeux autour de la mobilité soulèvent donc la question de l'accès au système de droit commun pour les publics auxquels est apportée assistance.

⇒ **Le public cible : quels critères et jusqu'où faut-il s'adapter aux effets de conjoncture ?**

Face à la prise en charge de publics (demandeurs d'asile, familles déboutées de l'asile) ne relevant pas théoriquement de ses prérogatives, l'organisation s'interroge sur le périmètre de ses actions. Est-ce qu'il relève de ses missions d'aller à la rencontre de toutes les personnes en situation de précarité, même celles qui potentiellement ont accès aux droits, ou qui relèvent d'une prise en charge par l'État, comme les demandeurs d'asile ? Quelles positions prendre face à la situation de désengagement institutionnel se donnant à lire avec une partie de la population sans domicile ?

La question du public cible soulève également celle des priorités au regard des besoins exprimés sur le terrain : jusqu'où faut-il adapter les actions menées à la conjoncture ? Jusqu'où celle-ci doit-elle faire évoluer les objectifs de la *Clinique mobile* ? Laisser place (ou trop de place) aux besoins imprévus s'exprimant sur le terrain, conduit-il à un dévoiement de la *Clinique mobile* ? Ces questions suscitent des débats qui ne font pas consensus, que cela soit entre les bénévoles ou avec les responsables.

⇒ **La santé, un enchevêtrement d'enjeux**

Un constat partagé par les bénévoles est que la santé n'est pas une priorité pour les personnes à la rue. Lors des *Missions Sans Abri*, les usagers expriment surtout des demandes en termes

de réconfort immédiat (couvertures, boissons chaudes...) et d'hébergement. Si la maraude n'a pas vocation à dispenser des soins, elle a néanmoins une mission de sensibilisation à la santé et de réorientation vers les structures socio-sanitaires. Cependant, l'horaire et les lieux de passage ne sont pas favorables à la construction d'un discours autour de la santé et de la prévention²⁹. Face à cette situation, les avis des bénévoles sont contrastés. La plupart affirme que le rôle de Médecins du Monde est celui de sensibiliser et informer les usagers sur l'importance de prendre soin de soi et de sa santé. Pour d'autres, la priorité est davantage de construire avec eux une relation de confiance constante afin de témoigner de la situation des personnes à la rue auprès des institutions chargées de la lutte contre la précarité.

De la même façon, l'expérimentation de la *Clinique mobile* a soulevé les débats et interrogations suivants :

- De quel ordre sont les besoins en santé exprimés par les personnes s'adressant à la *Clinique mobile* : prévention, dépistage ; médecine générale ; médecine spécialisée ?
- A quoi sont dus ces besoins s'exprimant et se donnant à voir dans l'espace de la rue ? Autrement dit, à quoi est dû le non recours au système de soin « classique » ? Est-ce pour des contraintes administratives (non ouverture de droits communs ou impossibilité d'accéder aux droits communs) ? Et/ou des raisons liées aux parcours et conditions de vie ?
- S'agit-il de demandes relevant uniquement de besoins en santé ou relevant d'autres domaines ? Si c'est le cas, est-il alors du ressort de la clinique d'y répondre ? Des bénévoles relèvent en effet que derrière les besoins de santé exprimés, c'est surtout un espace de visibilité, de paroles et de revendications qui est recherché par des populations « en marge »
- Ce constat ravive à nouveau le débat suivant : quand derrière le médical s'exprime un autre type de besoin (par exemple un hébergement), est-il du ressort des équipes de la Clinique d'y répondre ou, à tout le moins, de prendre du temps pour en prendre acte ? Un autre point est à noter par ailleurs : le fait que la *Mission Sans Abri* et la *Clinique mobile* mobilisent en partie les mêmes bénévoles peut concourir à entretenir la confusion, aux yeux des usagers, sur leur mission respective.

