

**Etude des actions et effets des CASO
sur l'amélioration de l'accès au soin et aux droits des populations les plus vulnérables en France**

« Regards de bénévoles, salariés et parties prenantes »

RAPPORT FINAL DE L'ETUDE

Juillet 2020



Introduction

Contenu & Objectifs du document

Le présent document constitue le **rapport final de l'étude des actions des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde et de leurs effets sur l'amélioration de l'accès au soin et aux droits** des populations les plus vulnérables en France.

Lancée à l'été 2019 par la Direction Santé et Plaidoyer de Médecins du Monde et le F3E, cette étude vise à **interroger les actions et modalités d'action mises en œuvre par les différents CASO** au cours de la période récente et à **appréhender leurs différents effets sur les personnes accueillies et sur les politiques et pratiques de santé** en France.

Conçue en complément à la documentation existante au sein de Médecins du Monde et notamment aux travaux de l'Observatoire, cette démarche a pour principal objectif de nourrir la réflexion stratégique et les modalités de mise en œuvre opérationnelle du programme CASO pour les années à venir. A cet effet, elle s'appuie donc sur une méthodologie essentiellement qualitative permettant d'explorer la diversité des CASO, de leurs actions et de leurs impacts et ainsi de **faire émerger des tendances, des enjeux et orientations pour la réflexion collective**.

L'élaboration de ce rapport fait suite aux **travaux de collecte de données** réalisés entre les mois de septembre et novembre 2019 auprès des équipes des CASO et de leurs parties prenantes locales et nationales. Ses conclusions s'appuient sur l'analyse des contributions de plus de 60 personnes sollicitées dans le cadre de 32 entretiens individuels ou focus group, de 20 heures d'observation, et de 74 documents consolidés. Le Comité de Pilotage de l'étude remercie l'ensemble des bénévoles, salariés et parties prenantes ayant accepté de consacrer leur temps à cette démarche.

Sur la base des résultats de l'étude, un travail collectif a été mené par le Comité de Pilotage au début de l'année 2020 afin de formaliser **les principales leçons à tirer dans le cadre de la réflexion sur la stratégie des CASO**. Ces leçons sont intégrées dans le présent rapport.

1 Synthèse des résultats

2 Méthodologie

3 Détails des observations

Observations auprès des parties prenantes nationales

Observations au sein du CASO de Saint-Denis

Observations au sein du CASO de Rouen

Observations au sein du CASO de Grenoble

Observations au sein du CASO de Bordeaux

Observations au sein du CASO de Nice

Observations au sein du CASO de Toulouse

Observations au sein du CASO de Nantes et Angers

4 Résultats de l'étude

Réponses aux questions de recherche

Enseignements & Perspectives

5 Annexes



1

Synthèse de l'étude



Synthèse de l'étude

1. Au niveau local : action des CASO et accès aux droits et au soin des personnes accueillies

- 1 L'étude a d'abord permis d'apporter des compléments qualitatifs aux travaux réalisés par l'Observatoire de l'Accès aux droits et au soin des personnes en situation de précarité **sur les besoins des personnes accueillies**. Ces compléments traduisent le ressenti des équipes et parties prenantes des CASO et portent notamment sur le constat d'un besoin de réassurance autant voir plus prégnant que le besoin de soins médicaux, sur une aggravation ressentie de la situation des personnes accueillies et sur la nécessité d'une appréhension élargie des déterminants de la santé des personnes. Ces ressentis des équipes confirment par ailleurs le sous dimensionnement perçu et la sélectivité croissante des dispositifs de droit commun. Ils mettent par ailleurs en évidence le rôle déterminant des représentations négatives des publics précaires (très majoritairement étrangers migrants et exilés) dans la non-application de leurs droits.
- 2 L'étude conduit à documenter un **certain nombre d'initiatives ou innovations mises en place par les CASO** au cours de la période récente, dont notamment : 1) les formats collectifs d'accompagnement, 2) l'accompagnement physique des bénéficiaires par des bénévoles « volants », 3) le recrutement de bénévoles « pairs », 4) l'accompagnement juridique des bénéficiaires, 5) les activités de prévention, 6) les actions de santé mentale, 7) les travaux de documentation ou de recherche et 8) la mise en place de protocoles infirmiers de pratique avancée. Ces initiatives constituent des pistes d'évolution de l'activité que la réflexion stratégique du programme pourra prendre en compte.
- 3 L'étude a permis de confirmer **un certain nombre d'effets de l'action des CASO sur les personnes accueillies**. Le premier effet fortement confirmé est celui du soutien psycho-social apporté aux personnes accueillies aux CASO. L'étude confirme la perception des CASO comme « lieu ressource » ou « lieu repère » par les personnes en situation de précarité, ainsi que la capacité des équipes à diminuer - au moins ponctuellement - les sentiments de stress, de détresse ou d'anxiété. Les données de l'étude confirment par ailleurs largement les effets attendus en termes d'aide au diagnostic de situation des personnes, d'accès facilité à l'information et de formalisation des parcours d'accès aux droits et au soin. Les effets attendus en termes d'orientation (comprise comme transfert vers les dispositifs de droit commun) apparaissent globalement confirmés, quoi que distincts en fonction de la nature des parcours considérés. On observe ainsi un retour des bénéficiaires au CASO plus fréquent dans le cas des parcours sociaux ou administratifs que dans le cas des parcours de soins médicaux. Les données disponibles n'ont en revanche pas permis de proposer de conclusion robuste sur les effets en termes d'accès effectif au soin et aux droits que ce soit au sein des CASO ou dans des structures de droit commun adaptées. L'atteinte d'effets réels en termes d'autonomisation des personnes dans leur parcours d'accès aux droits et au soin reste discutée en fonction des CASO étudiés – et notamment en fonction de la propension de chacun à permettre ou organiser la réitération des visites.
- 4 L'étude a enfin permis de mettre en avant un **certain nombre de facteurs déterminants l'atteinte** de ces effets, dont notamment : 1) l'accueil inconditionnel des CASO et son adaptation aux situations et caractéristiques spécifiques des personnes en situation de migration, exil et précarité, 2) la mise à disposition d'un lieu d'accueil physique fixe, 3) l'entrée santé et la perspective du soin, 4) la capacité de suivi des personnes lorsque nécessaire, 5) le réseau de partenaires soignants ou facilitateurs, et 6) la formalisation et la sensibilisation des soignants. Ces facteurs sont proposés à la discussion en vue de la réflexion stratégique du programme CASO.

Synthèse de l'étude

2. Au niveau local : plaidoyer des CASO et effets sur les politiques et pratiques de santé locales

- 5 L'étude conduit tout d'abord à distinguer deux principaux objectifs du plaidoyer local des CASO : l'un portant sur l'application effective du droit et l'autre sur le développement de nouveaux dispositifs de droit commun locaux. Elle montre ensuite que ces deux objectifs sont déclinés en **thématiques de plaidoyer local variées dans les CASO** principalement en fonction des publics accueillis et des caractéristiques des dispositifs de droit commun sur les territoires : des plaidoyers autour de publics spécifiques (MNA), des plaidoyers autour d'offres de soin spécifiques (ex. santé sexuelle et reproductive, santé mentale, prévention) et des plaidoyers autour des déterminants de la santé (logement et hébergement, vécus de violence, discrimination et représentation des migrants...) ont ainsi été observés.
- 6 Concernant les actions de plaidoyer locales, l'étude amène d'abord au constat de **stratégies de plaidoyer souvent peu formalisées** par les équipes des CASO pour qui l'action de plaidoyer est souvent fortement déterminée par la priorité donnée au soin et par des situations d'urgence. De façon générale, le degré de tension politique et le niveau de saturation des dispositifs locaux de droit commun semble déterminer fortement les leviers de plaidoyer mis en place par les équipes. Malgré cette absence de formalisation, l'étude fait cependant apparaître des **processus de plaidoyer relativement récurrents** en fonction des objectifs poursuivis. Les plaidoyers visant à l'application du droit reposent ainsi sur 1) une documentation des dysfonctionnements du droit commun, 2) une interpellation et une alerte des agents du droit commun puis, 3) le cas échéant, le recours aux actions de contentieux. De même, les plaidoyers visant au développement de nouveaux dispositifs reposent sur 1) une documentation approfondie des besoins, 2) une préfiguration des solutions de droit commun, 3) la sensibilisation, la mobilisation et la préparation des agents du droit commun – souvent accompagnée de 4) une fermeture des consultations ou actions de soin concernées dans le CASO. De façon générale, l'étude soulève enfin le problème de la difficile organisation du plaidoyer au sein des CASO.
- 7 Les données collectées auprès des CASO et auprès de leurs partenaires permettent de **confirmer et illustrer les effets significatifs du plaidoyer des CASO sur l'évolution des dispositifs locaux de droit commun** dans l'ensemble des territoires étudiés. Les trois principaux effets mis en évidence sont : 1) l'influence politique et médiatique locale autour des thématiques de précarité (certains CASO), 2) la contribution à l'amélioration continue des dispositifs de droit commun (majorité des CASO étudiés) et 3) la mise en place de nouveaux dispositifs de droit commun (majorité des CASO étudiés). Dans le cas d'actions collectives, une contribution spécifique des CASO à l'atteinte des objectifs est généralement reconnue par les parties prenantes – notamment du fait d'un leadership ou d'un renfort technique apporté.
- 8 L'étude permet enfin de mettre en évidence **plusieurs facteurs semblant déterminer la réussite du plaidoyer local**. Ces facteurs concernent d'abord l'entretien de la légitimité des CASO (production de données, figure du médecin, activité effective de soin, implication voire leadership dans les collectifs inter-associatifs). Ils portent ensuite sur la posture adoptée par les équipes CASO (posture d'expertise et de conseil, absence de conflictualité). Ils concernent enfin deux pistes d'amélioration ressortant très fortement de l'étude : celle de la mise en place d'un suivi des orientations et des parcours des personnes accueillies, et celle de l'adaptation locale du modèle opérationnel des CASO. Un point de réflexion ressort enfin de cette analyse : celui de l'efficacité mitigée des démarches de fermeture de CASO.

Synthèse de l'étude

3. Au niveau national : plaider du programme CASO et évolution des politiques et pratiques de santé en France

- 9 Dans son ensemble, l'étude fait notamment ressortir la transition perçue du plaider national du programme CASO d'un **paradigme « de conquête »** (visant à l'obtention de nouveaux droits) à un **paradigme « de protection »** (reposant sur la mise en évidence d'écart entre droits théoriques et situations effectives, sur la défense des acquis et la prévention des dégradations de la situation des personnes). Cette transition, en partie expliquée par une forte dégradation du contexte général d'action de MdM-F, est confirmée par une large majorité des interlocuteurs et semble constituer une clé de lecture importante des actions mises en place et des effets du plaider sur la période récente.
- 10 L'étude permet d'illustrer **différents leviers de plaider** mis en place par les équipes du programme CASO sur la période récente. Le principal est celui de la collecte et l'analyse de données dans le cadre de l'Observatoire. Les retours des parties prenantes nationales confirment le caractère « unique » ou « sans équivalent » des données produites par l'Observatoire sur la situation de santé des personnes et le fait qu'aucun acteur - y compris public - n'est en mesure de produire une veille similaire dans le contexte français. On note ainsi que ce travail contribue à faire du programme CASO un interlocuteur indispensable pour la puissance publique ainsi que pour les autres acteurs associatifs. Les autres leviers de plaider observés sont ceux de la constitution, l'animation et la participation à des actions inter-associatives, le lobbying auprès de décideurs publics et la participation à l'ingénierie du cadre légal et réglementaire ou des actions gouvernementales. Sans qu'un consensus clair ne se dégage des données collectées à ce sujet, plusieurs signes d'un « retrait perçu » de Médecins du Monde hors des lieux de décision nationaux sur la période récente ressortent de l'étude. L'étude ne permet pas de dire si cette perception est due à un retrait effectif ou à une visibilité insuffisante du travail de plaider au niveau national.
- 11 Dans une perspective historique, l'étude confirme **différentes victoires largement attribuables au plaider des CASO** – déjà documentées par ailleurs – concernant les PASS, les LHSS, LAM, la CMU, CMU-C, ou encore la PuMA. Sur la période récente, l'étude met en évidence des **effets du plaider de nature différente**, concernant notamment un maintien dans le débat public, politique et médiatique d'une exigence de prise en charge des personnes en situation de précarité, un effet préventif sur la dégradation des droits, et une contribution à l'ingénierie de certaines actions gouvernementales. En lien avec l'évolution du plaider vers une posture plus défensive, les échanges avec les équipes des CASO font ressortir une forme de « flottement » ou de « doute » autour de l'efficacité du plaider national sur la période récente – qui semble *en partie* explicable 1) par une conceptualisation insuffisante des résultats attendus d'un plaider « de protection » et donc une difficulté à les valoriser et 2) par une communication interne insuffisante autour des plaiders menés par le Siège. L'étude invite ainsi au développement d'une compréhension ou d'une conceptualisation renouvelée des succès attendus du plaider national du programme CASO - notamment autour de l'idée de la *prévention* de dégradations des droits.
- 12 L'étude permet enfin de mettre en évidence **plusieurs facteurs semblant déterminer le succès des actions de plaider national** du programme CASO. Ces éléments concernent notamment 1) l'approfondissement de la collecte de données sur les parcours de soin (cf. recommandations au niveau local), 2) le maintien d'une activité de soin et d'une « redevabilité » des acteurs du droit commun, 3) le maintien d'une posture de conseil et expertise technique exempte de conflictualité, 4) une animation et un suivi approfondi des anciens membres du programme et enfin 5) une contribution à la constitution et la diffusion d'un corpus de pratiques sur la prise en charge des populations vulnérables. Au global, l'étude invite à repenser l'articulation et la complémentarité entre le plaider national et les plaiders locaux pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes vulnérables.



2

Méthodologie



Méthodologie

1.Objectifs de l'étude & Questions de recherche

Dans le cadre de cette étude, MdM-F a souhaité **interroger la pertinence du programme CASO** à la fois en termes d'amélioration de l'**accès aux droits et au soin des personnes accueillies** et en termes de participation aux **évolutions du système de santé en France**. Cette réflexion avait par ailleurs pour objectifs d'identifier **les modalités d'actions les plus susceptibles de maximiser l'impact sanitaire et social du programme CASO** sur l'accès aux droits et au soin des personnes en situation de vulnérabilité en France. Douze questions de recherche successives ont été formulées pour répondre à ces enjeux.

Au niveau local

Action des CASO et accès
aux droits et au soin
des personnes accueillies

- 1 Quels sont les principaux BESOINS des personnes accueillies ?
- 2 Quelles sont les INITIATIVES et INNOVATIONS mises en place par les CASO en réponses à ces besoins ?
- 3 Quels sont les EFFETS de ces actions sur les personnes accueillies ?
- 4 Quels sont les facteurs DÉTERMINANTS l'atteinte de ces effets ?

Au niveau local

Plaidoyer des CASO et effets sur les
politiques et pratiques de santé
locales

- 5 Quelles sont les principales THÉMATIQUES de plaidoyer local des CASO ?
- 6 Quels sont les LEVIERS de plaidoyer utilisés localement par les CASO ?
- 7 Quels sont les EFFETS de ce plaidoyer sur les politiques et pratiques de santé locales ?
- 8 Quels sont les facteurs DÉTERMINANTS l'atteinte de ces effets ?

Au niveau national

Plaidoyer du programme CASO et
effets sur les politiques et pratiques
de santé en France

- 9 Quelles sont les principales THÉMATIQUES de plaidoyer national du programme CASO ?
- 10 Quels sont les LEVIERS de plaidoyer utilisés par le programme CASO ?
- 11 Quels sont les EFFETS de ce plaidoyer sur les politiques et pratiques de santé nationales ?
- 12 Quels sont les facteurs DÉTERMINANTS l'atteinte de ces effets ?

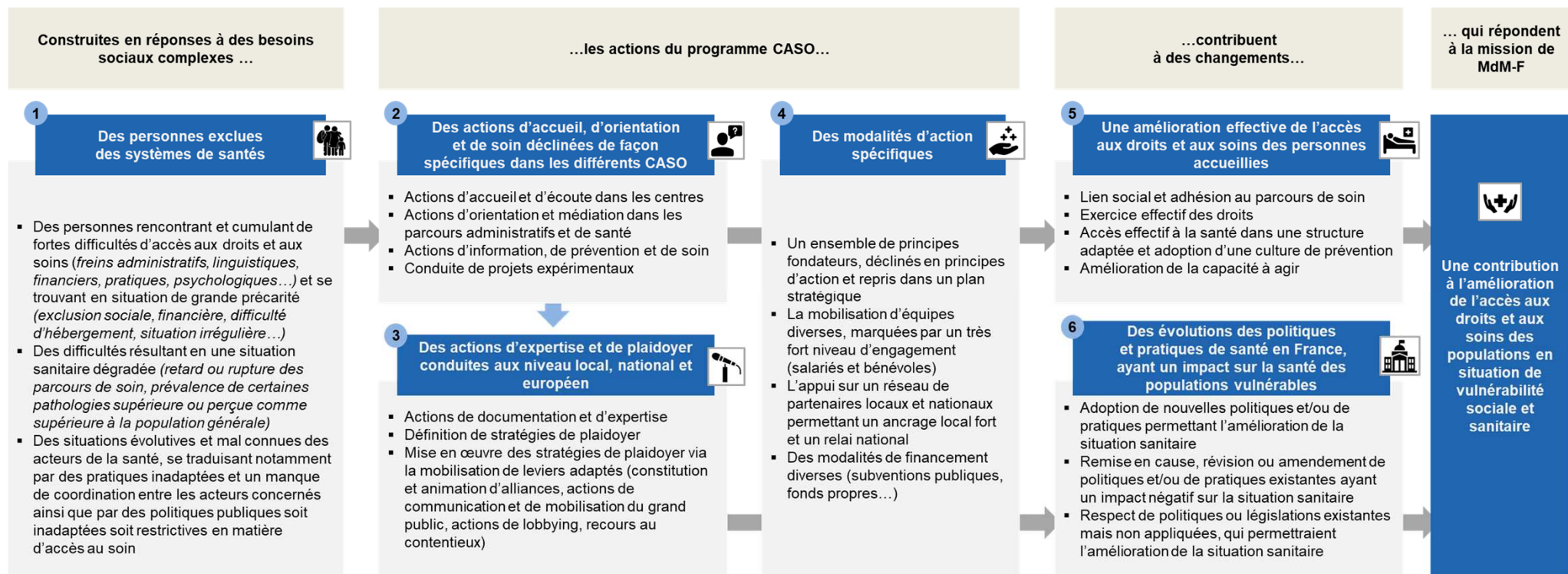
Un regard sur l'efficacité des différentes actions du programme CASO et sur les évolutions susceptibles de l'améliorer dans le cadre de sa mission

Méthodologie

2. Le référentiel construit pour l'étude

Afin de construire l'étude sur des bases solides et de favoriser la bonne appropriation de l'étude au sein de Médecins du Monde, un référentiel a été construit aux premières phases de la démarche avec les membres de son Comité de Pilotage sous forme d'une théorie de programme. Résumé ci-dessous, ce référentiel décrit **les différentes hypothèses et définitions sur la base desquelles les travaux ont été menés**. Il décrit **la compréhension du programme CASO développée au début de la démarche** – que la collecte et l'analyse des données a eu pour objectif de vérifier.

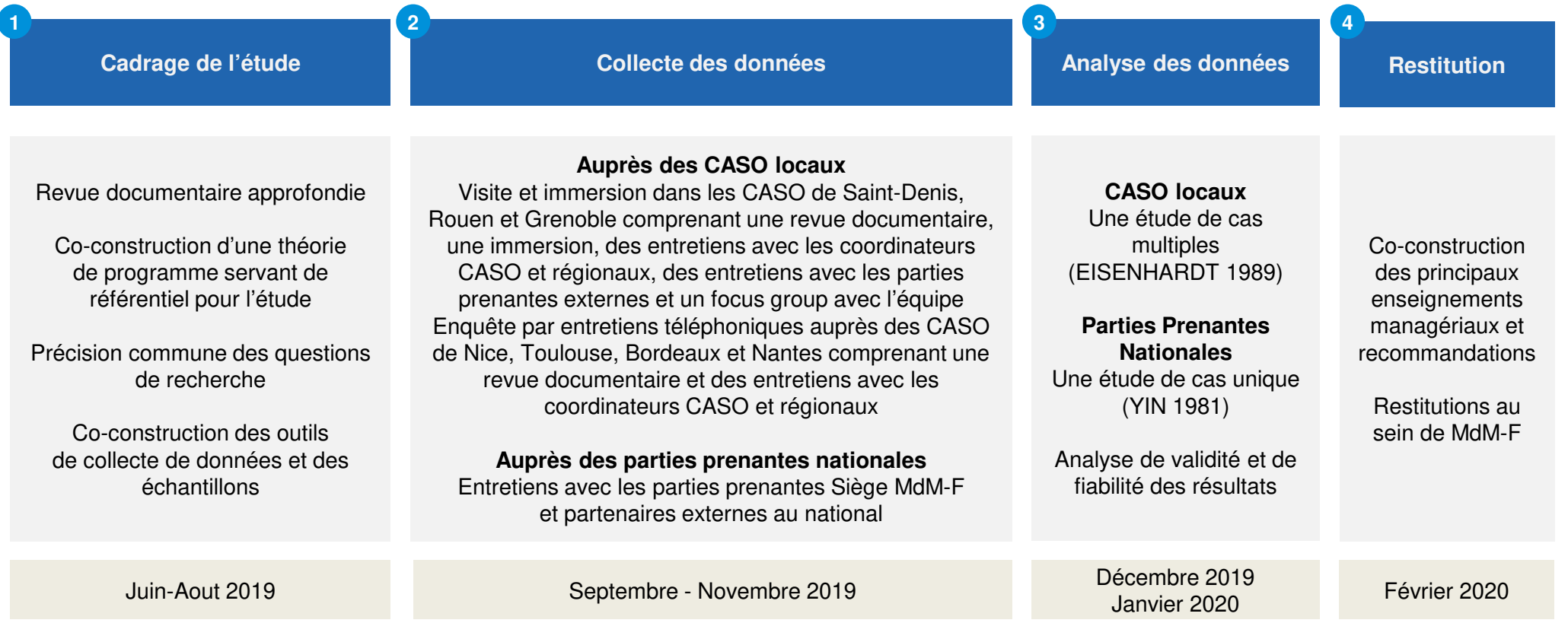
Proposition de théorie de programme pour le programme CASO



Méthodologie

3. La démarche d'étude des actions et des effets

La démarche d'étude a été conduite selon les **quatre étapes décrites ci-dessous**.



Méthodologie

4. Les données collectées

Trois principales collectes de données ont été menées durant l'étude : 1) des visites immersives dans 3 CASO 2) une enquête par entretiens téléphoniques auprès de 4 CASO complémentaires et 3) une série d'entretiens semi-directifs avec des parties prenantes de MdM-F au niveau national. **Une vue d'ensemble de l'échantillon de données est proposée ci-dessous.**

	Nombre d'interlocuteurs	Nombre d'entretiens et durée totale	Durée des phases d'observation	Données documentaires
CASO de Rouen	14 <i>dont 3 externes</i>	5 entretiens et 1 focus group, 290 min	2 phases d'1/2 journée chaque	8 documents
CASO de Grenoble	10 <i>dont 1 externe</i>	3 entretiens et 1 focus group, 265 min	1 phase d'1/2 journée	36 documents
CASO de Saint-Denis	13 <i>dont 2 externes</i>	5 entretiens et 1 focus group, 410 min	4 phases d'1/2 journée chaque	10 documents
CASO de Bordeaux	3	3 entretiens, 160 min	-	7 documents
CASO de Nice	1	1 entretien, 104 min	-	1 document
CASO de Toulouse	4	3 entretiens dont 1 collectif, 211 min	-	7 documents
CASO de Nantes / Angers	2	1 entretien collectif, 73 min	-	1 document
Parties prenantes Nationales	13 <i>dont 10 externes</i>	9 entretiens dont 3 collectifs, 553 min	-	2 documents
TOTAL	60	33 entretiens, 2066 min	20 heures d'observation	74 documents

Le regard du COPIL

L'échantillon de données collectées présente **un ensemble de forces** à prendre en compte dans l'appréciation des résultats de l'étude. Ces forces sont notamment : 1) la diversité des CASO étudiés assurant la représentativité théorique de l'échantillon et 2) la qualité des parties prenantes externes mobilisées pour les entretiens (délégué interministériel, député, acteurs historiques de la solidarité, partenaires institutionnels de MdM-F, chercheur...) conférant une réelle légitimité aux avis recensés.

Cet échantillon présente également **certaines faiblesses** qu'il convient de considérer à la lecture de l'étude et de ses résultats. Ces faiblesses sont notamment : 1) une faible prise en compte du point de vue des personnes accueillies (réalisée seulement via les immersions et la mobilisation de la bibliographie existante en interne à ce propos), 2) une forte proportion d'interlocuteurs internes à MdM-F dans les entretiens ainsi qu'une forte proportion d'interlocuteurs au niveau local - conférant un poids dominant aux points de vue exprimés par les équipes des CASO au niveau local par rapport aux parties prenantes internes et externes au niveau national.

Méthodologie

4. Biais & Limites de l'étude

Plusieurs biais et limites inhérents au dispositif de recherche mis en place doivent être portés à l'attention des lecteurs(trices), de façon à ce qu'ils(elles) puissent les prendre en compte dans leur appréciation des résultats de l'étude.

L'absence de données déclaratives et de sollicitation directe des bénéficiaires

En dehors des temps d'observation non-participante réalisée dans les CASO de Rouen, Grenoble et Saint-Denis, le dispositif d'étude ne comprend aucune collecte de données déclaratives directe auprès des personnes accueillies en CASO. A l'incitation du Comité de Suivi de l'étude, les seules données déclaratives bénéficiaires mobilisées dans le cadre cette démarche proviennent de la consolidation de travaux de recherche existants, communiqués par les CASO et leurs parties prenantes (ex. thèse de médecine, mémoire de recherche étudiant, enquête conduite par les bénévoles...). De ce fait, le matériau collecté ne permet qu'une documentation incomplète des effets de l'accompagnement tels que perçus par les bénéficiaires.

L'absence de données de suivi des trajectoires des bénéficiaires

Du fait de pratiques très variées dans le suivi des bénéficiaires orientés vers le droit commun, la présente étude n'a pas pu s'appuyer sur un matériau quantitatif complet sur les trajectoires des bénéficiaires à l'issue de leur passage en CASO. Les observations réalisées sur les effets de l'action en termes d'accès aux droits et au soin reposent ainsi principalement sur des exemples de trajectoires de bénéficiaires décrits pas les salariés, bénévoles et partenaires des CASO. Ce matériau s'est révélé plus adapté pour montrer les dysfonctionnements du droit commun et faire émerger des modalités de prise en charge efficaces que pour tirer des conclusions globales sur l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies. Le développement des capacités de suivi des bénéficiaires orientés dans le droit commun constitue d'ailleurs l'une des pistes de réflexion ouvertes à l'issue de la présente étude.

Le focus sur la période récente et l'absence de données contrefactuelles

Du fait du profil des interlocuteurs sollicités (et notamment de leur ancienneté au sein de MdM), les données collectées concernent prioritairement la période récente (i.e. les 4-5 dernières années). Les données collectées sont en revanche bien plus parcellaires concernant les périodes antérieures du programme CASO. Le positionnement unique et spécifique du programme CASO parmi les différents acteurs de l'accès aux droits et au soin des populations précaires en France a posé d'importantes difficultés d'analyse contrefactuelle. Aucune donnée comparable à celles produites par le programme CASO (Observatoire de l'Accès aux droits et au soin) n'a en effet pu être collectée auprès d'autres acteurs publics ou associatifs – limitant ainsi leur analyse critique. De même, le dispositif d'étude ne prévoyait pas de collecte de données auprès de territoires sans implantation de CASO.