²⁹ Lorsque les personnes dorment déjà la consigne donnée par les responsables des sorties est de ne pas les réveiller, sauf s'il est estimé que leur vie est en péril (par exemple en cas de très grand froid).

⇒ Répondre, créer et/ou invisibiliser des besoins ?

- L'expérimentation de la *Clinique mobile* a très vite soulevé au sein des équipes le débat suivant : répond – elle à des besoins (au départ, identifiés par la Mission Sans Abri) ou concourt – elle (aussi) à en créer ? En effet, très vite les équipes ont constaté que des personnes s'adressent à la Clinique alors qu'en termes de droit, ils ont accès à la médecine de ville, et qu'ils viennent pour des pathologies courantes. Pour des raisons liées à la disponibilité des bénévoles, le fait que la *Clinique mobile* intervienne le dimanche, lorsque les cabinets médicaux sont fermés, renforce ce questionnement.
- A ce débat qui interroge le sens de l'action menée s'en greffe un autre : la clinique contribue-t-elle à invisibiliser des besoins, en prenant en charge des populations qui, en principe, devraient être prises en charge par la ville, l'hôpital, ou l'État ? Autrement dit, n'y a-t-il pas un risque de substituer aux institutions, et de ce fait, de rendre invisible des besoins sanitaires et sociaux ? Mais le fait de substituer aux institutions, ne risque-t-il pas aussi d'éloigner les populations prises en charge du droit commun, en les rendant « captives » d'actions humanitaires alternatives au système de soins ?
- On retrouve ici un débat plus général : dans quelle mesure l'action humanitaire peut-elle concourir à déresponsabiliser l'État de ses prérogatives, et créer des effets pervers ? Ce débat interpelle deux registres d'action distincts : l'assistance à des personnes vulnérables d'une part, et une réflexion sur la portée politique de l'action d'autre part. Or, ces deux enjeux soulèvent la question suivante ; comment mener ces deux registres d'action de front, sans que l'un ne porte préjudice à l'autre ?

⇒ Cadres spatio-temporels du plaidoyer et du soin : combiner des leviers et registres d'action différents ?

La promotion de la santé, dans le cadre des missions de Médecins du Monde, est abordée à travers un double volet. Le premier volet relève du soin, qui est directement apporté aux personnes éloignées du système de soin à partir de consultations médicales et de réorientations socio-sanitaires. Le second volet relève du plaidoyer qui s'inscrit dans une temporalité d'action différente : il ne s'agit plus alors de répondre à des besoins de santé dans l'urgence mais de parvenir à faire entendre sa voix dans l'espace public. L'accès aux soins passe alors par une action de sensibilisation et de revendication auprès des pouvoirs publics.

Autrement dit, le levier d'action se situe au niveau des structures institutionnelles. Aux yeux de certains bénévoles, la *Clinique mobile* devrait alors être repensée pour permettre un recensement plus précis des besoins en termes de santé d'un public éloigné du système de soin, mais aussi pour pouvoir mieux mesurer et objectiver les carences dans les dispositifs publics existant (par exemple, souligner les manques de moyens de la PASS, fonctionnant à mi-temps). Mais, pour être mener à bien, ce recensement nécessiterait des moyens logistiques et humains qui font, partiellement du moins, défaut.

L'action de plaider soulève en outre plusieurs enjeux :

- Un premier enjeu tient au cadre majoritairement bénévole de l'activité menée par Médecins du Monde. Un plaidoyer peut-il être efficacement mené dans un cadre bénévole (marqué par un turnover plus ou moins important des bénévoles, et de leurs disponibilités variables dans le temps ; autrement dit, un plaidoyer « construit » peut-il se faire avec un engagement sur le temps long fragile, devant de plus composer avec l'inertie du cadre associatif (difficultés selon certains bénévoles à « faire bouger les lignes », à se réunir, à obtenir le soutien concret des personnes occupant des postes à responsabilité...))
- Un second enjeu tient à l'insertion dans un réseau de veille sociale. Comment faire un plaidoyer tout en préservant les partenariats institutionnels (être trop revendicatif ne risque-t-il pas de nuire aux relations avec la Ville, 115, hôpital...)?
- Un troisième enjeu, enfin, tient aux modalités d'expression du plaidoyer. Dans quels espaces le plaidoyer peut-il s'exercer? Pour des bénévoles, les réunions de coordination avec la Ville, SIAO... offrent un espace limité, où il n'y pas véritablement de place pour être entendu (voire même, impression, par certains bénévoles, d'une instrumentalisation où il est demandé à MDM de se faire le porte-voix de la mairie, en rapportant sur le terrain, auprès des usagers, les actions de la mairie – qui fait ce qu'elle peut – sur fond notamment de tensions avec l'État quant à la prise en charge des demandeurs d'asile). D'avis de plusieurs bénévoles, le plaidoyer trouve un espace d'expression plus fort et indépendant dans la presse.

EPILOGUE

En février 2018, la *Clinique mobile* a connu de nouvelles orientations. Désormais, elle intervient au sein de locaux gérés par une association partenaire – Horizon Amitié – dans le cadre de l’expérimentation d’une halte de nuit (mise à l’abri inconditionnelle sans lits, service de repas, et présence d’un assistant social jusqu’à 23 h). Cette nouvelle organisation de la *Clinique mobile* cherche à répondre aux limites soulevées par la première phase d’expérimentation (difficultés à faire des consultations médicales dans un camping-car, qui plus est en période de grand froid ; difficulté à une réorientation efficace en vue d’un suivi médico-social ; baisse des demandes de consultation suite au démantèlement du campement des remparts, etc.). Ce nouveau dispositif prend place, par ailleurs, dans une réorganisation plus large des missions mobiles de Médecins du Monde. Ces adaptations, renouvelant les modalités pratiques de « l’aller-vers », montrent la pluralité des modes d’action que recouvre ce principe d’intervention, et qui soulève, de fait, une forte imbrication entre dimensions spatiales (effet lieu) et sociales (type de public ciblé). Elles interrogent, conjointement, la temporalité des actions de « l’aller-vers » entre urgence du terrain (effet conjoncturel), coordination de l’action avec d’autres acteurs partenaires et dispositifs, et objectifs à long terme des missions menées. C’est autour de ces enjeux qu’un des volets de la recherche MIGSAN se poursuit.

BIBLIOGRAPHIE

- BABELS, *De Lesbos à Calais : comment l'Europe fabrique des camps*. Y. Bouagga et C. Barré (eds), Le passager clandestin, Neuvy en Champagne, 2017
- CANUT Cécile, PIAN Anaïk, PETIT Véronique, (eds), coordination du numéro thématique : « *Dire la violence des frontières. Mises en mots de la migration vers l'Europe* », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 33, n° 2-3, 2017.
- DAMON Julien, *L'exclusion*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2008.
- DAMON Julien, *Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF »*, *Déviance et Société*, vol. 27, pp. 25-42, 2003/1.
- DE WENDEN Catherine, SCHMOLL Camille, THIOLLET Hélène (eds.), *Migrations en méditerranée*, Paris, CNRS, 382 p., 2015.
- DOMINGO Bruno, « « SDF » et construction d'un ordre public local : fluidités de l'identité assignée et normalisation des lieux ». *Déviance et Société*, Vol. 31, pp. 283-303, 2007/3.
- FERRÉ Nathalie, « Débutés et déclassés ». *Plein Droit*, n° 105, pp. 18-21 2015
- FIJALKOW Yankel, *Sociologie du logement*, Paris, La Découverte, Repères, 2016.
- GUESLIN André, *D'ailleurs et de nulle part. Mendiants, vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge*, Paris, Fayard, 2013.
- HOYEZ Anne-Cécile, « Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ? ». *Revue Francophone sur la Santé et les Territoires*. 2015. <http://rfst.hypotheses.org/hoyez-anne-cecile-territoires-mobilites-et-sante-comment-composer-et-penser-une-offre-de-soins-pour-les-populations-migrantes-en-situation-precaire>
- LAACHER Smain, *De la violence à la persécution. Femmes sur les routes de l'exil*, Paris, La Dispute, 2010.
- LÉVY-VROELANT Claire, *Migrants et logement : une histoire mouvementée*, *Plein droit*, n° 68, pp. 5-10, 2006/1.
- LIGI Francesca, *La relation d'urgence sociale entre les intervenants sociaux et les personnes sans-abris. Une analyse du fonctionnement du dispositif d'hébergement d'urgence 115 de la Ville Euro-métropole de Strasbourg*, mémoire de master 2 Interventions sociales, conflits, développement, Université de Strasbourg, 2017.