La représentativité imparfaite de l'échantillon

Du fait des contraintes de ressources prises en compte dans le cadre d'étude, seuls 7 CASO sur les 14 actifs au début de la démarche ont fait l'objet d'une collecte de données. Malgré des critères d'échantillonnage partagés et débattus durant la phase de cadrage de l'étude de façon à définir un échantillon représentatif de la diversité des CASO, il est possible que certaines actions, initiatives, succès ou difficultés propres aux CASO absents de l'échantillon n'aient pas été correctement montrés dans les travaux. De même, tous les entretiens réalisés n'ont pas fait l'objet d'un travail de retranscription détaillée : ceux pour lesquels le traitement a été limité à une prise de note sont notamment moins repris dans les verbatims illustratifs de l'étude.



3

Observations



3.1

Observations auprès des parties prenantes nationales



Parties prenantes nationales

1. Regard sur les problématiques d'accès aux droits et au soin (1/2)

Au global, l'étude confirme la pleine conscience qu'ont les parties prenantes interrogées au niveau national des difficultés d'accès aux droits et au soin que rencontrent les personnes précaires. Les retours des parties prenantes amènent à distinguer trois principales explications à ces difficultés – venant compléter les données techniques de l'Observatoire.

- Les parties prenantes interrogées mettent d'abord en évidence **l'occultation du sujet de l'accès aux droits et au soin des populations précaires par le débat sur l'immigration**.
- La plupart des parties prenantes interrogées mettent par ailleurs en avant un phénomène de « **non-accueil organisé par l'Etat** » ou de « **logique de déport** » du droit commun vers le secteur associatif ou humanitaire – souvent présenté comme une stratégie tacite ou intentionnelle des institutions.
- Tout en soulignant d'importants progrès locaux au cours de la période récente, les interlocuteurs publics interrogés confirment par ailleurs souvent le diagnostic de **sous-dimensionnement opérationnel et technique des dispositifs de droit commun**.

Occultation du sujet de l'accès aux droits et au soin des populations précaires par le débat sur l'immigration

« Aujourd'hui le vrai problème c'est que la santé des migrants relève plus du ministère de l'intérieur que du ministère des affaires sociales. C'est ça le problème. Le discours qui montre que le retard de prise en charge est préjudiciable à la fois pour la santé publique et pour les finances publiques est tout à fait entendu pour les populations précaires au niveau national, mais on ne l'entend pas pour les populations migrantes – justement parce qu'il y a tout ce débat sur l'immigration qui pollue tout. C'est l'obstacle fondamental. » (CEPN)

Déport tacite, voir intentionnel sur le secteur associatif

« Ce que révèle notamment la Seine-Saint-Denis c'est la pente actuelle du système : ça fait 20 ans que cette logique de déport s'est aggravée avec en effet une accélération sur les territoires les plus vulnérables. Donc c'est ça qui est grave : c'est que le spectre inégalitaire s'élargit encore. Et malheureusement, je crains que ce déport soit largement conscient, qu'il ne soit pas uniquement subi du fait des volumes. Je crains qu'il soit en partie conscient. En fait ce que fait MdM, aujourd'hui, les pouvoirs publics seraient bien en peine de faire la même chose – où plutôt, serait capable de le faire mais avec un niveau de coût et d'ingénierie que ne paraît pas accessible à court terme. Et c'est un vrai scandale parce qu'en réalité ça devrait être fait par les pouvoirs publics. Si on regardait réellement, je suis persuadé que c'est finançable bien sûr. Mais on est dans une situation de droit positif où finalement, c'est la situation créée par les faits qui s'impose où les gens – et l'Etat – s'habituent à ça. Et je crains que chez certains, en tout cas, ce soit quelque chose de tout à fait conscient. » (DILPLEJ)

Organisation et dimensionnement insuffisant des PASS

« Mais si on pense aux PASS, c'est un peu pareil c'est-à-dire qu'on a réussi à avoir un cadre qui est beaucoup plus satisfaisant. Mais on n'a pas encore les moyens correspondants aux besoins. D'où la nécessité encore que Médecins du Monde continue à intervenir avec ses CASO. » (Ministère de la Santé, DGS)

« Je pense que les PASS sont pas mal organisées dans les hôpitaux mais n'ont pas de moyens. Il faut renforcer fortement l'action des PASS et les moyens des PASS. Je pense qu'il y a entre guillemets un recrutement ou une orientation vers MdM qui se fait assez tôt - par le biais des associations d'accueil des migrants notamment qui dirigent volontiers des patients vers Médecins du Monde. Et donc il y a un certain nombre de patients qui entrent dans les CASO mais qui pourraient relever du droit commun, voire qui ont des droits ouverts. J'avais discuté avec des médecins de PASS qui me disaient qu'ils étaient parfois surpris justement d'avoir des patients qui leur étaient envoyés par Médecins du Monde, mais qui en fait auraient relevé directement des PASS ou des systèmes de droit commun. » (Assemblée Nationale)

Parties prenantes nationales

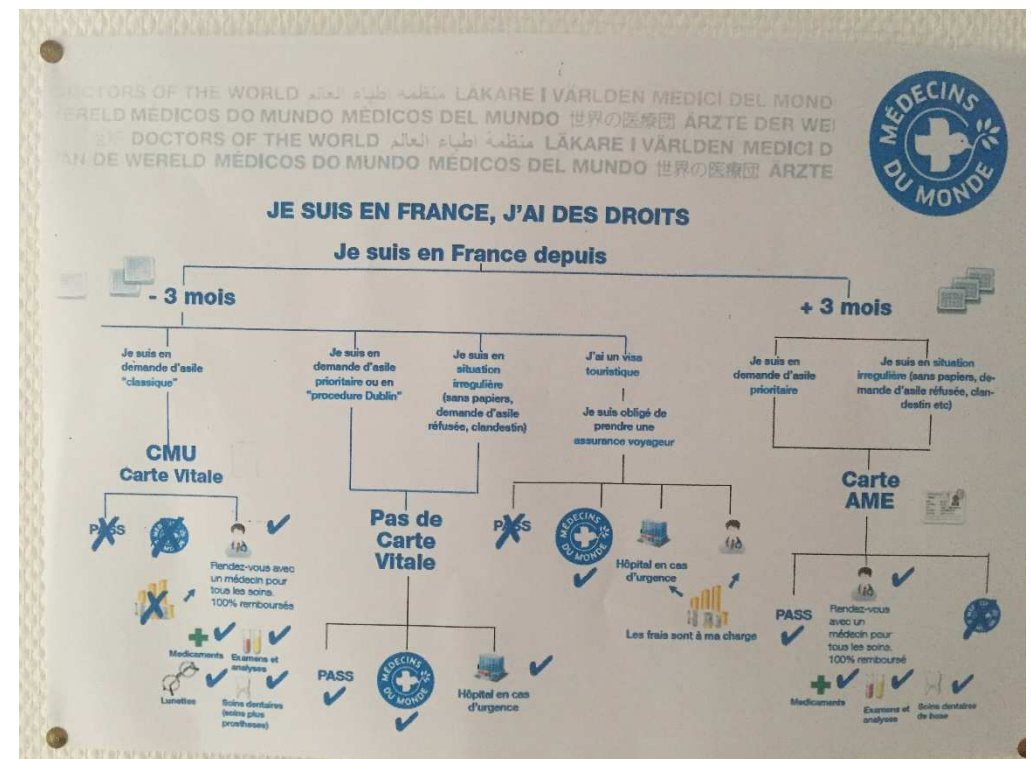
1. Regard sur les problématiques d'accès aux droits et au soin (2/2)

Au regard des différentes problématiques mentionnées précédemment, de nombreux interlocuteurs semblent confirmer l'institutionnalisation d'un système d'accès au soin à « **deux vitesses** » ou à « **double standard** ». Devant la situation qu'ils observent, certains questionnent d'ailleurs la terminologie même de « droit commun ».

« Cette question se pose aussi à l'intérieur du système hospitalier avec les PASS. Surtout à l'heure actuelle, vu l'encombrement des consultations hospitalières, des urgences hospitalières, la PASS est vécue comme le déversoir naturel par certains médecins pour les personnes pour lesquelles il n'y a pas de place dans le reste du système. [...] Avec une perception et une représentation des PASS comme étant ça, c'est la médecine pour les pauvres, c'est le résidu de la fonction hospice de l'hôpital public. [...] C'est-à-dire que finalement on a un système à double standard qui s'est développé de façon non pensée a priori. [...] Les choses se sont mises en place de façon quasiment insidieuse. » (Académie Nationale de Médecine)

« Ce qui est assez intéressant aussi c'est de voir que cela peut être super valorisé par les professionnels des PASS comme une pratique médicale à part, particulièrement adapté pour des personnes qui ont soit été éloignées pendant longtemps, soit n'ont pas du tout eu accès au soin dans leur vie, avec lesquelles il y a besoin de faire de la médiation, en tout cas de les rapprocher vers le système de soins, les "éduquer" pour citer certains professionnels de PASS. Mais aussi de l'autre côté une médecine qui n'est pas du tout valorisée par la hiérarchie médicale. » (FAS)

« Cette ouverture de droit par l'entremise de Médecins du Monde c'est presque une fonction d'assistante sociale et du coup je pense que ça encourage un circuit avec une étape supplémentaire vers le droit commun – étape qui n'est pourtant pas forcément indispensable. » (Assemblée Nationale)



Source : Affichage CASO de Rouen

Parties prenantes nationales

2. Principaux thèmes de plaidoyer & Evolution

- De façon générale, l'étude fait apparaître une **évolution progressive du plaidoyer du programme CASO, depuis un plaidoyer qualifié « d'offensif » attaché à la conquête de nouveaux droits à un plaidoyer qualifié de « plus défensif »** principalement porté sur l'application du droit théorique, la défense des acquis et la prévention d'une dégradation des droits. Malgré cette tendance d'ensemble, l'étude montre qu'un plaidoyer « offensif » continue cependant d'exister sur certaines thématiques - notamment la fusion de l'AME et de la PuMA.
- Cette évolution a amené à un changement dans **la nature des effets recherchés** via les actions de plaidoyer. Le programme CASO est ainsi passé d'une phase de « victoires » très explicites à une phase où le succès des actions de plaidoyer doit être repensé et compris différemment. Cette évolution semble expliquer une forme de « **flottement** » ou de « **doute** » parmi les partenaires internes et externes du programme quand à l'efficacité du plaidoyer et à la pertinence des leviers choisis. Pour dépasser ce flottement, certains encouragent le programme à renouveler sa compréhension du plaidoyer mené et des résultats devant être atteints.

« Mais globalement et je pense que Médecins du Monde, ils doivent le ressentir un peu pareil. C'est-à-dire il y a plus de 10 ans, on était dans de la construction et on pouvait quand on regardait les résultats se féliciter sur ce qui avait été construit. J'ai l'impression que depuis ces dernières années, on est beaucoup plus sur la défensive. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS)

« Médecins du Monde a, pendant longtemps, été un acteur de combat positif, donc à demander des droits complémentaires, obtenir des droits complémentaires. Mais ils semblent être entrés dans une phase plus défensive qui travaille maintenant sur les écarts entre la situation effective des personnes et leurs droits théoriques. C'est-à-dire qu'on a construit un modèle social à partir des droits... d'ailleurs, certains défendent encore aujourd'hui l'approche par les droits en considérant que l'égalité en droit garantit, d'une certaine manière, l'égalité sociale. Mais force est de constater qu'on s'est planté. D'abord, l'égalité des droits est bidon, dans la vie réelle elle n'existe pas et quand bien même vous obtenez un peu l'égalité de droit. Vous n'avez pas d'égalité sociale derrière parce qu'évidemment vous avez un capital social et que c'est très simple. Aujourd'hui, le combat qui était un combat offensif de gagner du progrès social pour les gens, et ça passait beaucoup par un combat de plaidoyer sur les droits, devient un combat à la fois défensif pour protéger certains droits qui sont attaqués. Et devient aussi un combat pour rendre effectif des droits dont on pensait qu'en gagnant leur inscription dans la loi ou dans la réglementation, on les avait acquis alors qu'en fait en réalité, c'est des droits mous. C'est des droits factices, c'est des droits virtuels. Et c'est pour ça que moi, j'ai toujours été très rétif à l'approche par les droits. J'ai toujours considéré que l'approche par les droits, c'était une vision juridique du social et pas une vision concrète. » (DILPLEJ)

« Et aujourd'hui je pense que, c'est mon avis personnel de la façon dont évolue les missions France : autant il y a eu des évolutions, il y a eu des avancées importantes jusque dans les années 2000 avec un certain nombre de lois effectivement qui ont permis des avancées aussi bien en termes de précarité que d'accès au soin, etc.. [...] Et aujourd'hui on est quand même plutôt sur un recul, on rediscute, on se bat pour maintenir l'existant et la menace sur l'AME est parlante. [...] On a du mal à faire avancer le droit, on est vraiment juste déjà dans comment faire pour maintenir les acquis et pour faire en sorte qu'il n'y ait pas un délabrement encore plus important du système de santé. » (CR Toulouse)

Parties prenantes nationales

2. Principales actions de plaidoyer

- Au niveau national, l'étude fait principalement ressortir les actions du programme CASO en **termes de lobbying auprès de décideurs publics** et en **termes de constitution et contribution à des réseaux d'acteurs** ou coalition de cause commune. L'étude confirme ainsi la mobilisation de Médecins du Monde dans la construction, le portage et le relai de plaidoyer inter-associatif. Parallèlement, les parties prenantes interrogées confirment aussi la présence de MdM dans les groupes de réflexion et d'échanges inter-associatifs et l'éclairage particulier que le programme CASO apporte au sein de ces instances sur les questions de santé et précarité. (Commission Santé de l'UNIOPSS, Collectif Alerte, Comité de suivi et Conseil de surveillance du Fonds CMU-c).
- Dans certains échanges, le ressenti **d'un désengagement ou d'une moindre présence** du programme CASO sur la période récente est souligné par nos interlocuteurs.

« Nous, on a surtout connaissance de ces plaidoyers-là, des actions de communication ou de mobilisation qui sont faites en coopération avec d'autres, enfin de toute façon, je pense que c'est quasi-systématique maintenant. À mon sens, je n'ai pas vu sortir de plaidoyer de Médecins du Monde qui soient juste signés Médecins du Monde ou c'est de moins en moins le cas. [...] C'est un point fort que l'action soit coordonnée et puis le plaidoyer soit coordonné. » (Fonds CMU-c)

« Alors j'ai du mal à dire que c'est Médecins du Monde seuls, ce n'est jamais Médecins du Monde seuls, c'est Médecins du Monde avec la FAS, avec SAMU social et toute la bande. Mais je veux dire, c'est des choses encore une fois, je ne dis pas qu'on n'aurait pas eu l'idée de le faire sans eux, moi je suis venu quand même, nommé avec déjà en tête ces enjeux-là. Mais évidemment que leur mobilisation, leur expertise et tout a été déterminante, évidemment. » (DILPLEJ)

« Médecins du Monde est aussi membre du collectif Alerte qu'on coordonne, et c'est vrai que sur les questions par exemple de la stratégie de lutte contre la pauvreté, Médecins du Monde nous apporte un éclairage sur les questions de santé, l'inégalité d'accès et tout ce qui peut entraîner comme exclusion des questions sanitaires. En termes de santé, on a une commission santé, Médecins du Monde est très important dans cette commission. Par son impact, par son envergure, par l'expertise qu'il nous apporte. Donc, ça, c'est un élément important. » (UNIOPSS)

« C'est une économie circulaire pour faire que ces plaidoyers soient constamment enrichis vis-à-vis des uns des autres. Je vois l'exemple sur Alerte, on produit un document martyr plus ou moins ici. Ensuite, je viens ou ça peut être un des adhérents d'Alerte qui y va, ça arrive assez souvent ici. Il y a toujours quelqu'un qui à la base produit une note d'intention et ensuite on partage pour arriver à un travail de consignation, de coordination. » (UNIOPSS)

« Médecins du Monde alimente les travaux de la DGS de deux façons. D'abord par l'observatoire qui produit des données objectives sur l'état de santé des populations précaires (prévalence des maladies, couvertures vaccinales, accès aux dépistages, etc.) qui ne sont pas disponibles par ailleurs. Et ensuite par la participation aux travaux techniques conduits par la DGS, la production de rapports, ou encore l'interpellation du Ministère de la santé sur certains sujets. » (DGS)

Illustration

3. Principaux effets du plaidoyer (1/3)

Dans une perspective historique

- L'étude souligne le **rôle historique joué** par le plaidoyer structuré à partir des CASO dans les **grandes avancées du droit** qui ont marqué le début des années 2000 (CMU, CMU-c, PuMA).
- L'étude met aussi en lumière la **contribution décisive apportée par le programme CASO à l'ingénierie des PASS**.
- L'étude apporte enfin un éclairage complémentaire sur la contribution apportée par le Programme CASO à **l'expérimentation et au déploiement de dispositifs médico-sociaux innovants** permettant d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des populations précaires (LHSS, LAM, etc..)
- A côté de ces effets clairement identifiables - et en lien avec l'évolution du plaidoyer des CASO depuis un plaidoyer « de conquête » vers un « plaidoyer de protection », l'étude montre que **les effets du plaidoyer ont changé de nature** - raison pour laquelle les interlocuteurs peinent parfois à citer des victoires ou font part d'une perception d'inefficacité du plaidoyer aujourd'hui. L'étude invite ainsi à changer de regard sur ces effets et à ne pas nécessairement les chercher là où on les attendait précédemment.

Sur la paternité du concept de CASO

« Donc vraiment l'idée de centres de soin gratuit dont les données vont être utilisées à des fins de lobbying ou de plaidoyer, il faut pleinement reconnaître la paternité de cette idée à Médecins du Monde au début des années 80. Il n'y a pas d'ambiguïté. » (AIDES)

Sur le rôle de MdM dans la mise en place de la CMU

« Pour l'avoir vécu en étant au ministère toutes les semaines et en écrivant le texte de la CMU, je vous confirme que Médecins du Monde a été un acteur majeur de la CMU. Parce qu'on s'est rendu compte quand même très vite que le premier obstacle à l'accès au soin dans le système de droit commun, c'était évidemment le manque de couverture maladie. Et donc on a obtenu cette couverture maladie universelle en 99. [...] On a été l'acteur majeur pour une raison très simple c'est qu'on a choisi une option qui était de travailler avec les mutuelles non lucratives. Donc avec les deux fédérations de mutuelles parce qu'on voulait que la loi soit adoptée à une majorité écrasante pour qu'elle soit après appliquée de façon satisfaisante. » (Historique MdM)

Sur la contribution du programme CASO à la mise en place des PASS

« Je pense que les CASO, leur succès, ça a vraiment été la mise en place des PASS. Ça c'est un objectif qui a été pleinement atteint. Enfin pleinement... qui a été atteint en tant que construction de cette entité à laquelle il faut maintenant donner plus de moyens pour qu'on puisse réellement avoir une disparition des CASO. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS)

Sur la contribution des CASO à l'acceptation de la domiciliation déclarative

« Une autre victoire des CASO c'est le fait de pouvoir faire une domiciliation déclarative. Cela a été quatre ans de lutte avec la dernière année des réunions communes toutes les semaines. Et dès qu'on a eu la domiciliation déclarative même si elle n'était pas appliquée partout, cela a fait baisser extraordinairement le chiffre des problèmes à ce propos : de premier obstacle, c'est devenu le troisième ou quatrième obstacle dans l'accès au soin. » (Historique MdM)

Sur la contribution de MdM dans le déploiement de dispositifs médico-sociaux innovants

« La contribution quand même des plaidoyers et des sujets qu'ils portent, alors on avait par exemple, sur le fait d'avoir plus de structures qui accueillent les personnes sans domicile fixe, en situation de maladie comme les LHSS et les LAM, je pense que leurs plaidoyers, enfin la communication qu'ils portent là-dessus, porte ses fruits. » (Fonds CMU-c)

Parties prenantes nationales

3. Principaux effets du plaidoyer (2/3)

Sur la période récente

- L'étude met en évidence le positionnement très spécifique des **CASO comme les dépositaires d'un certain nombre de souffrances vécues** par les personnes qui y sont accueillies. Ce positionnement assoit indiscutablement la **légitimité** de l'association à porter un plaidoyer pour l'accès aux droits et au soin des populations vulnérables et **justifie la posture d'intransigeance** de MdM face à ses différentes parties prenantes. On note qu'un consensus assez clair se dégage sur ce point parmi les parties prenantes interrogées.
- De cette posture, découle ce que l'étude permet d'identifier comme un **rôle de « sentinelle » de MdM-F** dont les actions, les prises de paroles et interventions permettent de **maintenir une pression politique, publique et médiatique**, prévenant les tentatives de remise en question des droits acquis. Ainsi le plaidoyer des CASO semble avoir un **effet préventif sur la dégradation des droits**. Un consensus assez clair se dégage sur ce point également.
- L'étude montre enfin un autre effet du plaidoyer des CASO : l'identification de Médecins du Monde comme **un relai d'influence clé** et un **point de repère technique** dans le système d'accès aux droits et au soin français, pour tout ce qui a trait à la situation de santé des populations précaires.

Sur la perception d'intransigeance de MdM

« Médecins du Monde pour moi est dépositaire d'une forme d'exigence en permanence, d'une absence de concession sur un certain nombre d'éléments de principe et tout qui est absolument indispensable et salubre dans la période. Ça constitue un repère. » (DILPLEJ)

« Leur premier apport, c'est l'exigence politique. Pour moi, Médecins du Monde c'est un socle de valeurs, de convictions. Et c'est des gens qui sont sans complaisance. C'est-à-dire vous ne faites pas des mauvais deals et vous êtes dans une relation qui reste sympathique, amicale. Mais vous ne créez pas de complicité malsaine, vous allez chercher à trouver des voies de passage sur des trucs qui sont non-négociables. Donc Médecins du Monde est dans cette relation que je trouve très saine, très carrée sur les valeurs, les principes, les grands objectifs et tout. Donc pour moi c'est d'abord un regard politique et une exigence politique. Après, évidemment, ça veut dire que c'est aussi des gens qui sont là pour nous piquer les jarrets et pour nous faire mal, pour nous dire quand ça ne va pas. Malheureusement, ils sont dépositaires de beaucoup de souffrance sur le territoire et il y a beaucoup de gens, ils sont aussi là pour sans cesse rappeler la brûlure. Donc ça, c'est très important et ce n'est pas de l'émotion. Ça, c'est de l'exigence. » (DILPLEJ)

Sur le rôle de sentinelle de MdM et l'effet préventif sur la dégradation des droits

« Je pense que MdM participe beaucoup à la controverse. Et la controverse c'est important. Ça ne va pas de ça quoi : supprimer l'AME ça ne va pas de soi. Et c'est justement parce que ces positions-là sont à rebours de l'opinion commune qu'elles sont d'autant plus nécessaires. [...] Je ne suis pas sûr que le plaidoyer entraîne des résultats politiques. Ce qu'il entraîne c'est de créer un climat qui fait qu'on ne peut pas faire n'importe quoi. » (CEPN)

« Qu'on ait maintenu l'Aide Médicale d'Etat, et qu'on ait maintenu une forme de droit au séjour pour soin, et que ce n'est pas complètement possible en France de dire aujourd'hui qu'on peut laisser les personnes en situation précaire notamment les étrangers sans soins. Ça n'a l'air de rien, mais c'est déjà énorme si on prend tout ce qui s'est passé pour ces catégories de personnes sur d'autres plans des droits sociaux, en fait. [...] Je pense que MdM joue un rôle de "gate-keeper". » (AIDES)

« Ça bouge, et de ce que je sais, de la façon dont est construit le rapport de l'Observatoire, c'est un rapport de grande qualité, d'une utilité sociale et politique incontestable qui je pense, on en reparlera, a contribué à sauver le système d'accès au soin des sans-papiers en mettant le focus sur l'importance, on va dire, humaine de santé publique de ces populations, c'est déjà énorme. » (AIDES)

Parties prenantes nationales

3. Principaux effets du plaidoyer (3/3)

Sur la période récente

- Sur la période récente, l'étude souligne le rôle joué en propre par le plaidoyer du programme CASO dans **l'ingénierie de l'action publique**. Celui-ci peut se matérialiser par une **contribution au débat public**, notamment parlementaire ou par une **capacité d'alerte auprès des administrations**.
- Les données collectées auprès des parties prenantes nationales (publiques et associatives) font parfois apparaître un **ressenti de retrait des équipes de Médecins du Monde** hors des lieux de décision et de formalisation des décisions.

Sur l'identification de MdM comme point de repère sur les questions de santé et précarité

« Médecins du Monde apporte une contribution épidémiologique avec beaucoup de remontées de terrain. Ça nous permet à tous d'avoir un plaidoyer qui ne soit pas hors sol. C'est vrai que sur ces questions-là, ils sont moteurs. Bien sûr cet aspect-là, on a AIDES, on a d'autres associations de ce type, on a la fédération nationale des centres de santé, d'autres acteurs qui interviennent également... mais c'est vrai que de par son envergure et de par sa structure, son historique, Médecin du Monde est un acteur principal sur la question. » (UNIOPSS)

A propos des effets en termes d'ingénierie de l'action publique

« J'avais travaillé avec eux sur le Plan Pauvreté parce qu'ils faisaient partie d'un certain nombre d'ateliers, de tables rondes de travail. Et on a discuté plusieurs fois de l'organisation de l'offre de soin et ce qui m'a amené d'ailleurs à finir, là maintenant dans le cadre du budget qui a été adopté hier, un amendement pour maintenir l'autorisation pour les associations agréées d'ouvrir les droits d'AME aux personnes qui peuvent en bénéficier. » (Assemblée Nationale)

Sur la capacité d'alerte auprès de l'administration

« C'est dans une réunion de ce comité de pilotage là que Médecins du Monde a permis que nos services prennent conscience d'une grosse difficulté pour les publics venant d'Europe. [...] Un gros dysfonctionnement qui fait que maintenant l'accès à une assurance maladie pour ces publics-là est devenu particulièrement long et voire même impossible à terme. Donc, on a cette action-là de Médecins du Monde auprès de ces publics qui permet de se rendre compte de cette difficulté. On reprend la balle et on s'emploie depuis ces derniers mois à faire en sorte que ces obstacles-là soient levés. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS)

Sur la perception d'un retrait de MdM

« Si on considère que la relation est indispensable, je suis un peu inquiète par la dilution, en ce qui concerne notre convention. On avait dans le passé un interlocuteur coordinateur, disons, que j'ai l'impression qu'on perd depuis deux ans ! Je ne sais pas bien analyser pourquoi. Je ne sais pas si au final ce sera une bonne chose ou pas une bonne chose. Ça me complique un peu le suivi et même la conviction que je peux avoir pour dire « Oui l'action est bonne, elle a un impact pour porter les constatations qui sont faites et les transformer. » J'ai l'impression d'avoir moins d'interlocuteurs donc d'avoir moins de prise et moins de connaissance parce qu'il faut dire qu'il y a ce rôle aussi bien dans le partenariat qu'on a ensemble, il y a un peu le rôle d'aiguillon et de poil à gratter, je dirais. Donc, quand c'est plus dilué, oui ça gratte moins. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS)

« Le plaidoyer c'est beaucoup de téléphone, et je trouve que MdM le fait peut-être moins, ces dernières années avec un plaidoyer on va dire uniquement revendicatif. Et moins un plaidoyer institutionnel. J'ai l'impression, en gros, je les croise moins qu'il y a dix ans dans ce lobby. [...] Je les trouve moins présents. » (AIDES)

Parties prenantes nationales

4. Facteurs clés de succès du plaidoyer (1/4)

- Un des premiers facteurs de succès du plaidoyer mis en avant par les parties prenantes nationales interrogées dans le cadre de l'étude est **l'expertise et la connaissance du terrain** qu'apporte à Médecins du Monde son implication opérationnelle dans l'accueil, le soin et l'orientation des personnes accueillies, via le dispositif des CASO.
- L'étude suggère que ces éléments, couplés à **l'ancienneté des opérations France et l'aura dont jouit l'association notamment du fait de ses missions internationales**, permettent d'identifier Médecins du Monde comme un acteur majeur, sinon l'acteur principal, sur les questions de santé et précarité en France, tant auprès des partenaires associatifs que de la classe politique.

« Effectivement, on regarde les rapports de l'Observatoire et c'est quand même un travail qui est inégalé. Même si effectivement il y a certains biais parce que c'est le public qui part dans les CASO. Ça permet d'avoir une visibilité qui est quand même très bonne, qui est sur le plan statistique, travaillé. C'est une matière qui ne porte pas seulement sur les bénéficiaires de l'AME donc ça porte sur tout le public. [...] C'est un bilan qui est annuel, ça permet d'avoir des éléments qui sont vraiment intéressants avec des statistiques qui sont fiables. [...] J'avoue que ça me paraît assez essentiel. C'est asseoir la crédibilité ensuite des plaidoyers qui sont produits. » (Fonds CMU-c)

« MdM c'est beaucoup de choses, c'est associé d'une certaine façon à la défense de la santé des migrants, par les activités de terrain, par aussi quelque chose qui touche un peu la communauté scientifique, c'est-à-dire le fameux rapport de l'Observatoire. Il y a très peu d'information par ailleurs sur l'accès au soin des migrants. On ne sait pas grand-chose. Mais eux ils savent par rapport aux CASO. Le CASO c'est une source d'information très importante dans un domaine où il n'y en a pas. [...] Les CASO pourraient se contenter de faire de la prise en charge, de l'accueil, de l'aiguillage dans le labyrinthe administratif. Là en plus eux ils capitalisent sur ce qu'ils font pour créer un bien collectif en matière d'informations. » (CEPN)

« Ces rapports sont d'autant plus essentiels que dans une administration centrale, notre rôle c'est de bâtir des dispositifs, mais qu'on a assez peu de moyens de vérifier la mise en œuvre de ces dispositifs effectifs sur le terrain. La définition et le pilotage par la DGS de politiques de santé adaptées aux publics concernés implique de se fonder sur les meilleures données disponibles et la connaissance de l'existant la plus étayée possible. Les données produites par les CASO - structures de santé reconnues, touchant des personnes difficilement accessibles pour le système de santé, avec une file active significative d'environ 25 000 personnes et un important maillage sur le territoire, une expertise en termes d'offre de prévention et de soins aux populations - sont ici réputées robustes et donc très utiles aux services du Ministère dans la conduite de leurs missions. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS)

« Agnès Buzyn a déclaré qu'il y avait seulement 18% des personnes qui susceptibles d'avoir accès à l'AME avaient accès à l'AME. Elle a déclaré cela à l'Assemblée Nationale, c'est très fort comme discours. Et si on se demande pourquoi elle dit ça, sur quoi elle se base... et bien finalement elle se base d'après la seule source qu'elle a pu trouver, à savoir un rapport de MdM qui doit avoir deux ans ou quelque chose comme ça. » (Académie Nationale de Médecine)

Parties prenantes nationales

4. Facteurs clés de succès du plaidoyer (2/4)

- **Le travail mené en inter-associatif au niveau national ressort très clairement** comme un facteur clé de succès et de pertinence du plaidoyer porté par Médecins du Monde à partir du programme CASO.
- Au regard des données de l'étude, la force du plaidoyer de Médecins du Monde tient aussi à sa **posture d'exigence non conflictuelle**, à laquelle l'association parvient à se tenir malgré le caractère décrit comme « scandaleux » des situations auxquelles elle se trouve confrontée. On note qu'un consensus assez clair se dégage sur ce point.
- **L'ancrage local de chacun des CASO** apparaît d'après l'étude comme un élément clé pour asseoir la pertinence et la pérennité du plaidoyer du programme CASO. De même la confrontation au réel, l'exposition continue des équipes des CASO aux situations personnelles des publics accueillis, apparaît comme un moteur clé du plaidoyer.

Sur l'intérêt d'un plaidoyer collectif

« On a énormément de contacts au niveau national, que ce soit sur le plaidoyer, ou sur la représentation. On essaie de coordonner nos discours, de faire un front commun avec Médecins du Monde pour que notre parole soit entendue. Il y a une certaine complémentarité aussi. Médecins du Monde est vu comme un acteur très médical, la vision de l'ONG humanitaire, alors nous on est plus sur le champ social. Donc il y a une complémentarité de nos actions et des terrains opérationnels. Du coup c'est plus fort d'avoir deux organisations qui bossent dans des champs différents. » (FAS)

Sur le caractère contreproductif du plaidoyer conflictuel

« Montrer l'importance que prennent les CASO, montrer tous les trous dans la raquette de l'action sociale qui ne sont pas assez dans le viseur des pouvoirs publics je pense que c'est important, même essentiel. Et d'ailleurs je l'ai dit, je l'ai écrit dans plusieurs tribunes, j'ai l'ai dit d'ailleurs au président de la République dans le cadre des débats sur l'AME, que sans l'action de centres comme ceux de Médecins de monde, on aurait des milliers de personnes en plus dans les hôpitaux, dans les urgences, etc., donc moi j'en suis convaincu... mais je pense qu'il y a encore du lobbying à faire pour arriver à convaincre les pouvoirs publics. De ce point de vue là, je pense que le côté très offensif, presque trop politique qu'a pris Médecins du Monde la semaine dernière sur l'AME m'a un peu surpris. Je pense que c'est contre-productif. » (Assemblée Nationale)

Sur l'ancrage local comme moteur du plaidoyer

« Parce que qui s'acharne le mieux ? C'est quand même les gens qui tous les jours sont confrontés à des gens qui n'ont pas accès aux droits. Cela les rend fous. Et donc du coup, ils trouvent à la fois la façon d'être convaincants et les arguments. Ils ont l'acharnement pour l'obtenir. Ils ne lâchent pas. [...] Et c'est une des forces énormes des CASO parce qu'en fait l'énergie de plaidoyer, ce ne sont pas des spécialistes du plaidoyer au siège qui font le boulot. Et l'énergie du plaidoyer est dans la confrontation au quotidien avec des gens qui sont confrontés à des dénis de droit. [...] D'où l'importance des CASO. C'est que les CASO donnent cette énergie militante aux gens au jour le jour. » (Historique MdM)

Parties prenantes nationales

4. Facteurs clés de succès du plaidoyer (3/4)

- Les répondants de l'étude soulignent largement l'importance **des relations entretenues par les salariés et bénévoles de Médecins du Monde avec leurs réseaux de partenaires et les anciens salariés et bénévoles** dans le succès du plaidoyer. De façon générale, l'étude fait apparaître de nombreux cas où le succès du travail de veille ou d'actions de plaidoyer a été amené par la présence d'un ancien membre de MdM au sein des organisations ou institutions cibles du plaidoyer. De même, on observe également l'intérêt majeur du recrutement de bénévoles issus de ces organisations ou structures du droit commun dans la réussite du plaidoyer.
- Certaines données collectées indiquent que la **notoriété de l'association reste limitée, à ce jour, à un petit nombre de sympathisants et élus**. Dans l'optique d'une amélioration de l'efficacité (et notamment du poids politique) du plaidoyer, des actions de notoriété pourraient ainsi être envisagées. Nous n'observons pas de consensus clair sur ce point.
- Certains répondants de l'étude soulignent la nécessité **d'adapter le plaidoyer au contexte politique du moment** afin d'éviter un plaidoyer « trop ambitieux » ou « irréaliste » jugé contre-productif. Nous n'observons pas de consensus clair sur ce point.

Les compagnons de route de Médecins du Monde, relai de plaidoyer

« J'ai beaucoup bossé avec Médecins du Monde et surtout j'y ai beaucoup d'amis, de compagnons de route, de militantisme, qui sont, qui ont été des responsables de Médecins du Monde. Donc pour moi c'est, ça me fait toujours marrer quand ils ont dit que je suis une cible du plaidoyer, moi je suis le plaidoyer aussi en même temps que la cible. Je me sens partie prenante des combats de Médecins du Monde donc je ne suis pas à convaincre même si évidemment, malheureusement, je n'ai pas la réponse à tout. » (DILPLEJ)

Sur la notoriété de MdM à renforcer

« Je pense qu'il faut sensibiliser un maximum d'élus à l'existence et à l'action de ces centres, se faire connaître, peut-être médiatiser davantage encore l'action... parce que Médecins du Monde, les gens pensent qu'ils vont agir à l'étranger sur des catastrophes ou faire des campagnes de vaccination, mais ils sont en fait très présents sur le territoire national. Si vous faites une enquête d'opinion, je serai curieux d'avoir le résultat. Je ne suis pas certain qu'il y ait une majorité de Français qui sache que Médecins du Monde agit aussi sur le territoire national. Je pense même qu'on est vraiment une petite minorité. Je pense que ça ne se sait pas suffisamment et donc du côté des décideurs publics, c'est à peu près pareil. Ça veut dire qu'il y a quelques députés militants qui connaissent, qui savent, qui se battent et qui reconnaissent, etc., et puis il y a un grand nombre d'élus qui je pense ignorent les missions portées de tout ça. » (Assemblée Nationale)

Sur la nécessité de pragmatisme dans le plaidoyer

« Je trouve qu'aujourd'hui ils en demandent tellement, enfin, disons que je trouve que le décalage entre ce qui est demandé et ce qu'on est capable d'obtenir est tellement grand qu'il vaut mieux être juste et ne pas avoir des masses. Mais c'est-à-dire que chaque fois qu'il y a un amendement, et ça arrive tous les ans, on voulant supprimer l'aide médicale d'état en y allant, etc.. en faisant des conférences de presse sur la précarité. » (AIDES)

« Qu'on ait aussi une approche pragmatique. C'est-à-dire que les plaidoyers de Médecins du Monde pour moi sont tout à fait légitimes, mais parfois assez en décalage par rapport au contexte politique et par rapport aux intentions politiques. Aujourd'hui par exemple, je recevrai un plaidoyer sur la fusion AME/PUMA. Objectivement je le trouverais totalement décalé par rapport au contexte. » (Fonds CMU-c)

Parties prenantes nationales

4. Facteurs clés de succès du plaidoyer (4/4)

- L'étude a enfin permis d'identifier une demande, de la part de plusieurs interlocuteurs, notamment au sein d'institutions publiques, de **renforcer la relation avec Médecins du Monde, tant opérationnelle que de plaidoyer**
- Les données collectées mettent également en évidence l'importance des **liens de personne à personne avec les membres des administrations et la présence des porteurs du plaidoyer de Médecins du Monde au sein des cercles du pouvoir** comme un facteur de succès clé du plaidoyer.
- L'étude soulève enfin la **question de l'efficacité comparée du plaidoyer national et des plaidoyer locaux** dans le nouveau paradigme d'un plaidoyer « de protection » observé sur la période récente. L'étude met ainsi en lumière la **perception** partagée par certaines des personnes interrogées d'une **efficacité moindre du plaidoyer national qu'elle ne l'est au niveau local**.

Volonté d'aller plus loin dans la relation avec MdM

« J'aimerais bien avoir plus d'interactions quotidiennes et concrètes avec Médecins du Monde. [...] ça pourrait être bien que d'avoir des relations de travail un peu plus régulières. C'est-à-dire aller visiter quelques CASO supplémentaires, des séances de travail pour avoir un peu plus de visibilité sur ce qui est fait. Créer des partenariats. » (Fonds CMU-c)

Sur les relations de personne à personne avec les décideurs, l'administration et les relais d'influence

« Donc nous étions dans une stratégie d'alliance avec les administrations, pas avec l'administration, avec des gens dans les administrations qui voulaient faire avancer les choses. Donc une vraie stratégie d'échange d'information. Nous leur apportions les informations sur les gens qui n'avaient pas accès au soin, qu'eux ne pouvaient pas recueillir puisqu'aucune statistique nationale ne parlait d'eux. On était les seuls à les fournir. Donc on leur fournissait des documents de connaissance extraordinairement utiles à l'heure aussi de favoriser l'accès au soin. De l'autre côté, eux nous passaient en off tous les textes de droit, les décrets, les trucs pour qu'on puisse donner notre avis avant, et qu'eux puissent retranscrire notre avis comme étant le leur. Donc on avait ces liens très forts qui nous permettaient d'avoir un plaidoyer officiel et un plaidoyer officieux. » (Historique MdM)

Sur la plus grande influence des CASO au local

« Mais en tout cas localement, les équipes que ce soit à Saint-Denis, à Nice ou dans d'autres villes, ont fait des accords avec les partenaires locaux que ce soit la CPAM, les assistantes sociales de secteur, etc.. c'est là que l'influence du CASO localement est immense. Je pense qu'on a plus d'impact aujourd'hui au niveau local qu'au niveau national clairement. » (Historique MdM)

Parties prenantes nationales

5. Perspectives pour l'évolution des CASO (1/3)

A propos du désengagement

- Il ressort de l'étude que la **perspective d'une fermeture des CASO à court et moyen termes n'est pas perçue comme crédible ou vraisemblable** pour les parties prenantes nationales extérieures. Certains ignorent d'ailleurs que des CASO ont effectivement fermé sur la période récente.
- Tout en soulignant la légitimité de la posture de désengagement, les parties prenantes interrogées partagent majoritairement **une perception très négative d'un éventuel désengagement des CASO des actions de soin**. Cela s'observe aussi bien parmi les parties prenantes publiques que parmi les partenaires associatifs.
- Certaines parties prenantes publiques interrogées encouragent un **engagement opérationnel plus assumé** des CASO pour permettre aux personnes précaires d'accéder effectivement aux droits et au soin. La perspective institutionnalisation des CASO est envisagée favorablement par certaines parties prenantes interrogées.

Sur le faible crédit donné à la menace de désengagement

« C'est une contradiction inhérente à ce type d'engagement. C'est-à-dire qu'ils ne veulent pas, par leur engagement d'une certaine manière cautionner des désengagements de politique publique et dire nous, on continue à être la rustine sur un système dysfonctionnel... donc que cette interrogation éthique fondamentale, soit dans les tripes de chaque militant, c'est normal. Donc c'est une contradiction inhérente, mais la réalité c'est qu'ils ne se désengageront jamais tant qu'ils n'ont pas trouvé des solutions pour les personnes - parce qu'ils sont d'abord là pour les personnes. Je ne sais pas d'ailleurs si des CASO ont été fermés? » (Assemblée Nationale)

Sur la perception très négative d'un désengagement des CASO des activités de soin

« Dans l'idée, soit on a des gens qui, finalement, abdiquent la sève militante et deviennent des gros gestionnaires, soit on garde la sève militante, mais on ne se salit plus dans la gestion. Moi je pense qu'il faut à tout prix éviter cette dichotomie qui est complètement stupide et qui est mortifère. On peut être un bon gestionnaire et garder de la force militante et de la sève militante et ne pas tout accepter. Donc pour moi, si des gens comme Médecins du Monde finissent par, en effet, dire on veut retourner à la pureté militante et être uniquement dans le plaidoyer, l'interpellation, la revendication, l'action politique. Le magistère du verbe, plutôt que sur l'action, je pense que ce serait dramatique. Est-ce que le décrochage vis-à-vis des politiques publiques est tel qu'il justifierait une posture de retrait ? Moi, je pense que non. » (DILPLEJ)

Sur la mutation des CASO en acteurs opérationnels plus assumés

« Le sujet c'est quand même l'émergence de grands pôles comme on en voit beaucoup dans l'ESS. On voit bien la mutation que la Croix Rouge est en train de faire. Je ne sais pas ce que Médecins du Monde fera pareil à terme et tout, mais moi j'y suis quand même favorable... Je dis ça en total respect de l'autonomie de gestion de MdM et je ne cherche pas du tout à interférer, mais moi je serai quand même très heureux que Médecins du Monde prenne un virage ESS et un virage gestionnaire assumé. Je pense qu'avant même de transférer à d'autres, il faut développer des compétences, de l'expertise et avoir aussi un rôle de gestionnaire et d'opérateur - ce qui n'est ni malsain ni impropre. MdM l'est d'une certaine manière parce qu'il est financé pour des missions de service public. Alors ça pourrait être des choses peut-être plus assumées encore. Bien sûr ça peut certainement poser une question à une partie très militante de Médecins du Monde qui ne veut surtout pas tomber dedans... » (DILPLEJ)

Parties prenantes nationales

5. Perspectives pour l'évolution des CASO (2/3)

A propos de plaider

- Une des pistes suggérées par l'étude pour améliorer l'efficacité du plaidoyer, serait de **développer le suivi de parcours**, afin d'étayer un plaidoyer plus robuste sur les discriminations, les retards et les refus de soins. Ce point fait très largement consensus et constitue l'un des axes principaux suggérés à l'issue de l'étude.
- Une autre piste suggérée par l'étude serait de **renforcer la collecte de données**, au-delà des informations collectées dans le DPI, pour **documenter d'autres aspects de la situation sanitaire et sociale des personnes accueillies** (ex. Parcours de de soin, retard et refus de soin, discriminations, déterminants de santé,...). De façon générale, plusieurs interlocuteurs mentionnent leur souhait de voir le programme CASO renforcer son plaidoyer autour de la **notion d'effectivité du droit**.
- La plupart des répondants de l'étude confirment enfin que l'horizon du plaidoyer porté par les CASO reste **la fusion de l'AME et de la PuMA**, qui est perçue comme une solution pour garantir la pérennité de l'accès aux droits et au soin des populations précaires aujourd'hui accueillies aux CASO.

Renforcer le suivi de parcours pour étayer un plaidoyer sur les discriminations et les refus de soins

« Je pense qu'on a vraiment des choses à dire sur les retards et les refus de soins, il faut comprendre pourquoi est-ce que les gens ont des difficultés d'accès à la PASS, pourquoi est-ce qu'il y a des retards d'accès au soin, c'est plutôt là-dessus qu'il faudrait se baser plutôt que d'être dans des demandes un peu pour moi déconnectées des réalités. [...] Je trouve qu'on est resté sur les mêmes plaidoyers depuis dix ans à la DOF accès aux droits, accès au soin. Tout ça n'est pas très concret quoi. Et clairement le DPI et l'observatoire aujourd'hui ne sont pas des bons outils pour plaidoyer sur ces questions-là. D'ailleurs quand je travaillais, j'étais en poste pendant un an en tant que chargé de mission auprès de la présidence de Médecin du Monde donc auprès de l'ancien président. Et quand il fallait parler lors de la sortie de l'observatoire, pouvoir faire ressortir des choses impactant et de faire passer de vrais messages, on était bloqué parce qu'en fait, d'une année sur l'autre, on dit les mêmes choses. [...] Voilà donc si on ne se bat pas ... on ne peut pas rester sur les conséquences et ne pas plaidoyer sur les causes, c'est ça qui est aussi un enjeu par exemple, qui pourrait être documenté au niveau du CASO. Le CASO pourrait servir de lieu de collecte d'informations sur ces sujets-là, mais de façon utile, pour qu'ils puissent ensuite en dire quelque chose. » (CR TOULOUSE)

Sur l'opportunité de développer le plaidoyer autour de la notion d'effectivité du droit

« Les sujets sur lesquels vous attendriez Médecins du Monde ? Et bien moi je dirais les difficultés d'accès au soin au quotidien. Difficultés administratives. Enfin des plaidoyers qui s'appuient sur l'observation de terrain dans les CASO et qui aillent je dirai porter un peu finalement en matière de droit, en matière d'effectivité du droit, on est quand même encore très loin. Le droit il est relativement clair, on va dire à 90 % très clair, c'est un droit qui est très positif pour l'accès aux droits des personnes en situation de précarité sauf qu'on est dans un décalage très fort entre l'effectivité de l'application de ce droit et le droit. Ce qui pourrait quand même être porté c'est qu'il y ait une forme de...on sait bien qu'on ne peut pas avoir de traitement de l'instruction du droit totalement homogène sur l'ensemble des CPAM par exemple parce qu'il y a des spécificités, il y a des ressources différentes, il y a des spécificités du public par département, etc..... mais qu'il y ait une forme de charte d'application du droit sur au moins un socle, quelque chose qui soit une garantie et que Médecins du Monde réfléchisse sur cette charte et que cette charte soit quelque chose qui soit portée dans le cadre d'un plaidoyer. Ça pourrait être une part intéressante. » (Fonds CMU-c)

Parties prenantes nationales

5. Perspectives pour l'évolution des CASO (3/3)

A propos de transformation des dispositifs de droit commun

Le jeu de données permet d'identifier plusieurs pistes d'évolution permettant aux CASO de favoriser le transfert **de leurs activités vers le droit commun**.

- Une première piste soulevée par les répondants de **l'étude est la mise en place et la généralisation de PASS de Ville** ou autres structures d'accueil médico-sociales de première ligne.
- Une seconde piste est le **développement des actions de médiation en santé** – actuellement engagé par le Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Une troisième piste est enfin celle d'une **intervention accrue et systématisée des CASO dans les cursus de formation initiale et continue des médecins** et des soignants.

Sur la mise en place de PASS de ville ou autres structures d'accueil médico-sociales de première ligne

« Il ne faut pas oublier que les PASS, ce n'est pas le relais de médecine générale normal. Quand j'ai besoin d'aller voir un médecin, je ne vais pas à la PASS. Je ne vais pas à l'hosto. Je vais chez mon médecin à côté de chez moi. Pas à côté, mais en tout cas celui que j'ai choisi. Et si on veut vraiment faire de l'insertion dans le droit commun, c'est dans la médecine libérale que cela doit se faire. L'hôpital, c'est pour autre chose. [...] Si les CASO ont bien pu montrer quelque chose en plus de 20 ans d'existence, c'est qu'il faut des structures de première ligne d'accueil de ces personnes-là. On a cru que les PASS allaient remplir ces fonctions. Or, non. Il faut des lieux d'accueil, c'est une exigence pour des publics étrangers en situation de migration récemment arrivés en France. Il faut que ce type de dispositif existe. Et je pense que c'est un axe de plaidoyer dont Médecins du Monde devrait se saisir. » (CG Nice)

Sur le développement de la médiation en santé

« Ce que fait Médecins du Monde c'est aussi une préfiguration de ce qu'on demande d'être aux médiateurs de santé. Si ce n'est qu'ils sont en plus grande compétence technique et forcément en plus grand lien avec les professionnels de santé. » (Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS)

Sur l'intervention dans la formation initiale des médecins

« Je pense qu'il faut qu'il y ait une intervention précoce dans tout ce qui est centres de santé, mais oui, moi je trouverai extrêmement intéressant et assez légitime d'avoir une intervention de structures comme Médecins du Monde dans la formation initiale des médecins pour leur expliquer que ça existe et que si ça les intéresse, ils sont les bienvenus. » (Assemblée Nationale)

3.2

Observations CASO de Saint-Denis



CASO de Saint-Denis

1. Principales caractéristiques du CASO*



Composition de l'équipe*

Salariés

6 salariés (4,5 ETP)

Coordinatrice Générale, 2 Assistants sociaux, 1 Médiateur en santé, 1 Admin-Log, 1 Chargée d'accueil

Bénévoles médicaux et paramédicaux

102 bénévoles (8 ETP), dont

23 Médecins, 3 ophtalmologues, 19 infirmiers, 35 accueillants sociaux
4 Psychologues ou psychiatre, 3 traducteurs, 5 Pharmaciens, 9 agents de prévention, 2 opérateurs de saisie, 2 bénévoles en appui administratif

Fréquentation & Budget

- En 2017 le Programme Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation a accueilli, 15.461 passages de 6.279 patients, mené 4.650 consultations médicales généralistes, 2.622 consultations infirmières, 674 consultations de psychologie, 2.811 consultations sociales avec un bénévole et 488 avec un assistant social. Cette fréquentation est la plus haute de l'échantillon étudié.
- Le budget 2017 a été 459 038 €.

Calendrier des consultations

- Ouverture des consultations médicales, infirmières et sociales 7 demi-journées par semaine : lundi 9h-13h, lundi 14h-17h, mardi 9h-13h, mardi 14h-17h, jeudi 9h-13h, jeudi 14h-17h, vendredi 9h-13h

Données collectées dans le cadre de l'étude

- 13 interlocuteurs en entretien ou focus group (Coordinatrice Générale, 2 Co-Responsables de mission, 2 Assistants sociaux, Médiateur en santé, Chargée d'Accueil, Admin-Log, Stagiaire recherche, ainsi que 2 bénévoles, Conseil Départemental, Mairie,) pour une durée totale de 290 minutes
- 2 séances d'observation
- 10 documents complémentaires communiqués par l'équipe

**Données 2017. Evolutions récentes du CASO.*

CASO de Saint-Denis

2. Regard sur les dispositifs de soin locaux

- Le contexte d'intervention du CASO de Saint-Denis s'est révélé **atypique** en comparaison aux autres territoires étudiés. L'ensemble des dispositifs de droit commun et d'action social y est décrit comme « **complètement saturé** » par les équipes du CASO. Cette situation exacerbée est amplement confirmée par les différents partenaires locaux et nationaux interrogés dans l'étude.
- Avec l'afflux de personnes en situation de précarité, les équipes du CASO soulignent la **sélectivité croissante** des dispositifs de droit commun sur le département, qui se concrétise par le fait que seules les personnes **cumulant plusieurs vulnérabilités** peuvent espérer bénéficier d'une prise en charge (ex. femme seule avec enfants). Cette sélectivité croissante **remet en question l'inconditionnalité de l'accueil** aussi bien dans les dispositifs publics que dans des structures associatives (ex. un cas refus de prise en charge par les Resto du Cœur observé pendant l'étude). Un ensemble toujours croissant de personnes se trouve de fait dans une situation d'absence complète de possibilité (et d'espoir) de prise en charge (ex. jeunes hommes seuls).
- Comparativement aux autres CASO, on note le nombre important de cas de **discrimination** ou de **refus de prise en charge** partagé par les salariés et bénévoles – généralement expliqué par les **représentations négatives** dont souffrent les migrants auprès des agents du droit commun. En fonction des collectivités, le contexte est également décrit comme parfois politiquement hostile aux migrants et aux personnes en précarité.
- Du point de vue des équipes du CASO, la logique de déport du droit commun vers le CASO est pleinement assumée par les acteurs publics, et cette situation rencontrée par le CASO de Saint-Denis doit être considérée comme **annonciatrice des évolutions de nombreux autres CASO** sur le territoire.