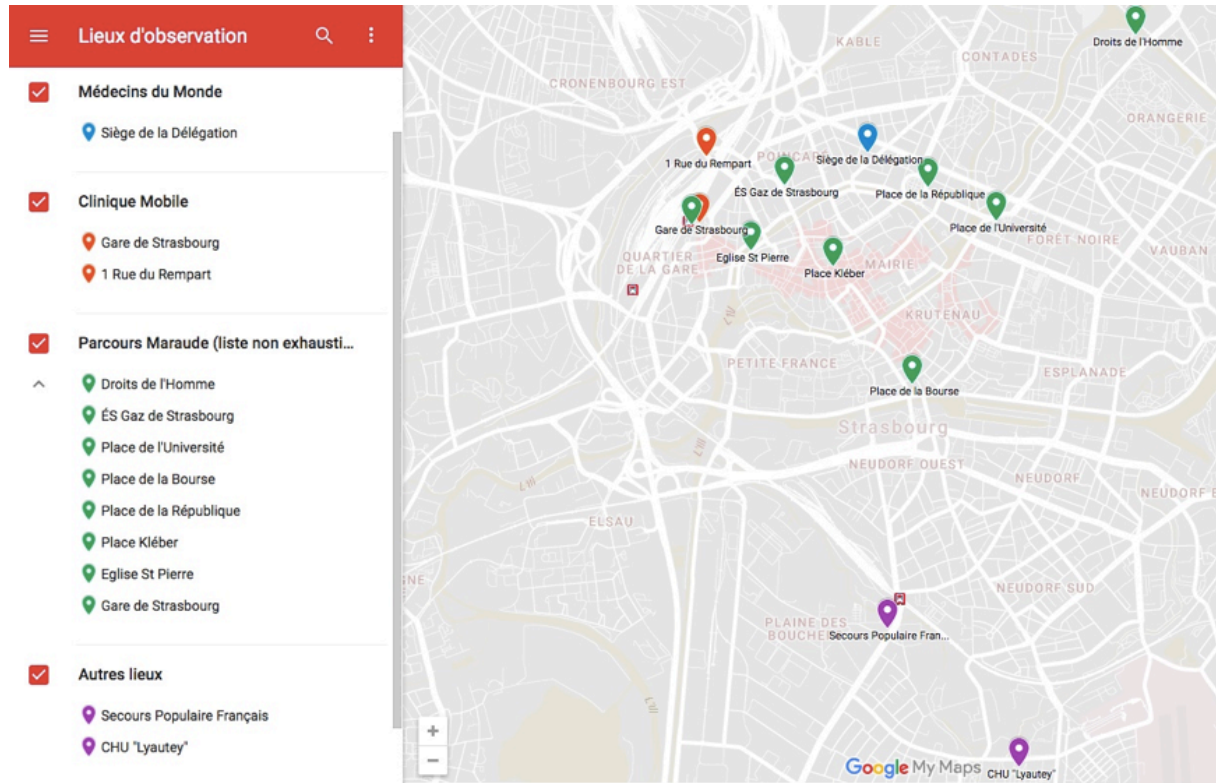
- PAUGAM Serge, *Les formes de la pauvreté en Europe, Regards croisés sur l'économie*, n° 4, pp. 8-18, 2008/2.
- PIAN Anaïk, *Aux nouvelles frontières de l'Europe. L'aventure incertaine des Sénégalais au Maroc*, Paris, La Dispute, 237 p., 2009.
- PICHON Pascale, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Paris, Aux lieux d'être, 2007.
- PICHON Pascale, *Sortir de la rue. Question de recherche et enjeux d'action*, Le sociographe, n° 8, pp. 79-90, 2014/4.
- POTOT Swanie, « Mobilités intra-européennes, quel accueil pour les indigents ? », *Savoir / Agir*, 2016, n° 36, p. 53-59.
- « Quelle « crise migratoire » ? » *Plein Droit*, n°111, Décembre 2016.
- RULLAC Stéphane, *Critique de l'urgence sociale. Et si les SDF n'étaient pas des exclus ?*, Perspectives Sociales, Vuibert, 2006.
- RULLAC Stéphane, *Analyse sociojuridique de l'urgence sociale. Cadre, fonctionnement et évolution*, *Empan*, n° 84, pp. 25-31, 2011/4.
- VEXLIARD Alexandre, *Le Clochard*, Desclée de Brouwer, 1998.
- ZENEIDI-HENRY Djemila, *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*, Rosny-sous-Bois, Bréal, 2002.