« C'est une situation hyperbolique la Seine-Saint-Denis parce que par définition, tout y est exacerbé. Les difficultés, l'impuissance publique, la concentration des problèmes. Donc la Seine-Saint-Denis c'est une situation paroxystique. » (Partie Prenante Nationale)

« Ça fait donc un peu moins d'un an que je suis là maintenant. Je n'ai jamais vu ça ailleurs. Enfin, très honnêtement rien ne fonctionne. On ne va pas se mentir, rien ne fonctionne. C'est-à-dire qu'on a des opérateurs par exemple le 115, qui ont des pratiques illégales, qui les assument. Qui se nettoient les pieds avec le code d'action des familles. Très clairement et qui l'assument sans aucun problème. Enfin je n'ai jamais vu ça. Et puis honnêtement, l'hôpital dysfonctionne, les tribunaux dysfonctionnent, l'école dysfonctionne, les municipalités dysfonctionnent. C'est l'outremer la Seine Saint-Denis en fait, c'est un truc de taré. Quand on a voulu mettre tous les pauvres au même endroit, ça n'a pas bien marché! » (Salarié)

« L'inconditionnalité est complètement remise en question en Seine-Saint-Denis. Pour une raison, c'est que les hôpitaux et les asso sont débordés. Et donc, il y a deux solutions quand on est débordé. C'est soit, on ferme ses portes et on refuse des gens. Ce qui est très violent et très dur pour les personnes qui travaillent. Soit, on met des critères. On ne prend que les femmes enceintes de 6 à 9 mois. Donc la femme enceinte de 5 mois, ce n'est pas nous qui l'avons refusé. C'est parce qu'elle ne rentre pas dans les critères. On ne prend que les enfants de moins de 3 ans. Hop, celui de 4 ans, ce n'est pas dans les critères. Donc, c'est beaucoup plus simple moralement de mettre des critères. Et je pense qu'ici à Médecins du Monde on arrive encore à peu près à être sur l'inconditionnalité, mais c'est fragile. » (CC)

CASO de Saint-Denis

3. Regard sur les besoins des personnes accueillies (1/2)

- Le CASO de Saint-Denis se distingue en premier lieu par le **volume de personnes accueillies au quotidien** – sans équivalent dans les autres CASO étudiés. De façon unique dans l'échantillon de CASO étudié, on y observe une incapacité des équipes à prendre en charge toutes les personnes se présentant au quotidien, qui s'accompagne du **refus de personnes** se présentant après une certaine heure de la journée. Du fait de manque de moyens dédiés, l'équipe n'est par ailleurs pas en capacité de suivre pleinement ce phénomène.
- Au regard des données collectées auprès de l'équipe du CASO et des partenaires locaux, on comprend que le recours au CASO est **fortement structuré par les différents réseaux communautaires**– qui orientent leurs membres vers le CASO pour tous types de besoins.
- Les équipes partagent l'idée d'un besoin de soutien et d'orientation au moins aussi prégnant que le besoin de soin médical. Les **besoins des personnes accueillies sont décrits comme très souvent « mal qualifiés »** et nécessitant un travail de diagnostic de la part des équipes accueillantes. Les salariés et bénévoles expliquent par ailleurs que **les démarches administratives et de santé sont souvent « dépriorisées »** par les personnes du fait de leur situation d'errance ou de précarité, et qu'une action sur leurs besoins les plus fondamentaux (nourriture, vêtement, hébergement...) est souvent nécessaire pour les « stabiliser » avant d'engager un accompagnement médico-social.

« Les personnes arrivent à 5h du matin pour commencer à faire la queue et écrire leur nom sur la liste d'attente pour la journée. Je passe les détails, mais on a même des problèmes de trafics de places sur cette liste d'attente, avec des communautés qui viennent se réserver 10 places d'un coup... chose qu'on est obligé de surveiller en réorganisant parfois la liste nous même. Bref. Et ce qu'il faut voir, c'est que lorsqu'on ouvre le CASO à 9h, la liste est généralement déjà trop pleine et on sait qu'on ne pourra pas prendre tous les inscrits dans la journée. Concrètement cela veut dire que pour les personnes qui arrivent à 9h10, on peut à peu près toujours leur dire qu'elles ne seront pas prises en charge le jour même... et qu'il faut donc qu'elles reviennent le lendemain à 5h pour s'inscrire. Donc même nous, Médecins du Monde, on est contraint de refuser des personnes. Et le pire, c'est qu'on ne les compte pas et qu'on ne sait pas vraiment combien on en refuse. Donc j'ai du mal à dire l'ampleur du phénomène. » (Salarié)

« Comment les gens connaissent le CASO ? La majorité c'est le bouche-à-oreille. On sait par exemple qu'il y a une conversation WhatsApp gigantesque de la diaspora ivoirienne, avec quand il y avait quelqu'un qui arrive, ils lui disent « Si tu es malade, tu vas à Médecins du Monde, tu vas à telle heure devant, tu t'inscris sur la liste ». D'ailleurs ça peut expliquer que des fois on a des gens qui sont arrivés la veille à Paris et qui le lendemain matin sont ici et qui ont compris qu'il fallait venir avant l'ouverture, qu'il fallait se mettre sur la liste etc. ». Il y a très peu de personnes isolées qui se présentent. Enfin sans être passée par un relais communautaire quelconque ou amical ou familial, oui. [...] Un mec soudanais, il ne parle pas un mot de français, pas forcément anglais. Il arrive devant, il voit une bande d'ivoirien, une bande de pakistanaï, et bien il ne se sent pas forcément de venir là. » (Salariée)

« Ils ne savent qu'un seul truc : « il faut que tu ailles à Médecins du Monde et que tu te fasses enregistrer et après on t'expliquera comment ça se passe ». Donc, on a beaucoup de personnes effectivement qui arrivent en premier accueil. Pourquoi vous êtes là monsieur ? Je viens juste d'arriver. Seule explication, je viens juste d'arriver. On est obligé d'aller creuser et c'est laborieux : Qu'est-ce que vous voulez ? Vous avez besoin de voir un médecin ? Après il faut distinguer les primo arrivants qui vont avoir ce comportement-là et puis d'autres qui viennent avec des besoins qualifiés : j'ai mal au pied, j'ai mal aux dents, j'ai mal au ventre, etc.. qui sont aussi le lot quotidien de l'équipe. » (Bénévole)

La santé dépriorisée

« La plupart des gens, enfin je veux dire déjà quand on est dans la précarité, penser à sa santé, penser à soi, ce n'est pas évident. C'est dur de se dire « Là, je vais prendre le temps de prendre rendez-vous chez le médecin ». Ils ne sont pas et ne peuvent pas être dans cette préoccupation-là non plus. Les seules qui le font sont les mamans qui vont en PMI pour les bébés. Ça, elles le font parce que c'est leurs enfants... comme quoi ils sont en capacité même en étant très précaire. Je sais que la plupart des dames en tout cas que je reçois ici. Elles emmènent leurs bébés voir le médecin régulièrement. Elles font le suivi pédiatrique. Mais est-ce qu'elles pensent à leurs santés à elles ? Non. » (Bénévole)

Exemple de l'inadaptation des dispositifs de droit commun

« Je trouve qu'on ne parle pas assez des dysfonctionnements de guichet. En ce moment pendant qu'on parle, il y a une manifestation à Nanterre parce que vous savez que pour renouveler les droits séjours, pour avoir un rendez-vous, c'est une galère impossible. C'est-à-dire que je ne sais plus, c'est 97,5 % de non-réponse, on ne peut pas prendre rendez-vous. C'est exclusivement par internet dans un créneau horaire tout à fait limité. Ça ne nous donne aucune disponibilité, ça dit zéro. Mais alors ça, c'est une idée de génie qu'ils ont eu la numérisation. C'est la dématérialisation des files d'attente et de la non-existence des files d'attente. Hop, pas de file d'attente, pas de problème visible. Politiquement c'est génial... » (Salarié)

Une inconditionnalité remise en question

« Je suis allée à la journée des associations à Saint-Denis, j'ai fait le tour des associations qui étaient là. Tout le monde disait « Oui on reçoit tout le monde, on reçoit tout le monde ». « Les gens sans papier? ». « Les gens sans papier, je ne sais pas ». Donc, ça c'est un fantastique, ça, c'est un grand fantastique. Nous on est inconditionnel, sauf pour les femmes. On est inconditionnel, sauf pour les sans papier. Du coup tu n'es pas inconditionnel. » (Salarié)

L'absence de lisibilité des dispositifs et parcours de soin

« Les personnes ont – et on les comprend – de la méfiance, de la défiance, de l'incompréhension en fait. Même quand j'ai ma couverture maladie, que je suis intégrée dans un système de soin, qu'on me propose une opération, il n'y a tellement rien qui est fait pour mettre à mon niveau de compréhension ou pour m'expliquer ce qu'on est en train de faire, que je ne me soigne pas. J'ai rencontré des personnes qui sont quand même francophones, qui parlent bien français, qui avaient l'air d'avoir des niveaux d'éducation pas trop mauvais et qui disaient quand même « Mais je suis allée chez le médecin, mais là pour m'opérer du genou. Après il m'a dit qu'il allait m'opérer du rein, mais je ne veux pas qu'on m'enlève mon rein. Donc, je ne suis pas allée me faire opérer. Et puis on m'a pris 10 flacons de sang. Pourquoi on me prend 10 flacons de sang ? C'est le sang, c'est pour le donner sans me demander mon avis ? » (Salariée)

- Le CASO de Saint-Denis se distingue notamment par **son activité de domiciliation des bénéficiaires**. Au-delà d'une stricte gestion du courrier, cette activité constitue une occasion alternative à la consultation sociale pour proposer un soutien aux usagers dans leurs démarches administratives. Des cas d'explication du courrier, de conseil en vue de la réponse ou de la sollicitation de dispositifs d'aide, ou encore de don de biens de première nécessité ont pu être observés pendant l'étude. Les équipes du CASO soulignent que cette activité peut cependant poser des problématiques en lien avec la confidentialité des données et avec la fidélisation des usagers.
- Interrogées sur leurs initiatives spécifiques ou innovantes, les équipes du CASO mettent également l'accent sur **les actions d'empowerment des personnes bénéficiaires** ou « actions avec les usagers au cœur ». Cette orientation est chaque fois illustrée par la démarche de contentieux mise en place par le CASO auprès d'un collectif d'environ 100 personnes sans-papiers en vue de l'obtention d'un hébergement (dans le cadre du DAHO). On note que cette démarche est aussi bien mise en avant dans le cadre de l'accompagnement à l'accès effectif des personnes aux droits et au soin que dans le cadre du plaidoyer.
- Sans être décrites comme spécifiques, plusieurs **initiatives autour de l'adaptation de l'offre de soin** sont soulignées dans les entretiens. C'est notamment le cas des consultations dentaires (via le dispositif du Bus Dentaire), ainsi que des consultations en santé mentale (avec un travail autour des liens existants entre travail social et soins psychologiques ou psychiatriques).

« Une personne par exemple qu'on veut inscrire dans des démarches sociales, si elle va très mal, si elle est très dépressive, si ça ne va pas. Enfin, si on ne résout pas le problème aussi psy. On n'arrivera pas à débloquer les démarches sociales aussi. Ça va ensemble, en fait. Ce n'est pas d'un avant l'autre, c'est dans certaines situations, c'est les deux ensembles puisqu'on n'arrivera pas. Enfin, j'ai certaines situations en tête, on n'arrivera pas. Là pour le coup, on a besoin vraiment de l'association psy social parce que l'un ne va pas sans l'autre. » (Bénévole)

« Le fait d'avoir une activité de domiciliation au sein du CASO - et je crois qu'on est les seuls à faire ça - forcément ça amène un autre type de relation, un biais de fidélisation, enfin inévitablement. C'est une activité, très clairement, qu'on essaie d'encadrer, qu'on essaie de limiter dans le temps et tout, etc. Mais on pourrait avoir un service entier de domiciliation et de réponse au courrier, largement. » (Salariée)

CASO de Saint-Denis

5. Principaux effets sur l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies (1/2)

- Les équipes du CASO mettent en avant un premier effet autour du **maintien d'un accueil inconditionnel des personnes** – spécifique dans le contexte de Seine-Saint-Denis où même les autres acteurs associatifs semblent appliquer des critères d'accès de plus en plus restrictifs.
- Malgré la fréquentation très élevée du CASO, l'étude permet de confirmer un effet en termes de **soutien psycho-social** apporté aux personnes accueillies (plusieurs observations directes ou exemples rapportés de diminution *a minima* ponctuelle de stress ou d'anxiété) - avec parfois la fourniture de biens de premières nécessité observée dans le cadre des immersions.
- Un effet fortement confirmé par l'étude est ensuite **l'accès à une information adaptée** – notamment en termes linguistique – permettant aux personnes accueillies de mieux **diagnostiquer leur besoin, formaliser leur parcours** et se préparer à le mettre en œuvre. Le CASO est très souvent décrit comme un « premier point de contact », un « lieu repère » ou un « lieu ressource » » pour les personnes en situation de précarité du territoire – et ce y compris par les partenaires.
- Les équipes soulignent un troisième effet important de leur action autour de la **préparation des personnes accueillies à un parcours de soin**. Plusieurs cas où l'accueil a permis de « rendre la personne accueillie réceptive » au parcours de soin sont ainsi partagés lors des entretiens. L'idée d'une « remobilisation » n'est en revanche pas mise en avant par les équipes qui jugent que le nombre de rencontre avec les personnes ne permet souvent pas « d'aller jusque là ».
- Les effets en termes **d'orientation** (au sens de transfert vers le droit commun) apparaissent relativement difficiles à apprécier : comme dans d'autres CASO, on observe un certain nombre de cas de retours aux CASO après une première visite, que ce soit dans le cadre de parcours administratifs ou de santé.

« Les lieux qui accueillent de façon inconditionnelle sont de plus en plus réduits mais ici c'est différent. C'est en tout cas ce que les gens en relatent souvent. C'est, « ici vous êtes gentil, vous êtes accueillant, vous êtes souriant ». L'année dernière, il y a une dame qui nous avait dit « Moi des fois je viens ici, quand vous faites le tour de la salle pour savoir si vous n'avez oublié personne ». Je dis que c'est bon, que j'attends quelqu'un, en fait je n'attends personne. Je viens juste pour vous regarder accueillir les gens parce que ça me fait du bien. » (Salarié)

« Une grosse partie des demandes c'est l'inquiétude de ne jamais avoir vu un médecin depuis des années. D'avoir parcouru des distances plus ou moins longues et dans des conditions plus ou moins difficiles. Et donc la première demande c'est de l'écoute en tout cas, pas des douleurs... L'idée c'est « j'ai un peu mal partout, j'ai mal à la tête, mais c'est parce que ma tête, elle est pleine ». C'est à ça qu'on répond d'abord et avant tout. C'est l'inquiétude. » (Bénévole)

«La remobilisation ce n'est pas facile sur une courte échéance. Elle se pose plus sur du long terme en fait. Premièrement, il y a un lien de confiance qui est établi dans la durée, où la personne va commencer à faire des choses avec nous dans l'administratif ou autres, qui vont être positives et qui vont lui permettre d'avoir confiance en nous et en elles. Et ça se fait vraiment à très long terme, c'est je crois que le taux de passage ici c'est deux fois et demi un truc comme ça pour les personnes ? Dans mon travail au quotidien, en envoyant deux fois et demie une même personne, en termes de remobilisation, je ne peux pas faire grand-chose. Par contre, être attentif et proposer une orientation ou requestionner un moment à quelque chose qui n'est pas questionné dans l'entretien, etc.. Et donc, ouvrir une porte sur la thématique de la santé, oui ça c'est possible, mais de la suivre au long cours et s'assurer qu'il y a un impact, avec un taux de passage comme ça, je n'y arrive pas. » (Salarié)

CASO de Saint-Denis

5. Principaux effets sur l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies (2/2)

- Parallèle direct de la question de l'orientation, la **question de l'accès effectif au soin dans les structures de droit commun est relativement complexe à documenter**. Un certain nombre de cas de refus de prise en charge sont documentés lors des retours au CASO par les personnes concernées. Des exemples de prise en charge effective suite à une médiation directe des équipes du CASO (ou la mobilisation du réseau personnel ou de « passes droits » par les salariés ou bénévoles) sont également observés dans le cadre de l'étude. Les données restent cependant parcellaires à ce propos et ne permettent pas une conclusion robuste au niveau de l'ensemble des personnes orientées.
- Devant les difficultés récurrentes d'orientation dans certains dispositifs de droit commun, les équipes expliquent préférer **soigner et se substituer au droit commun « par la force des choses » pour préserver les patients** d'un parcours susceptible de ne pas aboutir. Dans ces situations, les équipes mettent en avant « l'intérêt supérieur du patient » et « l'humanité spécifique » du parcours en CASO.
- Dans ces cas de prise en charge directe au sein du CASO pour des consultations médicales, la **question de la qualité des soins** est éclairée de différentes façons par l'étude. Si les modalités de consultation sont décrites comme plus adaptées que dans le droit commun aux besoins des personnes en situation de précarité (durée accrue, interprétariat, prise en compte globale de la situation et des déterminants de la santé...), la qualité des diagnostics et des actes exercés – au sens de leur pertinence et de leur efficacité - n'a en revanche pas pu être vérifiée vu le dispositif d'étude mis en place.
- Dans certains cas, les équipes notent enfin qu'une **relation de suivi s'instaure avec des usagers notamment** dans le cadre des suivis psychologiques et dans le cas de personnes domiciliées au CASO. Comparativement aux autres CASO étudiés, ce phénomène apparaît cependant **relativement marginal**, notamment du fait de la forte fréquentation du CASO.

« Toutes les orientations sont dans l'angle mort. On a essayé des fois par exemple avec le SMI de Delafontaine. Donc, le Service de Maladie Infectieuse de Delafontaine. Eux, ils savent très bien combien de personnes ils accueillent de Médecins du Monde. Parce que du coup, on donne une fiche d'orientation. Donc, ils arrivent avec la fiche d'orientation qui est la fiche Médecins du Monde qu'on avait fait avec eux. Avec la fiche, ils peuvent me dire par mois, combien de personnes ils reçoivent mais moi je suis incapable de leur dire combien j'en envoie. C'est vrai que ce serait intéressant. » (CC)

« Je crois qu'on leur fait vraiment comprendre dès le début que nous on est qu'un tremplin et qu'on leur donner les billes pour aller ailleurs. Je pense qu'ils l'entendent. Par contre, c'est vrai que dès qu'ils ont un problème avec les lieux où les a envoyés, avec les institutions vers laquelle on les a envoyées. Ils reviennent vers nous en disant ça ne marche pas. » (Salariée)

« Que ça ne se soit bien ou mal passé dans une PASS, les mecs, ils reviennent ici aussi parce que c'est plus simple. C'est plus simple, ils sont là puis ils sont bien accueillis. Je pense que c'est très important de dire ça. Tu es bien accueilli, on prend le temps de te parler, on prend le temps de trouver un interprète s'il faut un interprète. On sourit. On te fait rentrer. Déjà on t'ouvre la porte. Alors ça ne nous dit pas ce qui revient à notre potentiel de sympathie et ce qui revient à notre efficacité, oui, mais il y a forcément des deux. » (Bénévole)

« Dans les sujets qui concernent le social, quand on donne un 2ème rendez-vous ils reviennent. Ça c'est clair, quand je donne un numéro de téléphone je suis rappelée systématiquement. Mais c'est normal, parce qu'il y a le besoin, parce que c'est des personnes qui sont dans la précarité et puis qu'on ne résout pas les problèmes en une fois. » (Salariée)

6. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes (1/2)

- Pour l'équipe du CASO, les premiers éléments déterminant le succès de la prise en charge des usagers sont **la bienveillance et l'inconditionnalité de l'accueil**. Ces éléments de posture sont décrits comme « souvent ressentis » par les usagers et constituent un élément de différenciation par rapport aux autres dispositifs du territoire : ils contribuent à « faire venir » ou « faire revenir » les personnes au CASO et permettent donc la pleine réalisation de la mission d'accueil du CASO.
- En lien avec ces éléments, plusieurs entretiens font également ressortir **l'importance d'un lieu permanent dédié au soin** pour attirer et mobiliser les personnes en situation de vulnérabilité. La perspective du soin est présentée comme une condition indispensable à l'accueil, au diagnostic et à l'orientation. De même, le **caractère pluridisciplinaire et global** de la prise en charge proposée au CASO est cité comme un déterminant de la venue des personnes
- Un troisième facteur clé suggéré par l'équipe du CASO est celui du **développement de formats collectifs d'accompagnement** – décrits comme plus adaptés aux caractéristiques des bénéficiaires et à l'établissements de liens de confiance avec le CASO. Cet élément est cependant plus cité comme une piste à explorer que comme une pratique couramment mise en place au sein du CASO.
- Dans un contexte de saturation des dispositifs de droit commun, l'équipe met également en avant l'importance de **relations partenariales non conflictuelles** avec les autres acteurs du territoire. Ces relations sont décrites comme un moyen de contourner ou accélérer les parcours théoriques et obtenir des « **passes droits** » qui – quoiqu'insatisfaisants dans le long terme – s'avèrent parfois déterminants pour permettre l'accès au droit ou au soin des personnes accueillies. Certains interlocuteurs soulignent ainsi l'importance du pragmatisme dans les partenariats et du **dépassement des postures de principes** de façon à favoriser la prise en charge des usagers. Un exemple de relations informelles avec le Commissariat de Saint-Denis visant à favoriser le dépôt de plainte est proposé ici.

« Ces mecs sans papiers, il faudrait qu'ils fassent confiance et qu'ils parlent de tout, tout de suite, à la petite blanche qui est soignante? Je veux dire qu'il y a quand même des verrous de confiance à faire sauter qui sont hyper complexes en fait. Dans mon expérience, je pense que la parole peut être libérée aussi quand c'est un groupe de parole. Parce que dans un entretien individuel, ça ne sortirait pas de cette manière-là, ça ne sortirait pas comme ça. D'où l'intérêt aussi...je trouve, ce qu'on disait à la fois, on est beaucoup sur des suivis individuels, sur des entretiens individuels. C'est vrai que ce qui manque peut-être c'est plus de collectifs pour pouvoir justement libérer la parole, pour pouvoir justement insuffler des changements plus profonds. C'est une frustration énorme que j'ai sur le CASO. Je pense que d'autres la partagent, c'est qu'on ne fait pas assez de collectifs. Alors qu'on reçoit, il y a un paradoxe en fait c'est qu'on reçoit énormément de monde. Et on gère tout individuellement et alors qu'en fait il y a un truc à faire aussi sur le monde qu'on reçoit et sur la question que ça pose en termes de problèmes collectifs, que les gens ont et du traitement des étrangers qu'on a aussi dans la région parisienne en France. Tout ça et du coup il y aurait des trucs à faire là-dessus je pense. » (Salariée)

« Je pense que la spécificité, en tout cas telle que je la vis dans mon quotidien professionnel, c'est la bienveillance, l'inconditionnalité, le non-jugement, etc. Et c'est aussi d'avoir une prise en charge qui est super complète sur la santé somatique, psy, social. On a les trois axes au même endroit en fait. Et ça, c'est quand même sacrément bien. Dans mon association précédente, pour trouver un médecin qui était d'accord pour me suivre, on me fait un certificat médical pour la personne que j'accompagnais, il fallait que j'aie mes réseaux, mes trucs, mes machins. » (Salarié)

6. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes (2/2)

- Pour favoriser l'accès effectif aux droits et au soin des personnes orientées, plusieurs interlocuteurs mettent en avant l'intérêt d'un **d'accompagnement physique** des usagers dans les structures de droit commun. Compte tenu des contraintes « RH » amenées par ces accompagnements renforcés, les équipes ne sont cependant pas en mesure de généraliser ce type d'actions, qui sont réalisées au cas par cas en fonction de la situation des personnes et de la plus ou moins grande accessibilité des dispositifs de droit commun concernés (telle que documentée par l'équipe CASO).
- Dans le cas de certains parcours administratifs et devant certains besoins de soins (notamment psychologiques), les équipes soulignent **l'importance d'un suivi des personnes et d'une réitération des consultations** pour permettre un accès effectif au droit ou à la santé. Une meilleure prise en compte de cette réalité dans la formalisation des principes de prise en charge des CASO est parfois suggérée dans les entretiens. Le risque d'une dérive du CASO vers un « centre de suivi » est cependant jugé réduit du fait du volume important de personnes dans la file active.
- Les équipes du CASO mettent fortement en avant l'intérêt d'un **partage de pratiques pour améliorer l'adaptation et la qualité de la prise en charge des usagers** – que ce soit au sein du CASO entre salariés et bénévoles ou entre les différents CASO sur le territoire français.

« Il y a quand même une politique de one shot pour la consultation médicale. C'est-à-dire après tout finalement, comment nous on fait tous dans notre vie civile si je puis dire. C'est-à-dire qu'on a une angine, on va chez le médecin. Il ne vous donne pas de rendez-vous pour revenir, il vous donne le traitement et puis voilà. Donc, le modèle c'est un petit peu ça. Ici on avait compris au bout d'un certain temps et avec l'argumentation de mes confrères qu'il y avait peut-être quelque chose à ne pas perdre quand on avait une relation d'ordre psychologique avec quelqu'un qui s'installe. Donc, nous sommes la spécialité ou nous avons droit nous d'avoir un agenda. Un agenda, donnez des rendez-vous, de proposer un suivi parce que c'est fondamental. Mais tout de même notre patientèle, je la trouve extrêmement labile. C'est-à-dire qu'il y a des gens qu'on voit, qu'on a l'impression qu'ils sont ravis ! Il remercie en partant, on se dit « Dans 15 jours », et puis je ne les revois jamais. Ça, c'est très fréquent et on ne sait pas encore bien pourquoi. » (Bénévole)

« Evidemment qu'il faut garder un lien prolongé avec [les acteurs du droit commun] parce c'est important d'être intraitable sur le temps long. Tout bêtement comme on disait l'accueil au guichet, le fait de recevoir les dossiers, de remettre un reçu. Ça a l'air de rien, mais on a quand même fait évoluer leurs pratiques là-dessus. Bien sûr ! Mais leur façon de faire, elle dépend des périodes et des personnes. Et comme il va y avoir des renouvellements de personnels, on va devoir recommencer. L'agent du lundi qui ne donnait pas d'attestation de dépôt en donne maintenant. Mais pas pour les pièces complémentaires. Ce n'est pas systématique. La semaine dernière, il y a eu encore trois refus, les personnes qui sont revenues. L'une qui avait déposé sa CMU, qui n'a pas eu son truc, non ça continue. Donc gardons le contact. » (Salarié)

CASO de Saint-Denis

7. Activités de plaidoyer sur la période récente

- Les principaux **thèmes de plaidoyer** mis en avant par les équipes sur la période récente sont les PASS de Ville, la domiciliation, le logement et – plus marginalement – l'interprétariat.
- Comparativement aux autres centres, le CASO de Saint-Denis se distingue par la **mobilisation active de l'ensemble des leviers de plaidoyer recensés au début de l'étude**. Les données permettent ainsi d'observer de nombreux exemples de lobbying auprès des collectivités et élus (rendez vous formels, échanges informels, interpellations écrites, visites d'élus), de communication auprès du grand public (articles de presse), d'actions collective (ex. avec le Secours Catholique), de conseil et expertise auprès des acteurs du droit commun ou encore d'actions juridiques et de contentieux (ex. contentieux DAHO ou CCAS). De même, on peut souligner plusieurs initiatives du CASO dans la mise en œuvre d'actions de plaidoyer auprès des professionnels de santé (dont médecins généralistes) ou auprès de la police locale.
- Les données collectées font ressortir **certaines difficultés dans l'organisation du plaidoyer et l'implication durable des bénévoles dans ce type d'action**. L'objectif affiché est celui de la constitution d'un binôme salarié-bénévole sur chacune des thématiques de plaidoyer – objectif qui peine parfois à être atteint du fait de la charge opérationnelle pesant sur les salariés (notamment lors des journées avec peu de bénévoles) et du fait de la difficulté à mobiliser les bénévoles sur des sujets de plaidoyer souvent techniques ou bien éloignés de leurs connaissances ou appétences.



8. Principaux effets du plaidoyer sur la période récente

- De nombreuses données collectées aussi bien auprès des partenaires locaux qu'au niveau national permettent d'abord d'observer **la reconnaissance et l'influence médiatique locale du CASO autour des thématiques de précarité**. Plusieurs exemples confirment ainsi la capacité du CASO à faire relayer son discours par les élus et médias locaux. On note que la médiatisation du CASO dans la presse apparaît particulièrement forte – en partie, semble-t-il, du fait de sa proximité à la capitale et au siège.
- Deux exemples largement soulignés par les équipes permettent d'illustrer **des effets importants du plaidoyer du CASO sur la mise en place de nouveaux dispositifs de droit commun**. Il s'agit notamment de la mise en place d'un service de domiciliation au sein du CCAS de la ville de Bobigny, ainsi que de la mise en place d'une PASS de Ville à Saint-Denis. On note que ces succès résultent de modalités d'actions différentes – tantôt ingénierie du dispositif (PASS de Ville), tantôt action d'étude et de contentieux (service de domiciliation).
- Au-delà de ces victoires, plusieurs exemples confirment par ailleurs **la contribution du CASO de Saint-Denis à l'amélioration des dispositifs de droit commun existants** (ex. traitement des cas de refus injustifiés de la PASS du fait de l'absence de pièce d'identité, conseils pour le déploiement de la PASS de la Courneuve...). Sans constituer une amélioration en tant que telle des dispositifs de droit commun, la **victoire dans le cadre d'une action de contentieux collective organisée par la CASO avec un collectif de 100 personnes sans papiers autour de la thématique du DAHO** est également largement soulignée par l'équipe - cette action ayant abouti à la condamnation financière du préfet. Cette action est décrite comme un exemple d'action d'empowerment restant insuffisamment médiatisée et exploitée par le CASO.

« La meilleure victoire pour moi, c'est la domiciliation sur Bobigny. Pendant des années, Bobigny n'a pas eu de service de domiciliation. Ce n'est même pas qu'ils en avaient un et qu'ils refusaient les gens. C'est qu'il n'y en avait pas. Ils n'en voulaient pas. On a fait une étude sur l'ensemble des CCAS des villes et on a vu que Bobigny était vraiment la plus grosse ville qui ne le faisait pas. Et donc on les a attaqués. Et le fait de les attaquer en contentieux en associatif, c'est-à-dire qu'on était avec le Secours Catholique - puisque c'est aussi important de ne pas le faire tout seul, mais en lien - fait qu'à la fin, ils ont été, pas condamnés, mais ils ont un non-lieu très positif pour nous qui fait qu'ils ont créé le service. Et nous avons eu des encouragements et de l'intérêt de toutes les autres villes depuis. Le plus intéressant, c'est d'ailleurs de voir d'autres villes à côté venir me dire : « Enfin, justice pour une fois. On ne se bouge pas pour rien ! » (CC)

« La PASS de ville de Saint-Denis. La PASS de ville de Saint-Denis qui était un truc qui n'existait pas il y a 4 ans, qui était monté par l'ancienne équipe avec la ville. Et aujourd'hui, ça a un grand succès parce que les plus précaires à Saint-Denis peuvent être soignés dans une PASS. Du coup à Saint-Denis ça été la première ville de France où il y a eu ce dispositif test qui a été mis en place, qui a finalement été pérennisé. Et du coup Médecins du Monde a participé au comité de pilotage, la mission banlieue a participé au comité pilotage de ce dispositif-là. Et qui essaime maintenant dans d'autres villes, sans nous, à Aubervilliers, La Courneuve, Stains, Pierrefitte aussi je pense, ils vont s'y mettre. » (Salarié)

« Une autre victoire, c'est le droit à l'hébergement opposable. Donc là, pour nous c'est même une double victoire dans le sens où c'est une demande des gens. On a répondu en faisant du réel empowerment, alors que ce n'est pas au CASO vraiment le truc qu'on fait le plus d'habitude. On a monté pendant un an et demi une procédure de droit à l'hébergement opposable dans un squats et on l'a gagnée. Aujourd'hui, le préfet de Saint-Denis environ 50 euros d'astreinte par personne par jour pour 100 personnes. Ce qui fait à peu près 140 000 euros d'astreinte par mois depuis le 1er juillet tant qu'il ne les reloge pas. C'est la première fois en France qu'un préfet est condamné aussi fort. Et sur une action collective en plus. Il faut bien voir On n'avait jamais fait ça avant. C'est-à-dire que 100 personnes individuelles on fait un DAHO. Normalement, le DAHO on ça tout seul. Alors que là, ça fait 100 personnes qui ont fait. » (CC)

9. Les facteurs clés de succès du plaidoyer (1/2)

Les données recensées auprès des équipes du CASO de Saint-Denis font ressortir deux compréhensions relativement différentes des facteurs clés et actions à promouvoir pour favoriser le succès du plaidoyer. La première, principalement technique, transparait des échanges avec les coordinateurs et partenaires externes du CASO. La seconde, principalement politique et militante, est surtout proposée par les équipes salariées et bénévoles. Ces deux approches sont distinguées dans les prochains paragraphes.

Dans une perspective technique

- Le facteur principalement mis en avant pour favoriser l'efficacité du plaidoyer est celui de la **documentation approfondie des parcours des usagers après leur orientation** – notamment dans une optique de suivi des refus de soin. Comme dans d'autres CASO, l'importance d'un lieu d'accueil fixe pour collecter des données sur *les besoins* des personnes accueillies fait largement consensus, mais ces données sont décrites comme encore insuffisantes pour étayer le plaidoyer sur les *parcours*.
- Un second facteur est celui du **développement et de l'entretien de partenariats formalisés ou non** avec un réseau d'acteurs locaux parties prenantes des parcours des personnes vulnérables. Nos interlocuteurs au sein du CASO suggèrent un maillage partenarial élargi au-delà des stricts acteurs du soin, incluant notamment des collectivités (ex. CD) ou des commissariats de police.
- Enfin, le troisième facteur clé de succès est le **maintien d'une posture technique et professionnelle** dans les interactions avec les parties prenantes. Nos interlocuteurs suggèrent notamment de favoriser des thématiques et arguments techniques dans le plaidoyer de façon à « plus intéresser » et « ne pas braquer » les parties prenantes concernées. La possibilité d'un plaidoyer sur les « coûts évités » revient ici à plusieurs reprises. L'importance d'un appui renforcé du siège dans le maintien de cette posture est souvent soulignée. L'enjeu de maintenir un bon équilibre entre conseil et interpellation est également souligné, notamment pour pouvoir entretenir de bonnes relations de long terme avec les parties prenantes du CASO.
- On note que cette approche technique s'accompagne **d'un point de vue mitigé sur l'efficacité d'une éventuelle fermeture du CASO** sur l'évolution des dispositifs de droit commun – notamment du fait de la saturation des dispositifs de droit commun locaux et d'un important risque de démotivation des bénévoles.

« Si l'AME arrêta aujourd'hui, plus de cartes d'AME ni rien, c'est 15 millions d'euros qui partent sur des fonds propres de l'hôpital Delafontaine. Delafontaine, c'est l'hôpital de France qui reçoit le plus d'AME. Après Marseille. 10 % de leurs publics sont des gens qui ont l'AME donc une bonne part de leurs ressources. On l'a bien vu sur l'AME des Roumains qui n'a pas été ouverte pendant un an. C'était 500 dossiers bloqués à Delafontaine. C'est des centaines de milliers d'euros. Et c'est là où peut-être il nous manque des chiffres qui percutent comme ça sur le nouveau local. Si j'étais capable, de dire, si je ferme demain, Delafontaine prend tant de nouvelles visites. Et financièrement, ça va coûter tant. À mon avis, ça peut marcher plus que de fermer réellement. » (CC)

« Le risque qu'on a, c'est qu'on est donneur de leçons à Médecin du Monde. Et ça, c'est compliqué parce que des fois, on arrive quand même en disant : « oui, il faudrait faire ça et vous le faites mal ». Alors qu'on ne fait pas mieux. Comme on est en dehors du système, on n'est pas opérateur, c'est trop facile aussi. Mais on est très donneur de leçons, et donc on en arrive parfois à se faire des ennemis. Voilà. Et ça, je trouve que c'est compliqué dans le long terme. Donc c'est quelque chose que j'essaie d'atténuer auprès des équipes. » (CC)

« On pourrait se dire, on ferme parce que ça fait bouger les politiques. Et que du coup, en fermant on va forcer les gens à ouvrir des PASS. Sauf que nous, en Seine-Saint-Denis, je n'y crois pas du tout à cette histoire dans le sens où la Seine-Saint-Denis, c'est déjà des gens qui crèvent dans les cités. Franchement, ils ne sont plus à 6 000 migrants par an qui crèvent. Enfin, je veux dire c'est ça. On est dans le département le plus pauvre, sous l'eau. Tout le monde s'en fout. Donc en fait, faire ce jeu-là, ça marche dans d'autres villes à mon avis, mais ça ne marche pas ici. » (Bénévole)

9. Les facteurs clés de succès du plaidoyer (2/2)

Dans une perspective politique

- Le premier facteur de succès du plaidoyer mis en avant est celui d'une **politisation du discours et des actions de Médecins du Monde** aussi bien au niveau local qu'au niveau du siège. L'idée centrale mise en avant est que les freins rencontrés par les personnes migrantes sont principalement explicables par des représentations négatives et discours discriminatoires portés à leur encontre – et que le plaidoyer technique n'est donc pas suffisant pour les résorber. Les équipes du CASO invitent ainsi à des actions contre « la peur du migrant », « le racisme », ou encore à une « sensibilisation de l'opinion publique ». Le besoin d'un appui et d'un relai du siège dans cette politisation ressort notamment des échanges avec les bénévoles et salariés.
- En lien avec le précédent, un second facteur mis en avant est celui du **développement du discours et des actions sur un ensemble élargi de déterminants de la santé** (logement, discriminations, etc.).
- Un troisième facteur mis en avant est celui de « **l'empowerment** » des usagers dans la définition et la mise en œuvre de démarches visant à améliorer directement ou indirectement leur accès à la santé. L'intérêt de cet empowerment est notamment souligné dans le cas des démarches de contentieux du CASO (ex. contentieux accompagné par le CASO autour du DAHO d'un collectif de sans papiers).
- On note que cette approche politique s'accompagne d'un **point de vue positif sur l'efficacité d'une fermeture du CASO en termes d'évolution des dispositifs de droit commun** – la fermeture étant décrite comme le levier de plaidoyer le plus efficace à disposition.

« Il faut se politiser évidemment et c'est le siège qui doit se politiser avec nous. Il faut qu'ils arrêtent d'avoir peur de ça. On est arrivé sur une situation où on règlera des petits problèmes à droite, à gauche. Les situations personnelles des gens, on va réussir à les débloquer. Mais si on veut avancer au niveau système, il faut du plaidoyer politique. Et le plaidoyer local à l'échelon d'un département sera d'autant plus actif, pertinent et percutant, s'il y a justement aussi cet appui national, et cette prise de position forte nationale politique. Et puis je ne vois pas quel emmerdement ça pourrait nous amener en fait très honnêtement. Si le national portait une parole fortement politique sur des thématiques fortes, logement, travail, etc. En lien avec les questions de santé, avec l'articulation sur les déterminants de santé. On ne voit pas en quoi ça nous empêcherait de mieux travailler en fait. Pour moi ça ne pourrait être que positif. » (Salarié)

« On doit faire de la sensibilisation. Comme les politiques qui jouent sur la peur des gens, nous on doit se poser la question « Qu'est-ce qui fait peur aux gens ? Comment est-ce qu'on peut déjouer en fait ce discours-là ? » Parce que le politique sans le soutien de l'opinion publique, il va nulle part. Donc justement pour lutter contre un discours complètement fantasmagique et irrationnel. La seule réponse que tu peux apporter c'est l'opinion publique. Et là on n'arrête pas de nommer « peur irrationnelle », etc., en fait, cette peur irrationnelle, et bien c'est le racisme. Ce qui ne marche pas dans notre plaidoyer au global, c'est qu'on ne l'attaque pas ce problème du racisme. » (Bénévole)

« Je suis venue ici à la base en tant que bénévole, je suis venu ici pour ça. Pour l'action politique justement. Pour la militance. Mais jamais Médecins du monde n'est dans la rue pendant les manifestations. Quand il s'agit de la loi travailler tout qui va précariser les personnes donc qui va les mettre à la rue avec les problèmes de santé. Il n'y a pas Médecins du monde avec des grandes banderoles, moi c'est des trucs qui me choquent profondément. Cette espèce de grand écart entre l'image précise qu'on a de la réalité, et notre timidité, voir carrément nos réticences dans l'action. » (Bénévole)

« Je pense que l'action la plus radicale qu'on aurait à mener pour foutre le bordel et faire en sorte de faire prendre conscience du travail qu'on fait ici, c'est fermer. Avec 6 000 personnes par an reçu en consultation. Si on ferme demain, les PASS de ville, les hôpitaux, ils pètent un câble. Enfin vraiment, c'est l'action la plus radicale qu'on aura à mener à mon avis. Il faut donner à nos patients toutes les adresses où ils doivent aller pour bien emmerder tout le monde. On laisse des fiches d'orientations partout. » (Salarié)

CASO de Saint-Denis

10. Le regard des partenaires

Conseil Départemental 93

- Le CASO de Saint-Denis est identifié comme un **point de contact clé avec les populations cibles** dans le cadre des politiques de prévention sanitaire orchestrées par le Département. Le partenariat opérationnel (permanence de dépistage et prévention) liant le CASO au Département permettrait de rencontrer des personnes auxquelles les services du Département n'auraient pas accès autrement. En outre une première rencontre sur le site du CASO semble être un facilitateur clé pour une réitération des contacts, en cas de besoins ultérieurs (dépistage, suivi).
- Le CASO de Saint-Denis est décrit comme un **lieu ressource** pour les populations accueillies, un **premier point d'entrée** dans le système de santé français, où les personnes sont susceptibles d'obtenir des réponses à la fois à leurs problématiques socio-administratives et médicales.

Mairie de Saint-Denis (Direction Santé)

- Le CASO de Saint-Denis est décrit comme **un acteur à part entière de l'offre de soin sur le territoire**, contribuant effectivement à l'accès au droit et à la santé des personnes vulnérables. En raison de la situation de saturation des dispositifs de droits commun sur le territoire, la perspective d'un désengagement des activités de soin est appréhendée négativement par la Mairie.
- Le plaidoyer du CASO et de Médecins du Monde est **largement valorisé dans sa dimension documentaire et technique – mais moins dans sa dimension politique**. Une contribution effective du CASO à l'amélioration des dispositifs de droits commun (PASS de Ville) est reconnue.
- Un **effet d'attraction de personnes en situation de précarité sur le territoire** de la ville du fait de la présence du CASO est suggéré dans l'entretien.

NB. Aucune donnée n'a pu être collectée auprès de l'ARS IDF dans le cadre de l'étude. Les données collectées auprès de l'équipe du CASO invitent cependant à souligner **une influence latente de la relation de financement sur l'action et le plaidoyer du CASO**. On peut observer une maîtrise imparfaite de la communication du CASO amenée par cette relation de financement (ex. communication de l'ARS à propos du CASO comme centre de soin) ainsi qu'une situation où MdM a été contraint à une action non souhaitée.

« On est perçus comme un hôpital. Enfin, au-delà même de notre public en fait. C'est nos partenaires institutionnels qui nous prennent comme ça. Sur les bons d'orientation PASS, vous avez « PASS Médecins du Monde ». Sur les tracts officiels de l'ARS, c'est marqué tous les lieux ressources de santé : il y a toutes les PASS qui sont indiquées mais il y a aussi marqué le CASO de Médecins du Monde. Pour eux, Médecins du Monde fait partie de ce dispositif hospitalier de ville qui existe. » (Equipe)

« Ce financement c'est une problématique parce que tant qu'on est d'accord avec eux, c'est cool. Mais le jour où ne sera pas d'accord avec eux... Comment on attaque l'ARS si on est financé par eux ? Il y a un an et demi, la préfecture voulait organiser une campagne de vaccination rougeole à la mode préfecture. C'est-à-dire d'arriver sur les bidonvilles avec des seringues. Et de dire on vous vaccine. Et le lendemain, une évacuation. Voilà. Et nous, on est contre. Parce qu'aller vacciner à l'arrache des gens...sans information au préalable et le lendemain les expulser, ça fait un lien cause à effet radical. Je me fais vacciner, je me fais expulser, donc je ne me refais plus vacciner. Donc nous, si on savait que si on participait à ça, c'était contre nos valeurs, et en plus, on avait un lien de confiance qui se cassait avec la population. Donc, on a refusé. Et là surprise : l'ARS nous a fait : « ah, mais non. On vous finance. Donc vous faites. » On a re-refusé en expliquant. Et là, ils nous ont dit : « L'année prochaine, il n'y aura plus d'argent. » Maintenant, on s'est aperçu que c'était du chantage et du bluff. Mais sur le coup, on ne le savait pas. Donc on a quand même accepté. Pas faire les vaccinations, mais d'aller filer un coup de main pour faire de la sensibilisation de la vaccination deux semaines avant les vaccins. » (CC)

3.3 Observations CASO de Rouen



CASO de Rouen

1. Principales caractéristiques du CASO*



Composition de l'équipe*

Salariés

4 salariés

Coordinatrice Régionale, Assistante, Chargée de prévention, Chargé d'accueil (*nouvellement recruté au moment de l'étude*)

Bénévoles médicaux et paramédicaux

45 bénévoles, dont

7 Médecins, 12 Chargés d'accueil,
2 Psychologues ou psychiatre, 1 Dentiste, 1
Pharmaciens, 11 Bénévoles TROD, 11 Bénévoles
INCA

Fréquentation & Budget

- En 2018 le Programme Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation a accueilli, à l'occasion de 130 permanences, 1265 patients, mené 1164 consultations médicales généralistes, 934 entretiens sociaux, 316 entretiens de prévention, 32 permanences d'accompagnement psychologique ainsi que 142 consultations dentaires.
- Le budget 2018 a été de 65 330 €.

Calendrier des consultations

- Permanences ouvertes trois jours par semaine, sans rendez-vous, le mardi, mercredi et vendredi, de 14h à 17h (Accueil, Permanences sociales, Permanences médicales et de prévention, Permanence d'accompagnement psychologique, Pharmacie, Permanence dentaire, Permanence d'ouverture de droits AME/CMU en partenariat avec la CPAM).

Données collectées dans le cadre de l'étude

- 14 interlocuteurs en entretien ou focus group (Coordinatrice Régionale, Ex. Coordinatrice Régionale, Assistante, Chargée de prévention, Chargé d'Accueil, ARS, PASS, CPAM ainsi que 6 bénévoles) pour une durée totale de 290 minutes
- 2 séances d'observation
- 8 documents complémentaires communiqués par l'équipe

**Données 2018. Evolutions récentes du CASO.*

CASO de Rouen

2. Regard sur les dispositifs de soin locaux

- Les entretiens au sein du CASO et avec les partenaires locaux conduisent à un diagnostic de **développement insuffisant des dispositifs de droit commun à Rouen**, résultant en des difficultés d'accès au soin prégnantes sur le territoire.
- Malgré une montée en capacité progressive sur la période récente, **la PASS est décrite comme insuffisamment développée et structurée pour faire face aux besoins**. Pour illustration, le délai moyen pour un rendez-vous médical en PASS est estimé par le CASO à 8 -10 jours. La notoriété de la PASS auprès des publics précaires est également jugée insuffisante.
- Une **problématique géographique** très forte apparaît dans le cas de Rouen. Le CASO y est décrit comme la seule structure de soin dédiée au population précaire sur l'ensemble des quartiers de la rive gauche de la ville. Dans les faits, la couverture des besoins de ces publics sur Rouen semble ainsi portée **en complémentarité entre la PASS** (rive droite) **et le CASO** (rive gauche).

« A Rouen, il y a un manque de médecins, il y a un manque de professionnels de santé et une disparité, enfin des inégalités territoriales en termes d'offre de soin. Un état des lieux sanitaire commandé par la métropole est sorti récemment et montre bien ça. De manière générale, il n'y a pas assez de professionnels de santé. Ensuite, ils sont particulièrement mal répartis. Si on prend juste la métropole rouennaise, il y a pas mal de médecins libéraux notamment dans l'hypercentre ou dans certaines parties du centre-ville, mais il y a d'autres quartiers ou d'autres communes de la métropole qui en sont quasiment démunies. Et ça explique aussi la difficulté de trouver des médecins, je veux dire même pour les gens qui connaissent leur droit, qui parlent très bien français, qui vont à la Sécu, tout ce qu'on veut, parfois c'est difficile de trouver un médecin général ou voir un spécialiste... donc imagine pour les gens qui ont des difficultés de langue. »
(CC)

« Il y a une complémentarité géographique entre la PASS et le CASO de Médecins du Monde. La configuration de la ville, ça fonctionne très rive gauche, rive droite ici, et les populations précaires fonctionnent aussi beaucoup comme ça. A l'heure actuelle, la PASS de Rouen, elle est rive droite, elle est en plus saturée et n'a pas les moyens encore suffisants pour absorber tous les besoins. Donc l'existence du CASO depuis 30 ans rive de gauche, répond à un gap, un besoin de couvrir l'ensemble de la population rive gauche où il n'y pas d'offre. C'est une complémentarité pour couvrir le territoire. Du coup on est plutôt bien implantés et le CASO, les gens le connaissent par bouche-à-oreille. La PASS, personne ne connaît rive gauche, enfin même à l'hôpital, ils ne connaissent pas en fait. Quand tu parles à des médecins, ils te disent « la PASS ? C'est quoi ? » Donc oui, c'est ça aussi, c'est le fait que la PASS est méconnue. » (Salarié)



Cartographie de l'ensemble des dispositifs de soin et d'action sociale de la ville affichée dans la salle d'attente du CASO

3. Regard sur les besoins des personnes accueillies

- Les équipes du CASO de Rouen expliquent que les arrivées au CASO sont **généralement motivées par des besoins plus larges que la stricte difficulté d'accès au soin**. Certains interlocuteurs soulignent ainsi le fait que le CASO ne reçoit quasiment jamais de bénéficiaires en situation d'urgence. Les besoins des bénéficiaires sont décrits comme complexes et fortement intriqués – impliquant un premier travail d'écoute des personnes, de « démêlage » de leur situation et de « qualification » de leurs besoins.
- Comme dans d'autres territoires, l'équipe du CASO de Rouen explique que les freins d'accès aux droits et au soin rencontrés par les bénéficiaires tiennent notamment **aux contraintes spécifiques amenées par la situation de précarité** (difficultés ou craintes dans les déplacements, difficultés à honorer un rendez-vous...). De façon plus spécifique, elles soulèvent le **besoin d'immédiateté** dans la prise en charge de ces personnes. Elles expliquent alors que le CASO est notamment préféré aux structures de droit commun pour sa capacité d'accompagnement immédiat.
- En complément aux travaux de l'Observatoire de l'accès aux droits et au soin, plusieurs interlocuteurs proposent enfin **des exemples ou anecdotes de discrimination ou refus de soin parmi les acteurs du droit commun sur le territoire**, mais soulignent la difficulté à les documenter.

« Qui leur a dit de venir à Médecins du Monde? C'est un proche, un passeur etc.. En général, ils ne savent pas en fait comment fonctionnent les structures en France...on leur dit de venir à Médecins du Monde parce qu'on peut se faire soigner, mais il y a quand même une méconnaissance générale des structures qui existent et de ce qu'elles peuvent faire. Donc, ils viennent au CASO. Et quand ils se présentent il y a toute une phase d'écoute déjà pour démêler un petit peu la demande : quand on les inscrit, ils disent« on voudrait voir un médecin », mais en fait, quand tu creuses, c'est d'abord un besoin d'accueil social. On va parler d'hébergement, on va parler d'alimentation, on va parler de leur peur, de leurs soucis, voilà... le soin ou la prévention vient souvent après coup. » (Bénévole)

« On a souvent des personnes aussi qui sont en transit, qui ne se posent pas durablement sur Rouen. Ils savent qu'ils sont là aujourd'hui, mais ne savent pas pour demain. Et ces personnes ne peuvent pas attendre pour des dizaines de raisons, ils ont tellement de soucis sur la patate que je pense qu'il faut répondre un peu dans l'immédiateté. Et donc le fait d'avoir une prise de rendez-vous, c'est complètement en décalage par rapport aux réalités quotidiennes de notre public. Or la PASS n'est pas en mesure de proposer ça. Il y a souvent des délais, c'est sur rendez-vous, etc.. Ce n'est pas la faute de la PASS, ils font ce qu'ils peuvent mais c'est trop long. Les délais sont trop longs alors que la structure associative Médecins du Monde permet cette gestion de l'immédiateté. Ici, ils savent que c'est ouvert tel ou tel jour sans rendez-vous. » (Equipe)

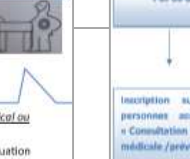
« Les refus de soin, ils existent mais c'est malheureusement une donnée qu'on a du mal à documenter parce que du coup les bénéficiaires reçoivent des réponses types « on ne prend de nouveaux patients, il va falloir prendre rendez-vous dans l'idéal ». Et pour le coup, c'est difficile de l'attester comme un refus de soin en tant que tel. Après, je l'avais fait une fois, en fait il faut que la personne veuille directement prendre rendez-vous avec notre aide au CASO. Il y a une fois où la personne a bien voulu qu'on appelle ensemble. Premier appel elle s'est fait directement bouler en disant « non, on ne prend pas de nouveaux patients ». Alors j'ai rappelé juste après....j'ai eu un rendez-vous sur midi-même sans problème. » (Equipe)

4. Initiatives spécifiques du CASO dans l'accompagnement des personnes

- # Guide pratique

CASO Rouen

Version du 23/09/2019

1. Le parcours de l'utilisateur au CASO de Rouen

Au niveau de l'entrée
- Quelle est le motif de votre venue ?

Pré-accueil

Mdm ne peut pas répondre à la demande

Mdm peut répondre à la demande

Orientation externe

Entretien d'accueil social

Consultation médicale ou de prévention

Bureau Accueil Social 1, 2 ou 3
- Avez-vous une couverture maladie ?
- Remplissage DPI
- Statut administratif
- Durée de séjour
- Conditions d'hébergement
- Situation familiale
- Aides à l'ouverture des droits à l'assurance maladie
- Rappel des autres missions CASO : prévention, AME
- Entretien d'accueil Mineur Non Accompagné

Bureau Médical ou Prévention
- Point de situation
- Demande
- Consultation
- Prescription / Délivrance de médicament
- Orientation interne et/ou externe
- Tests rapides VIH/VHC

Accompagnement physique
- CoGIDD / CLAT / CPEF / PASS...
- Vers d'autres structures...

2. Le pré-accueil

A. Que faire ?

La personne au pré-accueil a un rôle pivot dans la régulation du flux entre les services proposés. Elle va rencontrer toutes les personnes qui viennent au CASO et demander à la personne les questions suivantes :

Question n°1 : Qu'est-ce qui vous amène à MdM ?

 - Besoin médical
 - Besoin prévention (santé sexuelle, dépistage...)
 - Autres besoins :
 - Accès aux droits santé (AME/PUMA)
 - Autres difficultés sociales : nourriture, hébergement...

Question n°2 : Avez-vous la sécurité sociale ou l'AME ?