Rapports

- LAPORTE, A., CHAUVIN, P., 2009, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats*, Observatoire du Samusocial.
- Médecins du Monde, Rapport de l'Observatoire de l'accès aux Droits et aux Soins en France, 2015, : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>, consulté en décembre 2017.
- PLEACE, N., n.d., *Le logement d'abord*, Observatoire européen sur le sans-abrisme. 2011
- *Study on Mobility, Migration and Destitution in the European Union*, European Commission, Regioplan Policy Research, mars 2014.

- *Rapport sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées*, PINTE Etienne, Parlementaire en mission auprès du Premier ministre, 21 décembre 2007 – 20 Juin 2008.
- INSEE Première, *L'hébergement des sans-domiciles en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
- *Rapport d'activité 2015*, Service Intégré d'Accueil et Orientation – SIAO 67, avril 2016.
- *Sortir de la rue*. Conférence de consensus. Rapport du jury d'audition (2007), disponible en ligne : http://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/Conference_de_consensus_Sortir_de_la_rue_cle7b8d79.pdf
- WEILL Pierre-Edouard, *Sans toit ni loi ? Genèse et conditions de mise en œuvre de la loi DALO*, Presses Universitaires de Rennes, 2017.

A. Plan des lieux d'observation



B. Calendrier des observations

Mois	Date	Type
Septembre 2017	samedi 02	Maraude
	mercredi 06	Maraude
	dimanche 10	Clinique Mobile
	mercredi 13	Maraude
	dimanche 17	Clinique Mobile
	mardi 19	Prévention et éducation à la santé
	mardi 19	Réunion Clinique Mobile
	mercredi 20	Maraude
	dimanche 24	Clinique Mobile
	mardi 26	Réunion Maraudes
	mercredi 27	Maraude
Octobre 2017	mercredi 04 octobre	Maraude
	dimanche 8	Clinique Mobile
	mercredi 18	Maraude
	lundi 23	Réunion Clinique Mobile - groupe de travail sur l'analyse des données
	mardi 24	Présentation des premiers résultats lors de la Journée d'études "Déplacements forcés des populations et crise humanitaire. Quelle politique pour l'Europe?"
	jeudi et vendredi 26-27 octobre	Journées MIGSAN
	dimanche 29 octobre	Clinique Mobile
Novembre 2017	mercredi 08 novembre	Maraude
	vendredi, samedi et dimanche 10-12 novembre	Journées Missions France (MdM)
	lundi 13 novembre	visite campement "Lyautey"
	jeudi 23 novembre	formation "le droit des étrangers" (MdM)
	dimanche 26 novembre	Clinique Mobile

C. Grille d'observation

Date _____
Heure du début _____
Heure de fin _____
Type de sortie: O Maraudé
O Clinique mobile

1. PRÉPARATION DE LA SORTIE

- **L'Équipe**

Prénom	Âge	Sexe	Profession	Rôle dans l'organisation	Années de bénévolat

- relations entre les membres de l'équipe, ambiance générale, autre

- **La logistique**

Tâches principales	Matériel/s utilisé/s	Consignes

- temps de préparation, rituels, autre

2. LA SORTIE

- **Lieu/Lieux (parcours)**

Lieu	Description du lieu	Heure d'arrivée	Heure de départ	N° personnes rencontrées

- choix du parcours, signalements, autre

- **Équipe**

- Division du travail, rôles effectifs, actions principales
- Approche, relation et réponses avec les usagers
- Discours « off », commentaires, ressenti...

3. OBSERVATIONS PERSONNELLES

D. Guide d'entretien

Date _____

Heure du début _____

Heure de fin _____

Entretien enregistré : O Oui

O Non

1. Maraudes

- Historique et spécifiques Organisation

- Missions organisation (international, national, local)
- MDM à Strasbourg
- Spécifiques des maraudes
- Décrire la mise en place (date, financement, partenaires)
- Évolution du personnel (effectif, profil, bénévoles, compétences, militantisme)
- Complémentarité par rapport aux autres missions de MDM – Strasbourg
- Complémentarité avec les autres maraudes, PASS, autres institutions...

- Fonctionnement des maraudes

- Fréquence, lieux, qui y participent
- Faire décrire les compétences requises + le statut / bénévole / salarié
- Description du déroulement « classique » d'une maraude

- Le public visé

- Leur profil/trajectoire : âge, origine sociale, conditions de vie, situation familiale
- Leurs demandes différenciées
- Cas des femmes se prostituant (cf. Poitiers, maraude spécifique ?)
- Nombre de personnes bénéficiaires par maraude
- Évolution du public ces dernières années :
- Depuis quand ? Débats suscités ? Adaptations nécessaires
- Public qui n'arrive pas à être capté ?
 - + Problématiques spécifiques : faire décrire des cas anonymisés

- Partenaires

- Orientations vers d'autres types d'acteurs ou de structures
- Qui ? Ce qui marche ? Ce qui ne marche pas ou moins bien ?
- Collaborations/partenariats avec ville, 115, d'autres asso dans la mise en place des Maraudes

L'évolution du public : induit-elle un changement dans le but de la maraude ? En quoi ? Débats suscités ?

2. Mission « Clinique mobile »

- Historique et spécifiques Organisation

- Missions organisation (international, national, local)
- MDM à Strasbourg
- Spécifiques de la Mission « médicalisée »
- Complémentarité par rapport aux autres missions de MDM-Strasbourg
- Complémentarité avec les autres maraudes, PASS, autres institutions...

- Le projet

- Naissance du projet, objectifs initiaux, identification du besoin, mise en place (partenaires, organisation, financements)
- Déroulement sur le terrain (qui, quelles compétences, lieux, fréquence...)
- Quels soins proposés ? Quel type de prise en charge ?
- Ce qui marche, les difficultés et les limites du projet

- Le public visé

- Leur profil/trajectoire : âge, origine sociale,
- Conditions de vie
- Situation familiale
- Leurs demandes différenciées
- Nombre de personnes bénéficiaires par maraude
- Effective prise en charge (profil et nombre)
- Ceux qui échappent (comparer avec les maraudes alimentaires)
- Refus de soigner vs. refus de se faire soigner
 - + Problématiques spécifiques : faire décrire des cas anonymisés
 - + Question de la langue/interprétariat