Expliquer que l'information sur des droits sociaux pourra être utile en accueil social dans le futur

 - Pas de droit ouvert
 - Droit ouvert (AME, CMUH)

Si difficulté d'accès au droit carrefour

Inscription sur la liste des personnes accueillies rubrique « Consultation médicale/prévention »
NOM - Prénom - Sexe

Inscription sur la liste des personnes accueillies rubrique « Autres : information AME, Entretien social, Accompagnement à la prise de rendez-vous, Orientation... »

Personne dirigée vers le BUREAU ACCUEIL SOCIAL

7

Pas d'information à remplir sur ce poste... mais assurément un poste à temps plein !!

CASO de Rouen

5. Principaux effets sur l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies (1/2)

- Le premier type d'effets observable concerne le **soutien psycho-social** apporté aux personnes accueillies. Les dimensions d'écoute, d'empathie, de réduction de l'anxiété et de réassurance sont souvent mises en avant dans les entretiens et largement confirmées au cours des phases d'immersion (ex. distribution de café ou de chocolat).
- **L'accès à l'information** constitue un second effet largement confirmé en entretien et en immersion. Comme dans d'autres CASO, le périmètre des informations apportées aux bénéficiaires dépasse largement le strict registre des droits et du soin et couvre de **nombreux déterminant de la santé ou leviers d'insertion** (hébergement, hygiène, alimentation, emploi, langue, loisirs...).
- En travaillant sur les différents aspects de la situation des personnes accueillies (hébergement, alimentation...), les équipes expliquent par ailleurs **(re)créer les conditions d'adhésion à un parcours de soin chez les personnes dont la détresse matérielle rendait le soin non prioritaire**. Des cas concrets d'une résolution des besoins prioritaires comme élément déclencheur du parcours de soin sont présentés à l'appui.
- De façon générale, les salariés et bénévoles du CASO estiment **contribuer efficacement à l'autonomisation des usagers** dans leurs parcours sur le territoire. Les données manquent cependant pour confirmer ce retour d'expérience.

« Améliorer l'état de santé des personnes? Non, je n'y crois pas comme effet. Je n'y crois pas parce que je pense qu'en fait notre apport est vraiment psychologique. C'est la notion du sentiment d'être accueilli. A première vue, beaucoup de personnes arrivent avec mal à la tête, mal au ventre....mais ils ont mal à la tête et mal au ventre parce qu'ils sont dehors, parce qu'ils ont peur, parce qu'ils sont inquiets pour ce qui va se passer. Et le CASO c'est vraiment un point d'ancrage qui donne une réassurance psychique très forte. Après le soin vital, on est rarement sur ça. On n'est même jamais sur du vital, on est sur plutôt de la bobologie. Et ce n'est pas du tout dépréciatif quand je dis ça. Mais de fait, les publics qu'on accueille sont plutôt en bonne santé majoritairement, mais dans un état d'anxiété énorme qui fait qu'ils ont impérativement besoin d'un point de chute, d'un point d'accueil, de réassurance... et aussi d'un suivi parce que leur parcours fait qu'ils vont avoir des dégradations traumatiques importantes. Et c'est là où on a intérêt à ce qu'il y ait un accès aux droits qui s'enclenche assez rapidement pour qu'ils puissent avoir ce suivi. Mais si vous voulez, au CASO de Rouen, je crois qu'on est à 2,1 fois par patient, c'est-à-dire qu'on ne voit en général un patient que deux fois : ce n'est pas avec ça qu'on va avoir, nous, un impact sur les aspects somatiques. Notre apport, c'est de redonner un point d'ancrage et un point de confiance pour sécuriser ensuite le parcours et les repères. » (Bénévole)

« Pour le coup, oui je pense qu'on accroît leur autonomie. Mais on le sait par bribes lorsqu'on revoit la personne et qu'elle nous dit « je me suis rendue là ». C'est dur de le généraliser cependant. Là où on arrive un peu à appréhender l'autonomie dans le cas des dossiers d'AME. Vu qu'il y a les permanences de la CPAM au CASO, on voit que les personnes reviennent quand elles ont constitué toutes les pièces pour déposer un dossier. Et ça déjà c'est un début d'autonomie. » (Salariée)

5. Principaux effets sur l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies (2/2)

- Comme dans la plupart des autres CASO, les données manquent pour se **prononcer sur l'orientation effective des personnes accueillies** vers les dispositifs de droit commun.
- De façon générale, le CASO de Rouen semble assurer un rôle de **lieu ressources, de point de chute** pour certains de ses usagers et se distingue par des observations relativement nombreuses **d'usagers revenant régulièrement au CASO** dans le cadre de demandes parfois éloignées du registre du soin (ex. explication d'une feuille de paie). Cette fidélisation de certains publics semble s'expliquer par la nature des populations accueillies (MNA, Travailleuses du Sexe), par l'historique de leurs relations avec MdM (accueils de jours préalablement ouverts dans les locaux du CASO) et par la posture de suivi développée par les bénévoles.
- Sans permettre de proposer un enseignement de portée générale, le CASO de Rouen a apporté un exemple ponctuel de **qualité insuffisante des soins directement apportés aux bénéficiaires** – en l'occurrence de soins dentaires, du fait d'équipements obsolètes et difficilement renouvelés.

« Quand tu arrives en France après un parcours comme ça, la première personne qui est vue, c'est elle qui devient ta référence. Il y a des femmes nigérianes qui reviennent assez régulièrement au CASO, oui, mais elles se sentent rassurées. C'est comme pour les mineurs non accompagnés avec [un salarié], les travailleuses du sexe, c'est moi qu'elles ont identifiée. Chacun devient une personne-ressource un peu, et du coup après leurs premières sollicitations, elles reviennent un peu vers toi. Il y a eu création d'un espace confiance, de réassurance qu'elles n'ont pas ailleurs. Le salarié ou le bénévole, c'est un peu la personne qui a pris le temps de l'écoute, le temps d'expliquer aussi tout le cheminement... Et effectivement, les chiffres montrent que le nombre moyen de consultations par bénéficiaire, au CASO c'est deux. Un peu plus. Mais franchement, je ne sais pas si c'est un échec ça. Je me dis que oui, le grand discours de Médecins du Monde, c'est « on n'est pas là pour faire du suivi, on n'est pas là pour se substituer, il faut faire en sorte que les structures prennent en charge », mais là en l'occurrence on parle de mineurs isolés, de travailleuses du sexe, de personnes qui sont arrivées il n'y a pas longtemps et qui sont sans repères... » (Bénévole)

« On est devenu un point de ressources. Dans les discussions, ça ressort souvent qu'ils apprécient l'accueil à Médecins du Monde, le fait qu'il y a une espèce de convivialité, un lieu où on peut se permettre de prendre le temps, où on a des gens qui peuvent te parler en arabe. C'est ce que les autres structures ne font pas et du coup, je pense que tous ces ingrédients jouent aussi pour que le CASO soit perçu comme un lieu « friendly » pour l'accueil et que ce soit plutôt apprécié de venir ici - même si au final, l'accès au soin est réduit à de la médecine généraliste et encore... » (Salarié)

« La qualité des soins, ce n'est pas toujours simple parce qu'encore une fois, le médecin ou le soignant qui en plus était dans sa carrière généraliste, ne reconnaît pas du tout une légitimité à d'autres gens qui viennent de l'administration d'aller évaluer la qualité de ce qu'il fait. Donc en fait, on a des protocoles de qualité de soin qui sont aussi diffusés et coordonnés au niveau national, mais ce n'est pas toujours opérationnel. Je vous disais, le cabinet dentaire, quand on a voulu le fermer, c'était aussi par rapport à la qualité des soins. Ce n'était pas admissible. Concrètement une fois sur deux, la lampe pour regarder dans la bouche de la personne ne marchait pas. La stérilisation n'était pas toujours bien faite. Bref il y avait des investissements à faire pour arriver à une qualité suffisante et on ne pouvait pas. Parfois, la question est aussi au niveau des médecins qui sont âgés, voire très âgés, et parfois un peu loin de leur pratique et de leurs dernières formations. Ce n'est pas forcément gage de mauvaise qualité bien sûr, mais ça pose question. » (CC)

CASO de ROUEN

Eléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes

- En lien avec les initiatives mises en place sur la période récente, les préconisations du CASO de Rouen pour une amélioration des effets sur les personnes accueillies portent en premier lieu sur une **adaptation encore accrue des modalités d'accueil** – permettant d'améliorer le soutien psychosocial des personnes. **L'idée de renforcer le recrutement de « bénévoles pairs »** (i.e. personnes ayant eu un vécu de précarité ou de vulnérabilité et acceptant de venir contribuer à l'action du CASO) est ici mise en avant aussi bien par l'équipe salariée que par les bénévoles sollicités. L'étude a permis d'échanger avec deux bénévoles dans cette situation, qui ont mis en avant leur compréhension plus intime des besoins des personnes et des accompagnements à proposer (notamment pour redonner espoir).
- La notion « **d'entrée santé** » ou de « **perspective du soin** » est également mise en avant comme un déterminant du succès de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. Les équipes expliquent qu'elle constitue d'abord un motif pour se rendre dans les CASO ou y être orienté par d'autres structures de l'accompagnement des personnes en précarité. Elle constitue ensuite - et surtout - un prétexte pour engager un diagnostic approfondi de la situation des personnes et identifier ses différents besoins. A ce titre, la cessation des activités de soins par le CASO n'est globalement pas jugée comme une perspective pertinente par les personnes interrogées au CASO.
- L'équipe du CASO de Rouen met enfin en avant la nécessité de **renforcer la pratique d'accompagnement physique des personnes accueillies** dans les structures de droit commun par des bénévoles « volants ». Au-delà de l'intérêt de ces actions pour le plaidoyer (décrit par ailleurs), les équipes expliquent qu'elles permettent de maximiser les chances d'un accès effectif à la prise en charge.

« L'entrée santé est hyper importante et c'est ça qui fait la spécificité de Médecins du Monde. Parce qu'en fait, pouvoir arriver avec un besoin de santé somatique type mal à la tête... et être tout de même pris en charge, ben il n'y a que la structure associative qui le fait en fait, qui propose des consultations. L'intérêt c'est justement que ça va permettre d'agir sur autre chose, sur du psychique etc... ce qu'un cours d'alphabétisation par exemple ne permettrait pas du tout de faire. De partir de « je me sens mal et pourquoi », ça, c'est vraiment une spécificité du CASO. Et puis il y a aussi le côté que le médecin et les médicaments rassurent les personnes. Ça, je pense, c'est très important, parce qu'il n'y a pas de méfiance : on rassure. Aller apprendre le français dans une association, c'est aussi parce que la personne, souvent, elle a envie de trouver un travail, enfin voilà une notion d'intégration. Là, le soin c'est plus proche de soi-même en fait. Le soin c'est plus intime, donc c'est propice pour parler de son intimité, et ça nous permet de mieux comprendre. » (CC)

« On essaye de développer l'accompagnement physique des personnes. On ne le systématise pas du tout, mais il y a des personnes qui ont besoin d'un accompagnement ne serait-ce que juste pour aller à la PASS parce que ça a l'air d'être à côté, mais en fait, c'est compliqué pour aller rive droit – notamment pour des personnes qui viennent d'arriver et qui ne connaissent pas du tout la ville. C'est flagrant chez les mineurs : au tout début, ils ne connaissent pas du tout la ville. Donc ça nécessite un, deux voire trois accompagnements dans les différentes structures. Puis ensuite, ça y est ils arrivent à aller dans les structures, ils connaissent bien le plan et ils sont plus autonomes dans les démarches qu'ils vont inmanquablement avoir à faire rapidement. » (Salarié)

CASO de Rouen

4. Activités de plaidoyer

- Si les pratiques d'accueil apparaissent fortement réfléchies au sein du CASO de Rouen, on observe que **les activités de plaidoyer y restent relativement moins prégnantes** que dans d'autres CASO étudiés. Décrit comme longtemps « centré sur l'activité caritative », le CASO a développé ses activités de plaidoyer sur la période récente – principalement sous impulsion du siège. Cette évolution s'est accompagnée de problématiques organisationnelles significatives, évoquées par l'ensemble des interlocuteurs.
- Parmi les différentes actions recensées dans le cadre de l'étude, on note cependant la structuration d'un réseau de partenaires « Santé pour Tous », un certain nombre d'actions ciblées autour **de la domiciliation et de l'hébergement des MNA** – notamment dans le cadre de l'examen de minorité – et enfin des actions visant à prévenir la fermeture de douches municipales.

« La question du plaidoyer n'est pas venue parce qu'on a eu plus de besoins sur Rouen ou parce qu'on a été submergé de bénéficiaires... ça a été un portage politique du siège, de dire voilà ça fait 20 ans que le CASO existe, il faut vraiment qu'on se bouge quoi, qu'on se désengage un peu du soin pour aller vers le plaidoyer. Après justement parmi les bénévoles, il y a eu à ce moment-là des résistances fortes en disant : oui, mais vous nous dites ça au moment où ils vont supprimer l'AME, etc.. Donc il ne faut surtout pas se désengager! » (CC)

« Cette question de l'Accès au Soins pour Tous, vraiment, je pense que là ça a été un gros boulot hyper bien réussi. Voilà. Il y a eu un séminaire il y a deux ans, qui a été un chouette process qu'on a mené pendant plus ou moins un an, pour emmener tous les partenaires, pour faire des réunions de COPIL, etc.. Alors ça a été compliqué sur la forme avec l'ARS qui n'a pas aimé du tout se sentir contraint et se sentir pris au piège. C'est dommage qu'ils l'aient perçu comme ça. Après, je comprends qu'ils l'aient vu comme ça puisqu'en fait, nous, comme on avait fédéré un réseau de partenaires et notamment la métropole, les collectivités avec émergence des besoins, ils sont sortis un peu de leur positionnement habituel. Voilà. Mais ça a été, encore une fois, quelque chose de réussi, car ça a créé un moteur au niveau de l'agglomération dans son ensemble. » (CC)

« Je pense que la lutte pour qu'il n'y ait pas de fermeture des douches, ça a aidé. Sur les mineurs isolés, ça a bien quand même fait bouger l'hôpital, tout le travail qui a été mené. Ce n'était pas directement du CASO, mais comme aujourd'hui, ils sont intégrés dans le CASO, on peut les passer dedans. Sinon sur le CASO Rouen, à mon époque, je peux difficilement citer des victoires parce qu'on ne s'était pas encore structuré dans une optique d'en gagner. » (CC)

- Plusieurs effets du plaidoyer du CASO sont mis en avant sur la période récente, notamment en lien avec les thématiques relatives aux Mineurs Non Accompagnés. Les équipes expliquent notamment avoir obtenu des avancées concernant **la domiciliation des mineurs au CCAS local** (d'abord refusée puis débloquée grâce à l'action du CASO) ainsi que concernant **l'hébergement des mineurs pendant leur examen de minorité** (non proposé par le CAPS avant l'intervention du CASO). Des victoires très ponctuelles sont également citées dans le cadre de recours juridiques suite à des évaluations négatives.
- Des effets concrets sont également observables concernant la veille et **l'alerte quant aux dysfonctionnements et l'amélioration continue des actions de la CPAM** – effets confirmés par les entretiens parties prenantes (voir slide suivante).
- Via la fermeture de ses actions de soin dentaire et une action de lobbying ad hoc, le CASO semble avoir également directement contribué à **l'amélioration de l'offre de soins dentaire de droit commun au sein de la PASS**.
- On peut enfin noter un succès décrit par les équipes concernant **le maintien en activité des dernières douches municipales** – permettant donc l'accès aux services d'hygiène de base aux populations vulnérables de la ville.

« Au CCAS, ceux qui font des adresses de domiciliation. Ils n'acceptaient pas les mineurs. On a compris que c'était parce qu'ils n'avaient pas reçu de directives, et qu'ils ne savaient pas dans quelle case mettre les mineurs, donc ils les refusaient. Et donc du coup, on a fait du lobbying auprès de la DDCS (direction départementale de la cohésion sociale) qui a le schéma départemental de la domiciliation, ce sont eux qui distribuent les domiciliations. Donc on a fait des rappels à la loi existante, etc.. Du coup, en se servant beaucoup des textes, enfin des références de Médecins du Monde, ça a permis qu'ils redescendent l'information au niveau de tous les CCAS. Pour dire, mais non en fait, vous êtes censés prendre en charge les mineurs aussi. Et donc, depuis ça a débloqué les demandes. » (Salarié)

« C'est assez récent la fermeture du cabinet dentaire. On a fermé notre activité pour obtenir une ouverture dans le droit commun. On avait fait une étude sur les besoins dentaires, et les besoins en dentaire sont énormes. Mais ça ne nous a pas empêchés de fermer la consultation dentaire. Au contraire, la consultation dentaire était en deçà des besoins et là, on n'avait plus la capacité de la porter : qualité de service insuffisante, temps de coordination de gestion de ce cabinet insuffisante, temps de présence bénévole insuffisant également. On recevait des gens, c'était lundi matin à la chaîne. C'était hyper insuffisant. Pas de possibilité de radio et en plus pas d'orientation dans le droit commun, pas de lien avec la PASS. Et puis le risque que je voyais c'était aussi que l'ARS se reposait sur le fait que notre cabinet existe pour ne pas se sentir dans l'obligation de monter quelque chose. Et là sur le dentaire, effectivement, il n'y avait existence de rien, à part nous. Donc c'était intéressant d'aller vers eux. On a fait pression sur l'ARS en disant « il n'y aura plus rien, donc maintenant vous vous bougez ». On a arrêté les extractions. Et il y a eu un centre dentaire qui s'est monté et qui prend les personnes précaires. » (CC)

CPAM

- La CPAM a instauré un partenariat de longue date avec le CASO et assure dans ce cadre **une permanence une fois par semaine dans les locaux de Mdm** pour permettre aux publics accueillis d'engager leurs démarches d'ouverture de droit. La CPAM trouve dans ce partenariat **un relai jugé efficace** pour apporter ses services à des publics qu'elle a sinon des difficultés à atteindre.
- La CPAM souligne la capacité des équipes du CASO à **alerter sur les dysfonctionnements** pouvant survenir dans le parcours des bénéficiaires. Elle souligne également **l'expertise technique et réglementaire du CASO** et apprécie que les échanges avec Mdm soient construits autour de **préconisations opérationnelles ou techniques** – et non autour d'une approche conflictuelle.

ARS

- L'ARS Normandie étant à la fois financeur du CASO et cible de son plaidoyer, les **interactions avec l'équipe CASO sont décrites comme ambiguës** - avec d'une part des dialogues de gestion annuels et d'autre part des rencontres ponctuelles dans le cadre des activités de plaidoyer de l'équipe.
- Dans le cadre de nos échanges, l'ARS **reconnait le rôle moteur du CASO dans la structuration** et l'animation du réseau d'acteurs de la santé sur le territoire (ex. Journée Santé pour Tous). En tant que cible de plaidoyer, elle souligne l'importance et l'intérêt d'être sollicitée sur des sujets relevant de sa compétence locale et non de plaidoyers nationaux.

« Le partenariat avec le CASO nous est très utile au sein de la CPAM en ce sens qu'il nous permet d'atteindre des publics qu'on doit aider mais pour lesquels on sait que notre accueil n'est pas forcément adapté. A la CPAM, les personnes ne peuvent par exemple pas voir deux fois la même personne – ce qui compte souvent pour elles vu leur situation. Elles doivent aussi prendre rendez-vous, et on sait d'expérience qu'ils ont des aléas qui peuvent empêcher ça. En fait, ce qui est important c'est ce l'idée d'aller vers, d'adapter l'accueil, où les équipes du CASO ont une réelle expertise. Donc on se complète bien dans ce partenariat : ils sont notre relais sur nos dispositifs. » (CPAM)

« Ce que l'on trouve très appréciable, c'est leur façon de nous interpeller. Ils nous alertent, ils sont toujours en veille si des parcours qui se sont mal passés, si des droits ou des situations ont été mal interprétés et ils n'hésitent pas à nous le dire. Mais c'est toujours sur le registre technique et, je dirai, constructif. Ils interpellent et ils proposent en même temps une solution, ou un rappel aux textes etc.. Ce n'est pas conflictuel et c'est très bien. Par ailleurs, le fait que nous ayons ce partenariat dans leur local fait qu'on a un peu plus de proximité et qu'on peut mieux se passer les messages. » (CPAM)

« La meilleure pratique, à mon sens, c'est d'être capable d'interpeller et de conseiller les parties prenantes – dont l'ARS – de façon ciblée. C'est-à-dire sur des leviers qu'on va effectivement pouvoir activer. Beaucoup d'associations militantes mènent un plaidoyer national auprès d'interlocuteurs locaux, et ça ne peut pas donner grand-chose. Typiquement, sur la PASS, nous avons des moyens d'action. Sur les MNA, beaucoup moins. Et l'équipe du CASO savait globalement être réaliste à ce sujet. Ils sont militants mais réalistes. L'équipe a changé récemment maintenant, et nous devons réamorcer quelque chose. » (ARS)

« Le positionnement du CASO est très ambigu pour nous à Rouen. Comme l'offre de soins est bien plus développée sur la rive droite que sur la rive gauche - où se trouve le CASO – et bien quelque part ça arrange tout le monde qu'il y ait le CASO là bas, parce qu'il répond à un besoin. Il pallie le manque de soins qu'il y a sur la rive gauche. Maintenant j'entends évidemment les discours sur le désengagement et c'est vrai qu'idéalement un jour il faudrait qu'il n'y ait plus de CASO. Mais ce qui est ambigu, c'est qu'ils sont là depuis tellement qu'ils font partie du paysage. Personne ne peut être sûr d'ailleurs que les personnes précaires ne continueront pas à aller au CASO le jour où la PASS sera assez développée. » (ARS)

CASO de Rouen

7. Le regard des partenaires (2/2)

PASS

- Les retours de la PASS de Rouen confirment la perception du CASO comme un acteur « complémentaire » de l'hôpital pour la prise en charge des populations précaires – notamment du fait de la complémentarité géographique déjà mise en avant par les équipes.
- Comme dans le cas d'autres partenaires interrogés auprès des CASO étudiés, les retours de la PASS encouragent à une définition de demandes et préconisations « réalistes » - i.e. adaptées aux attributions et à la marge de manœuvre effective des interlocuteurs sollicités.
- Le plaidoyer du CASO de Rouen est d'abord ressenti dans l'organisation d'actions collectives en direction de professionnels du soin ou d'élus.

« De ce que je sais l'antenne de MdM Rouen a un rôle important auprès d'un public vulnérable : CASO, RDR, Soins pour tous. C'est un partenaire important, bien repéré par une partie de la population pour son accueil inconditionnel, et qui nous adresse régulièrement des patients. Nous avons reçu 238 personnes sur 927 qui étaient orientées par une association en 2018 – je ne peux pas extraire MdM. La localisation du CASO rive gauche est notamment un point important, la PASS étant implantée rive droite au sein du CHU. Nous voyons aussi des patients venant de la rive sud mais il est possible qu'un certain nombre hésite à venir à l'hôpital. Nous avons un projet de travailler plus avec les structures de la rive sud pour faire des actions "hors les murs" (PASS mobile), projet à écrire et faire valider par l'ARS pour financement. » (PASS)

« Un point qui me semble essentiel est la permanence CPAM organisée au CASO car ce qui aide les gens ce n'est pas que un soin un jour mais bien la sortie de la précarité - même si des antalgiques ou autres traitements aigus sont très utiles évidemment. Je dirai que MdM a aussi un rôle important dans le repérage et l'orientation des patients MNA sur l'agglomération. » (PASS)

« En termes de plaidoyer de MdM, un exemple intéressant est une action hors les murs du CeGIDD, à laquelle nous avons participé, dans les locaux de MdM, permettant de toucher un public qui ne vient pas forcément jusque la PASS. Aussi, l'action d'interpellation des pouvoirs publics est importante et utile, même si à la PASS cette voix peut être limitée par l'organisation de l'institution. On peut aussi souligner leurs actions auprès d'élus comme le COPIL Accès au soin pour Tous initié en décembre 2018 par le CASO : cette activité pourrait être davantage un effort commun. » (PASS)

8. Facteurs clés pour maximiser les effets du plaidoyer

- Le premier facteur déterminant le succès du plaidoyer présenté par les équipes est **la collecte de données sur la situation des personnes accueillies**. Comme dans d'autres CASO, ce périmètre de collecte de données est cependant jugé de moins en moins suffisant dans le cadre d'un plaidoyer visant à l'application effective du droit : un consensus clair ressort des échanges avec les équipes autour de **la nécessité d'élargir la collecte de données au suivi des orientations et des parcours de soin**. Différentes actions ont été imaginées ou initiées en ce sens par le CASO de Rouen (fiche de liaison avec la PASS, partenariat avec la CPAM, accompagnement physique, actions ponctuelles pour attester le refus de soin...). L'idée de pouvoir adapter et cibler la collecte de données en fonction des argumentaires requis est également mise en avant par les équipes.
- Les données collectées auprès des équipes conduisent à souligner l'importance de la **figure du médecin et de l'historique de MdM** pour assurer la légitimité des équipes CASO dans leur plaidoyer. A ce titre, l'idée d'un retrait des activités de soin est perçue de façon globalement contreproductive pour le plaidoyer – notamment parmi les bénévoles interrogés.
- Un autre facteur déterminant le succès du plaidoyer – notamment mis en avant par les équipes salariées – est celui du « **militantisme sans confrontation** » à rapprocher de la notion « d'absence de conflictualité » mis en avant dans d'autres CASO.

« La légitimité de MdM? L'histoire, la plus-value historique. Le médical, le médecin, la figure du médecin. Qui est socialement très importante qui fait que, voilà, on est une association d'hébergement, mais on n'a pas forcément la même légitimité. La figure médicale du notable. Voilà. Le médecin rassure et il est très légitime dans la société aujourd'hui. Après, je vais vous dire, je pense qu'on a une meilleure image que parfois on fait réellement en termes de technicité, ou de qualité. » (Coordinatrice)

« De mon modeste point de vue, j'ai l'impression que Médecins du Monde a quand même une posture un peu particulière qui lui sert bien dans le plaidoyer. On n'est pas dans un militantisme de confrontation. Le positionnement de Médecins du Monde fait qu'on cherche des contacts constructifs avec l'institution, avec l'autorité. Justement pour acter un changement social qui se situe à ce niveau-là, entre autres, en termes de prise de décision, de changement de la loi, etc.. Et donc c'est dans cet intérêt-là de changement social que Médecins du Monde adopte cette posture de dialogue avec l'autorité. Ce qui ne va pas être le cas nécessairement dans certains nombres d'associations militantes au sens militant, ce que moi j'appelle militantisme avec beaucoup plus de confrontation. » (Salariée)

« On a eu une discussion tout récemment avec la PASS autour de fiches de liaison, de manière à ce que nous, on ait un peu plus de visibilité justement sur les personnes qui effectivement vont à la PASS quand on les y oriente. Ce sont des petits mécanismes qu'on essaie de mettre en place, mais c'est en cours encore aujourd'hui parce qu'on est conscient justement de la difficulté à mesurer l'effectivité de l'orientation par exemple. » (Salarié)

« La production de données, bien sûr que ça joue un rôle quand on sait la valoriser. Le problème c'est qu'on sait rarement le faire : on n'arrive pas à l'exploiter la donnée au niveau local, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'argumentaire qui est construit vers le CHU etc. contrairement au niveau national où il y a des études, des enquêtes etc. On l'a très peu fait. On a très peu valorisé le fait qu'on avait des données. Il y a quand même une envie commune de collecter moins, mais mieux, en disant : voilà, on collecte ça pour dire ça. Là, on a plein de chiffres. mais on n'a pas de discours très étayés dessus. Donc du coup on l'exploite mal. Donc du coup, ça fait qu'on reste avec des fois des discours partenariaux où on ne se base pas forcément sur nos chiffres qui pourtant pourraient nous apporter plus de poids s'ils étaient mieux ciblés. » (Coordinatrice)

3.4

Observations CASO de Grenoble



CASO de Grenoble

1. Principales caractéristiques du CASO*



Composition de l'équipe

Salariés

2 salariées dédiées (assistante sociale, coordinatrice)

Bénévoles médicaux et paramédicaux

61 bénévoles en 2018 pour 4.783 heures de bénévolat, valorisées à hauteur de 113 110 €

Une équipe de coordination composée de 6 référents bénévoles (Equipe médicale, Pharmacie, Equipe Psycho, Equipe Accueil, Prévention, Plaidoyer et collège régional)
4 groupes thématiques : participation des usagers, plaidoyer, santé mentale, Protocole IDE

Fréquentation & Budget

- En 2018 le CASO de Grenoble a accueilli 1.201 patients (*) dont 941 nouveaux patients, et a effectué 1.079 consultations de médecine générale, 967 consultations infirmières, 459 entretiens sociaux, 188 entretiens de soutien psychologique et 175 consultations d'ophtalmologie/optique.
- Le budget 2018 a été de 193.270€.

Calendrier des consultations

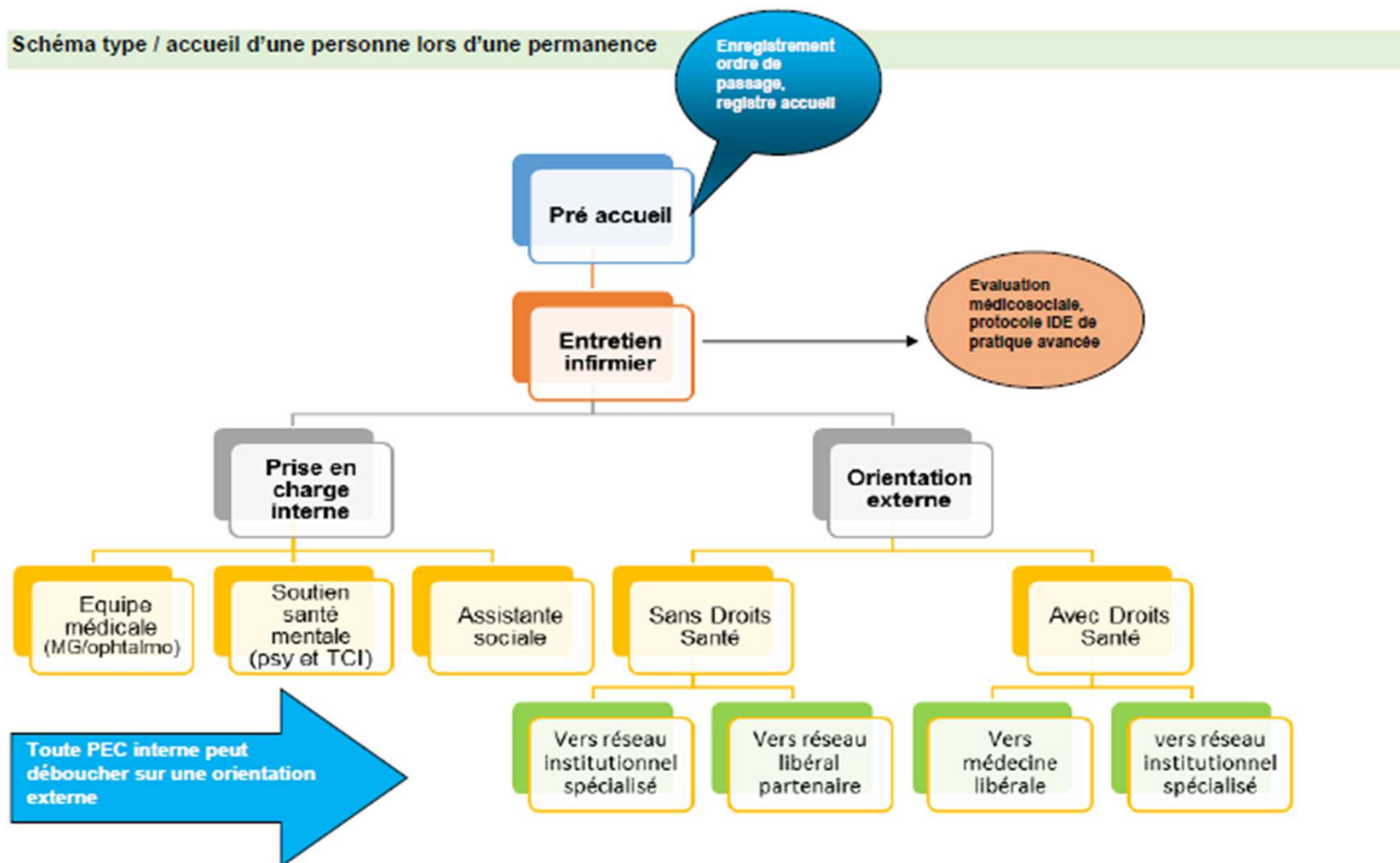
- Accueil et consultation infirmière et médecine générale : Lundi de 9h30 à 11h, Mardi de 13h45 à 16h, Jeudi de 13h45 à 16h et vendredi de 9h30 à 11h30
- Accueil social : Lundi de 9h30 à 11h, Mardi de 13h45 à 16h, Jeudi de 13h45 à 16h et vendredi de 9h30 à 11h30
- Consultation ophtalmologique – optique : Lundi de 9h30 à 11h, Mardi de 13h45 à 16h, Jeudi de 13h45 à 16h et vendredi de 9h30 à 11h30
- Soutien psychologique : plus de consultation en 2019
- Ronde d'écoute, de parole et de lien (thérapie communautaire) / café partagé : lundi de 15h à 17h

Données collectées dans le cadre de l'étude

- 12 interlocuteurs en entretiens ou Focus Group (Coordinatrice CASO, RM CASO, Mairie, Focus Groupe avec l'équipe des 7 coordinateurs bénévoles, l'assistante sociale, la stagiaire recherche) pour une durée totale de 265 minutes.
- 1 séance d'observation - permanence complète
- 36 documents complémentaires communiqués par l'équipes

**Données 2018*

1. Principales caractéristiques du CASO*



- Les différents entretiens avec l'équipe du CASO font ressortir l'idée d'un **contexte politique favorable** à Grenoble, grâce à une adéquation de valeurs et projets entre la mairie et MdM. Ce contexte a été marqué par un durcissement des relations avec le département suite à son basculement politique en 2015.
- Il existe plusieurs dispositifs de droit commun sur l'agglomération grenobloise (400 000 habitants), mais leur **situation est contrastée**. La PASS Somatique (CHUGA) qui bénéficie de personnel et d'un local dédié a vu son volume d'activité augmenté de 120% entre 2008 et 2018 à moyens égaux. La PASS transversale du Groupe Hospitalier Mutualiste n'a ni local, ni personnel dédié. L'ARS en a demandé la restructuration en 2019. La PASS somatique (CHU Voiron) est dotée de personnel dédié, mais pas de local et reste difficile d'accès du fait de son mauvais raccordement au réseau de transport public. La PASS psychiatrique (CHAI) assure les missions de l'Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité, mais ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins. Comme illustré par un cas récent, le refus de soins est encore courant auprès des cabinets libéraux.
- Les principaux freins à l'accès à la santé diagnostiqués par le CASO concernent **l'interruption du statut administratif lié au séjour**, la **crainte d'entreprendre de nouvelles démarches administratives**, la **compréhension du système de santé** et la non-maîtrise de la langue française.
- Les équipes du CASO de Grenoble font état d'une **inadéquation des réponses apportées par le droit commun avec les besoins en termes de santé mentale**.
- Depuis 2017, l'équipe a mené un travail ambitieux de remise en question et restructuration du projet stratégique du CASO. Ce travail s'est notamment appuyé sur plusieurs travaux d'étude : étude des besoins des usagers (thèse de médecine), étude des perceptions des organisations partenaires, étude des besoins d'accès au soin pédiatrique, diagnostic territorial régional (Marc URIE)

A propos du contexte politique favorable, mais changeant

« Nous, on a beaucoup de chance à Grenoble d'avoir une ouverture, et des élus hyper accessibles. Tu as bien vu l'élue santé, il se trouve qu'elle a un passé avec Médecins du Monde [...] Il y a une ouverture, il y a une écoute. Quand ils ont été élus en 2016, donc l'équipe actuelle, ils nous ont sollicités, on a contribué à l'écriture du plan municipal de santé » (CR)

« On a vu en 2015 avec l'arrivée des républicains au département, quel impact ça a pu avoir sur les populations reçues par les associations de Grenoble qui accompagnent les plus exclus des exclus, et on se doute bien que si d'autres collectivités locales ou territoriales tombent entre les mains de parties qui sont moins favorables à ces publics-là, potentiellement, ça va changer la donne. » (CC)

A propos de la documentation des besoins des usagers

« On a constitué un groupe de travail pour documenter les besoins des usagers, c'est là qu'on a accueilli des internes en médecine générale, qui ont écrit la thèse à partir de ces problématiques-là, on a fait une enquête pour documenter les représentations que se faisaient les partenaires de ce que fait Médecins du Monde ou de pourquoi Médecins du Monde est utile sur l'agglomération, c'est de là que la notion pour fonction ressource, santé-précarité est née. » (CC)

A propos de l'ampleur des besoins en santé mentale

« Tous ces travaux-là ont renforcé l'hypothèse qu'il y avait effectivement des enjeux sur la santé mentale des personnes, santé mentale, activité de soutien psychosocial, toute cette dimension-là, de par le fait que même si ce n'est pas un choix de notre part, de fait 96 % des personnes qu'on reçoit ici sont concernés par l'exil et la demande d'asile, de fait, il y a des raisons au départ du pays, des parcours qui sont plus ou moins difficiles en fonction des personnes, mais ce qui les réunissait tous, c'est la précarité administrative, une fois arrivée sur le territoire français, c'est le nonaccès à l'hébergement, c'est le non-accueil organisé par l'État qui est générateur effectivement d'une grande souffrance. » (CC)

3. Initiatives spécifiques du CASO dans l'accompagnement des personnes

- La réflexion menée depuis 2017 par l'équipe du CASO a abouti à la **mise au point d'un plan stratégique** composé de trois objectifs :
 1. Construire un pôle ressource « santé précarité » en lien avec les réseaux de l'agglomération Grenobloise.
 2. Soigner et accompagner vers les droits, la prévention, les soins physiques et mentaux à travers les activités portées par le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation.
 3. Témoigner et Plaider pour permettre l'accès aux droits, à la prévention et au soin, dans le système de droit commun.
- En termes d'activités, le CASO de Grenoble se distingue notamment par l'expérimentation menée dans le champ de l'accompagnement psychosocial collectif grâce à la **thérapie communautaire intégrative**. L'équipe a mis en place des rondes de parole, d'écoute et de lien proposées le lundi après-midi libres d'accès, sans contrainte ni engagement. L'équipe explique que cette approche est adaptée aux personnes en situation d'exil, **prend en compte les caractéristiques culturelles et permet aux participants d'exprimer les souffrances psychiques** à partir du ressenti des difficultés du quotidien, dans un cadre promouvant l'horizontalité des liens entre les participants et le partage d'expérience.
- Une seconde initiative concerne **l'élaboration et le déploiement des protocoles infirmiers** qui ont permis la montée en charge notable des consultations infirmières (967 consultations infirmières en 2018 contre 74 en 2016 / 260 en 2017).
- Une troisième initiative notable du CASO de Grenoble consiste en la réflexion en cours pour **remodeler l'accompagnement psychologique** proposé et **promouvoir l'aller-vers**. Dans cette nouvelle disposition, le psychologue bénévole serait présent dans la phase d'accueil collectif en salle d'accueil, pour contribuer au repérage des situations les plus complexes, épauler l'équipe d'accueil et participer éventuellement aux consultations infirmières ou médicales, en cas de besoin ou si un phénomène d'effondrement de la personne survient au moment de l'entretien.

A propos de la restructuration du projet stratégique du CASO

« Quand on a fait tout ce travail de réflexion, de réécriture du projet local, il y avait une grosse épine irritative sur les questions de consultation de médecine générale, qu'il ne fallait pas toucher, finalement, on a réussi à déplacer un peu le curseur, et c'est grâce notamment à la mise en place du protocole infirmier et à la montée en charge des consultations infirmières, qui finalement satisfait tout le monde, les patients parce qu'ils ont une réponse rapide qui leur est apportée, et aussi l'équipe médicale parce qu'elle voit toujours des patients, mais elle a encore plus de temps pour mieux prendre en charge les personnes qu'elle voit. » (CC)

A propos du développement des rondes de parole

« A cette époque-là, on se rendait bien compte que notre offre de prise en charge en soutien de la santé mentale, c'était uniquement un contact individuel avec une psychologue, mais en plus dans une organisation qui ne correspondait pas, ni à notre mode de fonctionnement, ni vraiment à la réalité des personnes puisque c'était des permanences sur rendez-vous, parfois avec des délais pouvant aller jusqu'à 3 semaines, un mois, on reproduisait un peu le fonctionnement d'un CMP tout en le dénonçant par ailleurs et qu'en plus, de toute façon, même si c'était pertinent de le faire comme ça, on n'avait pas assez de bénévoles et de possibilités d'intégrer des personnes pour répondre plus largement à la couverture des besoins. Donc on s'est dit finalement, cette approche en groupe, elle permettra au moins de toucher, d'atteindre un plus grand nombre de personnes sur une première approche, sur une offre de premier recours, quitte à ce qu'on s'organise après, soit en interne, soit avec des relais extérieurs pour organiser l'offre de deuxième recours qui sera plus de l'ordre du contact individuel et du soutien un peu plus individuel. On s'appuyait sur la thérapie communautaire, parce qu'on avait des ressources en local pour le mettre en place rapidement. » (CC)

Accueil, information & orientation

Un travail de thèse a été mené au niveau du CASO de Grenoble par deux étudiantes en médecine en 2018. Celui-ci portait sur le vécu du parcours de soins des migrants à Grenoble et la place qu'y occupait le CASO. Ces données, collectées au cours d'entretiens semi-directifs, documentent la perception des personnes accueillies quant aux activités suivantes : aide administrative, consultations médicales, entretiens psychologues, orientations, aide pour la transition vers le droit commun.

- Il ressort de cette étude que le CASO de Grenoble est perçu comme un **point de repère** pour les primo-arrivants, qui apprennent son existence souvent par le **bouche à oreille**, une première étape dans le parcours à Grenoble afin de **se familiariser avec le système de santé français et les démarches à mettre en œuvre**.
- Les données renseignent peu sur l'effectivité ou non des orientations proposées par le CASO, mais soulignent les efforts des équipes pour s'assurer que les RDV seraient bien honorés.



« La première chose que l'on m'a proposé c'est MdM pour savoir la situation de santé. » (Répondant A3, source documentaire)

c'est important je pense, des gens qui n'ont pas d'aide médicale, la CMU, des débutants quoi, ceux qui viennent d'arriver. » (Répondant C2, source documentaire)

« Médecins du Monde c'est bien pour les gens qui viennent d'arriver. » (Répondant C4, source documentaire)

« Il faut continuer parce que Médecin du Monde ils ont... ils ont hm...très bon pour parler à des gens, c'est bon. » (Répondant C4, source documentaire)

5. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes (1 / 2)

A propos de la restructuration de l'accueil du CASO

- En lien avec la restructuration du projet stratégique du CASO de Grenoble, un nouvel **accent est mis aujourd'hui sur la qualité de l'accueil**, comme premier déterminant de la qualité de l'accompagnement proposé par le CASO dans son ensemble. Les bénévoles sont formés à la posture d'accueil, l'organisation de la salle d'attente, renommée salle d'accueil a été repensée. Un nouveau design pour celle-ci est à l'étude, avec l'appui d'étudiants de l'école d'architecture de la ville.

- Le corollaire de ce nouvel accent mis sur l'accueil est selon l'équipe la **diversification** souhaitée, mais difficile à concrétiser, **des profils de bénévoles** hors du champ strictement médical, notamment vers les champs de l'accompagnement social.

- Pour l'équipe du CASO de Grenoble, un autre élément clé de l'efficacité de la prise en charge des personnes tient au choix stratégique qui a été fait de **recentrer l'activité sur les interventions les plus adaptées aux besoins des personnes** et non pas sur celles pour lesquelles le CASO était le mieux pourvu en compétences bénévoles. Adoption des protocoles IDE, approche de la psychologie en aller-vers, et mise en place des rondes de paroles se sont toutes inscrites dans cette dynamique.

« Il fallait qu'on restructure notre accueil. En sachant que nous c'est des personnes qui sont en difficulté et d'orientation et d'organisation. Tout est un peu complexe. Il fallait que l'accueil ait vraiment une nouvelle qualité qui soit vraiment contenue dans le mot, c'est-à-dire que les personnes se sentent reçues, qu'on puisse évaluer des choses avec elles et qu'elles aient envie de revenir si besoin et pour nous pour affiner les orientations de façon plus structurée. » (RM)

A propos de la diversification des profils bénévoles

« Les équipes bénévoles sont principalement des médecins et des infirmières. On essaie d'élargir car l'accueil n'est pas fermé là-dessus. Il faut justement ouvrir. On devrait utiliser d'autres compétences qui pour le moment ne sont pas attirées par Médecins du Monde car l'image est fortement liée à la santé et on pourrait très bien imaginer des médiateurs, des gens qui animent les réponses médicales. On va essayer d'élargir. » (RM)

« On dit chaque fois on ouvre à des professionnels qui ne sont pas du monde médico-social, et avec le recul, je pense que c'est ces personnes-là qui ont le plus de mal à rentrer. Alors, est-ce que nous on fait trop équipe ? Trop justement identité médico-sociale et que du coup ils n'arrivent pas à trouver leur place. Peut-être. Je pense que là-dessus on ne sait pas bien faire. Mais à la fois je trouve aussi que pour quelqu'un qui arrive d'un horizon complètement différent, c'est quand même un choc ce qu'on met dans le package à savoir faire. Et en plus la population, les récits de vie. C'est vrai que ce n'est pas simple. Ça demande beaucoup d'énergie. Et la barrière à l'entrée est importante : il faut acquérir très vite beaucoup de connaissances. Et si on ne vient que deux demi-journées par semaine ... » (Focus group Equipe)

A propos de la priorité donnée aux besoins des usagers

« En 2016, 2017 quand on a commencé à initier la réflexion sur l'activité médicale au sein du CASO, il y avait une grande peur de l'équipe médicale, des médecins, d'être dépossédés de leur activité. Après une grosse dynamique de travail collaboratif qui a été coanimée par quelqu'un de l'extérieur, ça a rassuré les bénévoles dans le sens où ils ont tous compris qu'on ne cherchait pas à les déposséder d'une activité, ou on ne cherchait pas à mettre dehors physiquement les médecins parce qu'on ne voulait plus de médecins, mais qu'on voulait proposer ici des activités qui soient pertinentes par rapport aux besoins des personnes qu'on reçoit. » (CC)

« Les personnes viennent ici avec une compétence spécifique les conduisant à exprimer leur compétence, mais qui ont quand même une grande difficulté à se dire "finalement ma compétence ce n'est peut-être pas celle-là qu'il faut. C'est peut-être une autre qu'il faut que je puisse acquérir". »

« Je pondère en fonction de ce qui est le psychisme des bénévoles et ce qu'on appelle les zones de sécurité : on aime bien travailler dans quelque chose qu'on connaît, on n'aime pas se mettre en risque dans quelque chose qu'on ne connaît pas. Or là on est dans des secteurs que personne ne connaît. » (RM)

CASO de Grenoble

5. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes (2/2)

- Un autre élément clé pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes tient à l'importance donnée par Médecins du Monde à **tous les déterminants de la santé**, et non seulement à la délivrance de soins.
- Cette **appréhension holistique de la santé** s'exprime notamment dans les partenariats que le CASO entretient avec une grande diversité d'acteurs de l'écosystème grenoblois et les différents travaux qu'il mène avec eux : Réseau Santé Précarité en cours de formalisation avec Solident et le Pops 38, travail sur l'accompagnement de la souffrance psycho sociale des personnes exilées avec la Ville (CLSM, Pass Psychiatrique) et d'autres associations (le Caméléon, la Cimade).
- Un des volets de ce **travail en réseau** consiste à capitaliser sur la richesse des solutions existantes dans l'écosystème grenoblois pour réorienter les personnes vers les structures qui seront les plus à même de répondre à leurs besoins. L'équipe du CASO s'efforce de fournir les orientations les plus pertinentes possibles aux personnes accueillies, mais reconnaît la difficulté de l'exercice qui nécessite de maintenir une veille active et des relations de proximité avec les différents acteurs qui ont tendance à opérer en silo.
- Ces liens et relations avec les autres acteurs associatifs Grenoblois permettent aussi de **relayer auprès d'eux les expérimentations menées au CASO** et promouvoir les outils développés par l'équipe, à l'instar du travail mené sur l'accompagnement psychosocial via les rondes de parole.

A propos de l'appréhension holistique de la santé

« Parce qu'ils ont tous des liens, si on reprend la définition même de la santé, l'état complet de bien-être physique, psychique et mental, ça englobe bien la question des déterminants de la santé, et tout ce dont on parle là, l'hébergement, l'environnement social, l'environnement politique, ça va impacter la santé des personnes, donc ce n'est pas pour rien que Médecins du Monde est plus ou moins impliqué dans tous ces sujets-là. » (CC)

A propos du nécessaire et difficile travail en réseau

« Grenoble est une ville qui est assez riche, en associations, en termes de prise en charge. Mais comme dans beaucoup d'endroit tout est très éparpillé. C'est-à-dire qu'on peut avoir des soutiens, même des soutiens psychologiques individuels, à partir du moment où on connaît les réseaux qui existent. Que ce soit les réseaux médicaux, dans les autres associations, etc.. Il y a tout un tissu qui existe et dans le tissu la problématique c'est que chacun est très isolé dans son coin, fait son boulot, on a l'impression qu'on fait ça tout seul. Et les liens ne fonctionnent pas bien. Et quand les liens fonctionnent, c'est une grosse difficulté, c'est fait par des liens individuels qui sont « personnes dépendants ». Donc qui disparaissent quand la personne disparaît. » (RM)

A propos du partage d'expérience du CASO au sein de l'écosystème associatif : les rondes de parole

« Ce volet-là a donné une image quand même à l'extérieur qui est celle qu'au CASO ils font quelque chose qui est particulier, qui est ouvert, qu'on peut aller voir. On eu la visite d'énormément de personnes, de travailleurs, de bénévoles qui sont venus voir comment ça se passait. Mais par contre, on ne l'a pas noté parce qu'on est peut-être un peu trop puriste, on n'a pas noté toutes les personnes qui venaient d'associations pour voir, etc.. » (RM)

6. Principaux effets du plaidoyer sur la période récente

- Sur invitation de la mairie, avec l'arrivée de l'équipe actuelle en 2014, l'équipe du CASO a contribué, avec d'autres acteurs associatifs locaux, à **l'élaboration du plan municipal de santé** et en particulier à la mise en place d'une **équipe municipale de médiation** dans les QPV et de **l'équipe juridique mobile**.
- Le CASO de Grenoble, grâce à l'expertise acquise auprès des publics accueillis, à la collecte de témoignages et de données, semble être un **acteur crédible pour alerter les pouvoirs publics** et acteurs institutionnels sur les **dysfonctionnements du système de santé** grenoblois.
- Ce rôle d'alerte et d'interpellation s'est manifesté en 2019 à propos des **dysfonctionnements du 115**. Un relai efficace des informations partagées par certains usagers lors des rondes de parole a permis d'obtenir un renforcement des moyens alloués au 115 lors de la période hivernale.
- Depuis de nombreuses années, l'équipe du CASO attirait l'attention de l'ARS sur **l'ineffectivité de la PASS transversale du Groupe hospitalier mutualiste** qui reçoit pourtant une dotation pour la faire fonctionner. En 2019, l'ARS a sommé le GHM de restructurer sa PASS et y dédier un local et du personnel.
- Par sa participation au comité de suivi de la PASS somatique du CHUGA, l'équipe du CASO semble aussi avoir contribué à la **mise en place d'un remplacement du médecin titulaire de la PASS** lors de ses absences et congés.

Equipe municipale de médiation

« Nous, on a dit médiation et ils ont dit, quartier prioritaire, politique de la ville. N'empêche qu'il y a une équipe de médiateurs qui va au domicile des personnes dans les quartiers prioritaires politiques de la ville, qui fait de l'aller vers, et de l'accompagnement santé, ça, ça marche. » (CC)

Equipe juridique mobile

« Sur les dispositifs d'accès aux droits, nous on a dit, il faut plus d'aller vers les personnes parce que créer des guichets d'accueil de partout, c'est très bien, mais les personnes n'ont pas forcément connaissance de ces guichets ou pas forcément les ressources matérielles ou personnelles pour se présenter et entamer des démarches, et il y a une équipe juridique mobile qui s'est montée, qui fait du DALO dans plein d'endroits et notamment dans des squats aussi. » (CC)

Renforcement des moyens du 115

« Plusieurs personnes nous font part de leurs difficultés liées aux appels au 115, notamment au cours d'un groupe de parole qui nous ont fait part de cette difficulté-là, et ce n'est pas qu'une difficulté matérielle, ça les met en souffrance, et c'est compliqué, il faut revoir le système, et le système a été revu. Il n'a pas été revu de façon parfaite, malheureusement, [...] mais n'empêche qu'il y a un peu plus d'accessibilité et de souplesse dans la gestion de ces appels au 115 avec notamment l'obtention sur la période hivernale d'un renfort de l'équipe d'écouter. » (CC)

Restructuration de la PASS du GHM

« [Notre action] a abouti un an après un temps de partage de nos constats avec l'ARS à ce que le groupe hospitalier mutualiste qui perçoit une subvention depuis un peu plus de 10 ans pour une PASS, mais sans la faire fonctionner, finalement, on nous informe là en octobre que la PASS va ouvrir dans un espace dédié avec du personnel dédié. » (CC)

7. Les facteurs clés de succès du plaidoyer (1/2)

Le rôle clé des données collectées et de l'expertise acquise au CASO

« On participe toujours aux réunions du comité de veille animé par la direction départementale de la cohésion sociale et la préfecture, c'est vrai que là, typiquement, la "matière" recueillie au CASO permet d'alimenter les réflexions. » (CC)

« Chez Médecins du Monde, il y a plein de choses, il y a une connaissance de ce public et des questions de santé qui est une expertise qu'il y a quand même peu sur le terrain. Nous par exemple, le CCAS de Grenoble, on a une connaissance de ce public, mais pas une connaissance par rapport aux enjeux de santé, et cette expertise-là, elle n'est quasiment qu'à Médecins du Monde. » (Elue Santé)

L'inter associatif, une dynamique porteuse mais à double tranchant

« C'est très riche, cette participation à des collectifs parce qu'on apprend à connaître de nouvelles personnes, de nouvelles associations, on peut monter des alliances stratégiques et puis porter des plaidoyers communs, en même temps, c'est compliqué parce qu'il y a toujours des individus, des individualités, qui sont aussi en lien avec d'autres collectifs ou d'autres structures type des syndicats, des choses un peu plus politisées qui font que finalement, l'action commune parfois, soit manque de visibilité, soit parfois peut même manquer de crédibilité ou être complètement décrédibilisé parce que finalement, le discours porté n'est pas celui qui avait été défini parce qu'arrive d'un seul coup des personnes avec des banderoles et des drapeaux, et tout se noie dans un amas d'information. Donc ça demande quand même toujours une espèce d'hyper vigilance pour ne pas se faire récupérer. » (CC)

Sur la dépendance du plaidoyer aux relations de personnes

« Alors nous, avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, on a de bons rapports, on a des interlocuteurs qui nous comprennent et avec qui on peut vraiment discuter de façon ouverte et sincère je dirais, je pense que c'est vraiment sans langue de bois, et on arrive à faire avancer des choses, on connaît bien maintenant nos correspondants de l'ARS ou de la direction territoriale de l'Isère, et là, c'est pareil, ça tient à ces personnes-là. Si demain, l'une ou l'autre ou les deux s'en vont, et que d'autres viennent les remplacer, peut-être que le rapport ne sera pas le même, et peut-être que ça changera la donne aussi sur les subventions et sur les objectifs, les moyens qui nous sont donnés, qui nous sont demandés par cette ARS. » (CC)

- Les activités de soins menées par le CASO permettent la **production de données concrètes et fiables** sur un sujet par ailleurs particulièrement peu documenté : l'accès aux droits et au soin des personnes vulnérables. L'appui du plaidoyer sur ces données est un premier élément clé pour asseoir la légitimité de celui-ci dans l'écosystème grenoblois. Les partenaires associatifs et institutionnels reconnaissent une grande expertise à Médecins du Monde sur les questions de santé et comptent sur la prise de parole de l'association lorsque les questions de santé sont débattues.
- Les **actions collectives jouent un rôle clé dans la réussite des actions de plaidoyer**, mais **l'implication dans les dynamiques inter-associatives peut être à double tranchant**. Du fait de la nature participative et mouvante de ces collectifs, les équipes expliquent qu'il est difficile de se prémunir efficacement contre la menace d'une instrumentalisation politique ou d'un détournement des messages portés.
- Une limite observée par l'équipe aux activités de plaidoyer menées par le CASO auprès des acteurs institutionnels (ARS et Direction territoriale de l'Isère notamment) concerne la **dépendance de celles-ci aux relations de personne à personne** et la potentielle remise en cause de la qualité de la relation en cas de changement d'interlocuteurs.