- Partenaires

- Orientations vers d'autres types d'acteurs ou de structures
- Qui ? Ce qui marche ? Ce qui ne marche pas ou moins bien ?
- Collaborations/partenariats avec ville, 115, d'autres asso dans la mise en place des Maraudes

3. Expérience personnelle

- Engagement à MDM

- Bénévole/salarié/temps dédié aux activités de l'organisation
- Entrée dans le bénévolat à MDM et plus particulièrement au sein des maraudes (motivations au départ, évolution, rétributions, envie ou non d'arrêter)
- Autres engagements bénévoles ou militants
- Conciliation avec vie professionnelle et familiale

- Formations

- Formations des bénévoles pour les maraudes ?
- Formations sur le droit des migrants (vues comme nécessité ou non, un complément, utile ou non....) : si oui, dans quel cadre ? Qu'est-ce que cela a apporté ?

4. Sociographie

- Âge et sexe
- Origine géographique et lieu de vie
- Profession des parents
- Situation matrimoniale : enfant, conjoints et le cas échéant, activité professionnelle du conjoint
- Formation
- Emplois occupés

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Liste des observations et éléments de comptage	21
Figure 2. Les principales pathologies constatées sur le public ayant consulté à la Clinique mobile.....	33
Figure 3. Principaux moyens et solutions d'hébergement	34
Figure 4. Droits théoriques des patients ayant consulté à la Clinique mobile	35
Figure 6. Temporalité de l'évolution du campement	38

LES ACTIONS DE « L'ALLER VERS » DE MÉDECINS DU MONDE – STRASBOURG.

LIGI Francesca, PIAN Anaïk., HOYEZ Anne-Cécile.

Juillet 2018.

Entre le mois de septembre et de novembre 2017, la Mission Mobile de Soins de Proximité de Médecins du Monde – Alsace et Franche Comté – intervenant sur le territoire de Strasbourg a été l'un des objets d'étude du programme de recherche ANR MIGSAN. Interrogeant les modalités de rencontre entre les équipes mobiles et les personnes à la rue, le terrain visait à mieux connaître les actions de « l'aller vers » de Médecins du Monde à Strasbourg. Il s'agissait de saisir les enjeux suivants :

- Vers quels publics vont en priorité les bénévoles des équipes mobiles ?
- Dans quels domaines du soin et de la santé observe-t-on ces initiatives ?
- Quelles sont les demandes des publics et quelles sont les réponses apportées ?
- Quels sont les enjeux et les limites de « l'aller vers » ?

Le rapport s'intéresse plus particulièrement à la manière dont le public composé de demandeurs d'asile et de déboutés du droit d'asile a progressivement pris une part croissante, durant la période de l'enquête, au sein de la Mission Mobile de Soins de Proximité intervenant à Strasbourg. L'évolution du profil du public pris en charge a contribué à réinterroger, au sein de l'organisation, les principes et finalités des actions menées à l'échelle locale.

Le rapport est organisé en trois parties. La première revient sur l'historique des actions menées par Médecins du Monde, notamment sur le territoire de Strasbourg. Les deux parties suivantes rendent compte des principales actions mobiles actuelles de Médecins du Monde – Strasbourg, qui prennent place dans le cadre de la Mission Mobile de Soins de Proximité. Il s'agit des maraudes auprès des personnes sans domicile (Partie 2) et, à partir d'avril 2017, de l'expérimentation d'une *Clinique mobile* (Partie 3). En conclusion, une synthèse fait état des débats suscités par ces actions à l'intérieur des équipes mais aussi vis-à-vis des partenaires externes. Ces débats se retrouvent dans d'autres délégations régionales, confrontées sur le terrain aux effets de la conjoncture migratoire actuelle, notamment caractérisée par la saturation du dispositif institutionnel de prise en charge des demandeurs d'asile.

Financement



Partenariat



Laboratoires et sites universitaires d'accueil des travaux