Sur l'influence du financement

- Le CASO a aussi interpellé par courrier le conseil départemental qui a décidé, suite à un changement de majorité politique en son sein en 2015, de ne **pas renouveler en 2018 les conventions de financement liant le département** avec plusieurs associations grenobloises dont Romaction et le POPS 38. La convention concernant Médecins du Monde était renouvelée, mais requalifiée (temporalité et ligne budgétaire), et la subvention attachée maintenue dans son intégralité.
- Une rencontre a fait suite à ce courrier et a permis à l'équipe du CASO de partager avec les équipes du conseil départemental les données sur la situation des populations précaires en Isère.
- Cette réunion a entériné la divergence de perspectives et de valeurs qui oppose l'équipe du CASO avec la présidence du Département en place et suscité des questions en interne sur la pertinence des subventions reçues du Département.

Sur la tension entre éthique et pragmatisme

« On a écrit au président du département pour lui dire qu'on trouvait que sa politique n'était pas bonne. [...] On s'est retrouvé convoqué à la rentrée de septembre dans le bureau du président du département en présence de la directrice générale des services et puis de la vice-présidente chargée des questions de famille et de santé. [...] Il nous a dit que notre public n'était pas dans ses compétences obligatoires, qu'on lui avait fait beaucoup de peine avec notre courrier, que quand même il fallait qu'il nous explique ce que le département fait de bien. Il nous a fait une opération séduction de tout ce que le département fait de bien, de toutes les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Et en gros c'est : vos publics on s'en fout, vos thématiques c'est pas les nôtres, mais vous êtes Médecins du Monde, à vous de nous dire si vous voulez de notre argent. Mais par contre, nous ce qu'on veut c'est des associations qui travaillent avec nous dans la concertation, il ne faut plus nous faire le coup du courrier, ça on n'aime pas. Nous à notre niveau on a très mal vécu ce rendez-vous. Je passe sur les propos racistes qu'il a tenu [...] Sur l'angle politique et éthique accepter d'être partenaire de cette équipe-là, c'est pas possible quoi. Sauf que là quand on fait remonter à la délégation régionale c'est : oui d'accord, oui, mais enfin bon c'est pas bien grave. »
(Focus Group Equipe)

Une position en retrait dans le champ du plaidoyer à Grenoble

- L'entretien mené auprès de l'élue santé de la mairie de Grenoble a fait ressortir qu'en dépit des actions de plaidoyer menées et des victoires obtenues, le CASO de Grenoble n'est **pas perçu par ses partenaires institutionnels comme un acteur moteur** sur l'écosystème grenoblois.
- Au contraire, celle-ci, familière par ailleurs de l'association et notamment des CASO de Nice et Marseille, dénote **une position en retrait** du CASO de Grenoble dans le champ du plaidoyer. Accaparée par la délivrance des soins, le CASO n'aurait **pas mis assez d'effort dans les actions de plaidoyer et ressemblerait aujourd'hui davantage à une association caritative**, qu'à ce que devrait être un CASO de Médecins du Monde à ses yeux.
- Elle regrette que le CASO de Grenoble n'ait pas été plus proactif dans ses relations avec la Mairie pour porter des projets innovants ou un plaidoyer commun. Elle y voit une **opportunité manquée**.
- Elle invite par conséquent l'association, en local, mais aussi au national, à **questionner son rapport au pouvoir politique** afin d'être en mesure de saisir les opportunités de collaboration lorsque celles-ci sont possibles.

« Moi, avant d'être élue à la santé, j'étais responsable du SIAO de l'Isère, et j'ai le souvenir de participer à des réunions de comité de veille de l'Isère, quand Médecins du Monde prenait la parole, l'écoute n'était absolument pas la même que quand c'était n'importe quelle autre association autour de la table, oui. Et à chaque fois je me disais, mais c'est incroyable qu'ils ne gueulent pas plus, qu'ils ne prennent pas plus la parole, qu'ils ne s'affirment pas plus, voilà. [...] Mais je suis très étonnée sur le CASO de Grenoble du fait qu'ils ne se rendent pas compte de l'importance de la voix qu'ils peuvent porter, et du fait que quand ils s'expriment, ce n'est pas comme quand il y a une autre structure qui s'exprime et de fait ils s'expriment assez peu, même quand ils sont invités à le faire, ils participent assez peu, ils sont là, mais pas en termes de nombre de prises de parole, etc.. c'est peu » « Peu militant, peu revendicatif » [...] « Oui, puis voilà, nez de plus de plus dans le guidon, dans des situations de plus en plus horribles et de plus en plus abjectes, donc oui ça j'entends, mais si ça empêche le plaidoyer, pardon, mais on oublie la raison pour laquelle les CASO ont été ouverts, on oublie la raison pour laquelle les CASO sont restés ouverts, on oublie 50 % de ce qu'est Médecins du Monde, et Médecins du Monde est réduit à une association caritative. » (Elue Santé)

Un manque de relai des publications du CASO au local

« Et même de faire un joli rapport du CASO au niveau local qu'on nous envoie, ce n'est pas suffisant non plus, et comment est-ce qu'il est diffusé ? Comment est-ce qu'il est partagé ? Comment est-ce qu'il y a du bruit par rapport à ça ? Moi en 6 ans, je n'ai rien vu de ça, je n'ai jamais été invité à la présentation du rapport du CASO, je n'ai jamais lu, peut-être que j'ai loupé des trucs, mais en tout cas, je n'ai jamais lu dans la presse locale un truc, voilà. » (Elue Santé)

Une opportunité manquée

« Je me dis là, ils sont dans une municipalité dans laquelle ils peuvent faire des trucs, c'est possible de mettre en place des choses qui ne sont pas possibles à mettre en place ailleurs, allons-y, rien. » (Elue Santé)

Repenser le rapport de MdM au politique

« Parce que c'est le pouvoir politique tout à coup, il ne faudrait pas travailler dans la même direction. En tout cas à Grenoble je pense que c'est une énorme erreur, parce que je pense qu'on va dans la même direction que Médecins du Monde et qu'il y a un enjeu à vraiment travailler ensemble pour se bagarrer pour le même projet de société que l'on souhaite, mais ça, c'est une question qui dépasse, c'est une réflexion à mener au niveau national de Médecins du Monde, c'est encore une autre question que le plaidoyer c'est finalement il y a des endroits où ce n'est pas nécessaire de faire du plaidoyer avec certaines institutions et comment est-ce qu'on travaille ensemble. » (Elue Santé)

3.5

Observations CASO de Bordeaux



CASO de Bordeaux

1. Principales caractéristiques du CASO*



Composition de l'équipe

Salariés

3 salariés dédiés (assistant social, coordinateur technique, secrétaire) et 2 salariés DR en appui

Bénévoles médicaux et paramédicaux

103 bénévoles, dont...
18 médecins, 12 chargés d'accueil, 9 infirmiers 8 chargés de prévention, 8 psychologues ou psychiatres, 7 chargés de cours de français, 5 sages-femmes, 19 chargés du bureau social, 4 dentistes, 2 ophtalmologues, 3 cardiologues, 7 autres bénévoles en assistance, saisie et pharmacie

Fréquentation & Budget

- En 2018 le CASO de Bordeaux a accueilli 2.184 patients (*) dont plus de 1.550 nouveaux patients, et a effectué 3.170 consultations médicales.
- Le budget 2018 a été de 286.827€.

Calendrier des consultations

- Consultations de médecine générale : tous les jours sans rendez vous
- Consultations Infirmières : tous les jours sans rendez vous
- Consultations Sociales : tous les jours sans rendez vous
- Consultation de prévention en Santé Sexuelle et Reproductive (dont tests de dépistage rapide des IST) : 4 fois par semaine sans rendez vous
- Consultations Psychologiques et/ou psychiatriques : tous les jours sur rendez-vous
- Consultations Dentaires : 1 fois par semaine sur rendez vous
- Consultations obstétriques : 2 fois par semaine sur rendez vous –
- Consultations Ophtalmologiques : 2 fois par mois sur rendez vous
- Consultations cardiologiques : 2 fois par mois sur rendez vous
- Consultations DASEM : 2 fois par mois sur rendez vous

Données collectées dans le cadre de l'étude

- 3 interlocuteurs en entretiens (Coordinateur CASO, Coordinatrice Régionale, Assistant Social) pour une durée totale de 160 minutes.
- 7 documents complémentaires communiqués par l'équipe

*Données 2018

A propos du renforcement du droit commun

« On a la chance d'avoir plusieurs PASS à Bordeaux, dont des PASS spécialisés et avec lesquels on a des excellents rapports. C'est notamment parce qu'on a un de nos médecins bénévoles qui était un ancien médecin de la PASS, mais aussi parce qu'on arrive à travailler très bien ensemble : on a d'ailleurs collaborations sur d'autres missions hors CASP, ce qui n'était pas le cas il y a encore quelques années, mais les liens se sont vraiment resserrés. On a une excellente collaboration avec les PASS qui sont très fonctionnelles, et qui sont composées de gens engagés avec lesquels on travaille très bien au niveau médical. Le contexte est en train de changer et l'accès aux consultations médicales commence un petit peu à bouger. Nous on se rend compte que concrètement on propose exactement le même service et pour autant on a moins de consultation médicale et moins de demandes médicales. Ce contexte fait que au CASO de Bordeaux, c'est très visible : on a une augmentation considérable des demandes et des consultations sociales et, en parallèle, une baisse progressive des demandes de consultation médicale. On se rend compte qu'on a de plus en plus de gens qui ont des problématiques de santé, qui peuvent être bien traitées par ailleurs... et on est donc sollicités sur de nouvelles questions. » (CR)

A propos de l'évolution des besoins

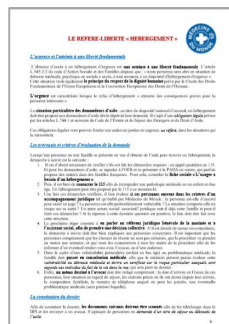
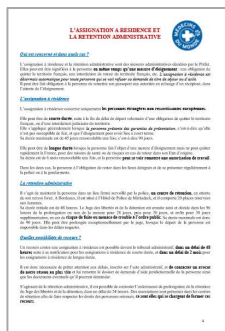
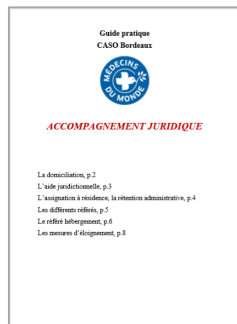
« Les demandes varient très rapidement avec le public en fait. Les nationalités changent extrêmement rapidement et donc du coup, les demandes vont être différentes. Un petit exemple : l'année dernière, on avait une importante population d'hommes et de femmes seules jeunes, venant notamment du Nigéria et disposant de forts réseaux d'entraide. Ces personnes avaient beaucoup de demandes liées à l'hébergement et à des sujets médicaux. A l'inverse, en ce moment, la population change et on a beaucoup de familles géorgiennes qui arrivent avec des demandes différentes, de prise en charge administrative autour notamment de la question de la scolarisation, de la santé de leurs enfants. Leurs questions sont plus liées au séjour et ne sont pas les mêmes que ce qu'on a eu l'année dernière. » (Equipe)

- Les différents entretiens avec l'équipe du CASO font ressortir l'idée de **dispositifs de droit commun relativement plus développés et accessibles à Bordeaux que dans d'autres territoires étudiés**, avec une tendance à l'amélioration. La PASS est décrite comme fonctionnelle et l'accessibilité de la médecine de ville en progression sur la période récente.
- Les principaux freins à l'accès à la santé subsistant diagnostiqués par le CASO concernent **la méconnaissance des droits et dispositifs existants**, la **barrière de la langue**, l'accès aux droits préalables au soin (domiciliation) et **l'insuffisance de l'offre en santé mentale**. Les problématiques administratives et statutaires rencontrées par les publics accueillis sont décrites comme particulièrement évolutives sur la période récente.
- En lien avec cette évolution positive des dispositifs de droit commun, les équipes du CASO de Bordeaux observent **une diminution sensible des demandes d'accompagnement strictement médicales et une augmentation des demandes d'accompagnement social**. Les besoins exprimés par les personnes accueillies se rapportent notamment de façon croissante aux **déterminants de la santé** (dont notamment l'hébergement, l'alimentation, l'exposition aux violences). Les rapports d'activité confirment cette tendance.
- Un travail de recherche en sociologie conduit en 2019 auprès du CASO de Bordeaux **constitue une source de données déclaratives précieuse pour appréhender certaines attentes et perceptions des usagers**.

- Le CASO de Bordeaux se distingue notamment par le **développement d'une offre d'accompagnement juridique des usagers**, qui a reposé sur la constitution et l'animation d'un réseau d'avocats volontaires pour orienter et – le cas échéant – conseiller les usagers dans leurs recours juridiques. A la différence d'autres CASO étudiés, les équipes de Bordeaux se limitent cependant à une orientation juridique des usagers et n'engagent pas elles mêmes de contentieux au côté d'eux.
- Une seconde initiative notable est la **mise en place de tests de dépistage de l'hépatite B** malgré l'absence de réglementation finalisée à ce propos. Cette initiative illustre une situation de sortie du droit d'un CASO à des fins de militantisme.
- Une troisième initiative notable du CASO de Bordeaux consiste en la participation à un **protocole national de recherche action sur le dépistage du cancer du col de l'utérus** (au même titre que 8 autres implantations MdM) visant à améliorer l'accès des femmes au dépistage.
- Plusieurs activités spécifiques ne relevant pas strictement du soin également être soulignés : il s'agit notamment de l'accompagnement des personnes étrangères malades dans leurs demandes de titres de séjour pour raison médicale (**DASEM**), de la **dispense de cours de français**, ainsi que d'un accompagnement à l'obtention de **paires de lunettes** pour les bénéficiaires de l'AME.

« On se rendait compte qu'en fait de rester au niveau du social, de l'orientation et de l'explication des situations face aux différents partenaires, ça ne suffisait plus. Et qu'il fallait qu'on passe au niveau du dessus, c'est-à-dire de conseiller les personnes sur les recours juridiques qu'ils pouvaient mettre en place. Pendant un moment, on a fait beaucoup d'orientations pour des référés libertés pour les gens qui étaient à la rue, puis on a voulu structurer un petit peu cette action-là. Et aujourd'hui c'est vraiment rentré dans notre pratique et c'est une carte en plus qu'on a dans notre accompagnement. On a fait le choix de militariser certaines procédures il y a 2 ans, et on a donc recruté une stagiaire juriste pour nous aider à formaliser cela et à constituer un réseau d'avocat avec lequel on a aujourd'hui des liens privilégiés et avec qui on travaille pour réorienter les personnes. Avec eux on a une certaine expertise pour conseiller les personnes sur des situations qui sortent de l'accès strict à la santé et à une couverture maladie. » (Equipe)

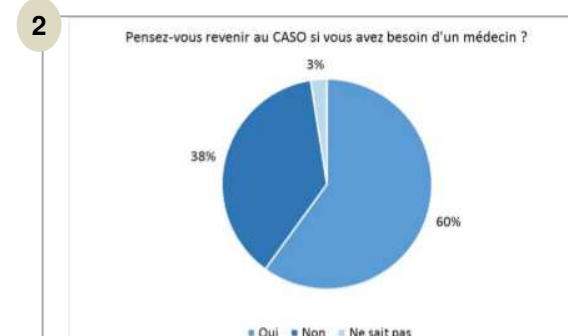
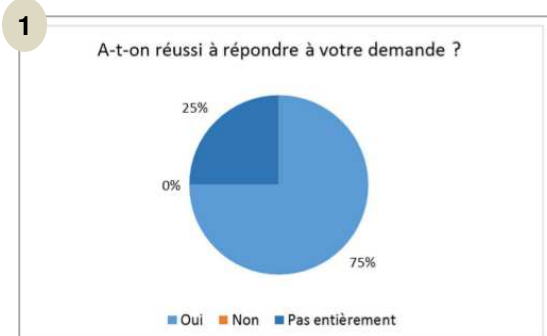
« On a mis en place des tests de dépistage sur l'hépatite B alors qu'en ce moment, les tests de dépistage pratiqués dans les CASO, c'est plutôt lié à l'hépatite C. Mais nous, on a fait le choix de rajouter des tests sur l'hépatite B parce que nos partenaires avec les services des pathologies notamment nous ont dit qu'il fallait absolument qu'on s'attaque à cette pathologie-là car elle était très prégnante. On a du coup formé les équipes et on est innovant là-dessus dans le sens où aujourd'hui, ce n'est pas encore tout à fait encadré et nous on fait le choix de le proposer quand même... C'est par exemple moins formalisé que les tests VIH et VHC qui sont très cadrés avec des formations spécifiques. Les tests de l'hépatite B relèvent théoriquement d'un autre protocole mais on a fait ce choix militant comme ça a été le cas avec les tests de VIH au début. On on sait que c'est essentiel et qu'on n'a pas le temps d'attendre toutes les validations à obtenir. » (CR)



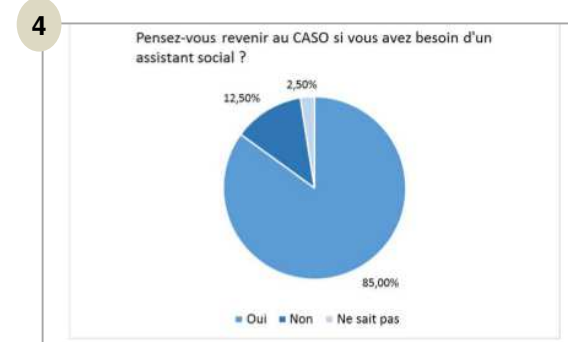
Accueil, information & orientation

- Les données d'enquête disponibles sur le CASO de Bordeaux permettent d'appréhender plus directement les effets décrits par les usagers. Ces données et les entretiens confirment d'abord très clairement **un ressenti d'accueil, d'écoute, d'empathie et de considération par les personnes accueillies**. L'accessibilité du CASO et la qualité de l'aide qui y est apportée semble largement soulignée par les usagers, qui semblent le percevoir comme un interlocuteur de confiance et un **point de repère dans leur parcours médicaux et sociaux**.
- Ces données montrent ensuite le caractère **efficace du travail d'information et de sensibilisation des personnes** – qui comprennent dans l'ensemble la nécessité d'un passage vers le droit commun et les démarches à réaliser pour ce faire. Les données disponibles ne permettent cependant pas de se prononcer sur la capacité du CASO à mobiliser durablement ses usagers dans leur parcours de soin. Des cas concrets sont décrits à l'appui.
- Concernant l'orientation effective vers les dispositifs de droit commun, les données disponibles indiquent un **passage globalement efficace concernant les aspects médicaux** (relativement peu de retours des personnes accueillies en premier lieu pour des problématiques médicales), **mais plus aléatoire concernant les aspects sociaux** (retours beaucoup plus fréquents des personnes accueillies en premier lieu pour des problématiques sociales).

« Je pense que ça marche notamment parce que les gens ne reviennent pas tant que ça. Il y a des personnes qui reviennent régulièrement, mais en fait on se rend compte que pour une grande partie de celles qu'on reçoit, le travail d'accès aux droits va être suffisant pour justement pouvoir faire en sorte qu'ils ne reviennent pas.. Pour moi le simple fait que les personnes ne reviennent pas en permanence malgré le fait d'avoir une carte d'assurance maladie, c'est déjà un indicateur de succès.... Le fait que dans une grande partie des cas, l'ouverture de droit qu'on va proposer va s'accompagner d'un accès à un parcours de santé hors du CASO – alors je ne sais pas si c'est un parcours coordonné et linéaire – cela montre que l'accès aux droits fonctionne. Après par contre, ça fonctionne moins bien sur le volet social, notamment parce qu'en fait c'est des situations administratives et qu'il y a beaucoup de situations où on n'arrive pas à répondre aux demandes des personnes en une fois....» (CC)



NB. Dans le graphique 2, sur les 60% désirant revenir si besoin de médecins, 80% ne disposent pas de droits ouverts. La proportion de répondants éligibles au droit commun et souhaitant revenir apparaît donc réduite.



Accès effectif

- Au-delà des effets observables en termes d'orientation, **les effets en termes d'accès effectif aux droits et au soin après orientation du CASO apparaissent sensiblement plus difficiles à appréhender**. A l'instar de la plupart des autres CASO, l'absence ou le caractère fragmentaires des données de suivi des personnes orientées rend toute conclusion difficile à ce propos. Les principales informations à ce propos apparaissent « en creux » lorsque des usagers reviennent au CASO après avoir rencontré des difficultés qu'ils n'ont pas surmontées. Les cas de succès ne sont en revanche pas documentés.
- Les équipes du CASO ne disposent par ailleurs pas de données précises pour appréhender la qualité des soins effectivement administrés aux personnes orientées. Les retours d'expériences de nos interlocuteurs semblent indiquer **une qualité satisfaisante au sein des structures spécialisées (PASS) mais souvent plus incertaine dans les structures généralistes**.
- Du fait de leviers d'actions encore réduits, les équipes indiquent enfin **des difficultés à agir sur les déterminants** de la santé des personnes (notamment l'hébergement).

« Au niveau de nos partenaires à Bordeaux, on a quand même plutôt confiance dans les structures spécialisées vers lesquelles on oriente. Les structures spécialisées souvent migration, précarité. Donc, c'est des structures qu'on rencontre régulièrement et donc qui sont un travail de qualité. On n'est pas toujours d'accord sur toutes les approches, mais en tout cas globalement, la qualité du service dans les structures spécialisées, elle est plutôt bonne. Ce qui pose un peu problème c'est une question sur laquelle on a peu de réponses, mais c'est plutôt l'accueil dans les services non spécialisés. Typiquement des services sociaux de secteurs, les médecins généralistes de ville. Les services de l'hôpital hors PASS où là pour le coup on a moins de certitude sur la qualité de l'accueil au niveau global et de la compréhension vraiment des problématiques spécifiques et des droits des personnes. Ça, on a moins de certitude là-dessus. » (CC)

« On a une personne qu'on a suivi qui a un cancer très avancé. Qu'on a suivi dans l'accès au soin pour son cancer, dans son accès aux droits ! Donc, il est suivi, parfait tout se passe bien. On l'accompagne aussi dans une procédure de titre de séjour pour étranger malade par ce qu'il relève de cette procédure-là. Donc, on l'accompagne et on le suit un petit peu dans cette procédure-là. Donc en fait c'est une personne qui est à la rue et que là aujourd'hui il n'a pas d'hébergement. Donc, le médecin ne veut pas lui prescrire son traitement de chimiothérapie puisqu'il est trop lourd son hébergement. Là on le revoit toutes les semaines en essayant de trouver des solutions d'hébergement pour pouvoir faire en sorte qu'il puisse avoir accès à son traitement et là ça bloque parce qu'autant sur l'accès au soin, il a sa carte, tout va bien, mais par contre sur ces conditions de vie, on est extrêmement limité. Et ça a des conséquences directes sur sa santé. Donc, là sur ces aspects-là notamment d'hébergement, on est beaucoup plus démunis! » (Equipe)

5. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes

- Les équipes du CASO de Bordeaux soulignent notamment le **caractère flexible et global de l'accompagnement proposé dans le centre** comme un élément clé de l'efficacité de prise en charge des personnes. Le fait que le CASO soit l'un des seuls sinon le seul lieu de prise en charge « pluridisciplinaire » et « non siloté » (i.e. à la fois médical et social) sur le territoire en fait un lieu adapté pour un accompagnement approfondi des personnes et une meilleure prévention des différents risques sur la santé. Nos interlocuteurs précisent que cet accompagnement des « besoins périphériques » est notamment possible du fait de la fréquentation moyenne du CASO, qui permet aux équipes de mettre en place des solutions plus personnalisées.
- Pour accompagner les diverses demandes de soin et d'accompagnement, le CASO a par ailleurs mis en place un **large ensemble de partenariats** aussi bien avec des acteurs du soin (PASS, laboratoire d'analyse, camion de radiologie, échographes libéraux, PMI...) qu'avec des acteurs associatifs (association CACIS sur la santé sexuelle et reproductive, Cafés Précarités, acteurs de l'Aide Alimentaire, CCAS, vestiaires, douches...). Ces partenariats constituent des clés pour permettre un accès effectif aux analyses ou au soin concernés. On note que la majorité de ces partenariats ne sont apparemment **pas formalisés et que cela convient mieux aux contraintes des partenaires** – notamment dans le cas des praticiens libéraux.
- Les bonnes relations avec la PASS locale semblent notamment expliquées par **la présence au sein de l'équipe bénévole du CASO d'un ancien médecin de l'hôpital** qui accompagne la collaboration entre les deux structures et l'orientation des personnes.

A propos de prise en charge globale

« On a vraiment pris le parti de considérer la prise en charge, la prise en compte de la santé de personne de manière générale. C'est ce qui fait que les personnes qui viennent nous voir même si on n'a pas forcément de réponse se sentent bien accueillies. On va essayer de prendre leurs problématiques, pas simplement concernant l'accès au soin, mais concernant la santé, les éventuelles menaces sur la santé, et même concernant le parcours et l'expérience les personnes. Et de fait, on est le seul lieu au final où on peut avoir une prise en charge médicale et sociale à la fois. Il y en a plein de gens qui ne viennent pas voir nos médecins ici : ils savent qu'il y a le médecin qui est en face, mais ils viennent voir le travailleur social parce qu'ils ont besoin d'un truc. Ici, ils vont avoir cette possibilité-là de ne pas avoir une approche très « silotée » disant « les médecins dans telle structure, le médecin traitant là bas, et puis assistant social dans telle structure ». Non, nous on a une pluridisciplinarité et des échanges extrêmement forts pendant les consultations entre les différents spécialistes et les différents intervenants. C'est quelque chose qui fait une certaine force parce qu'en fait, on va vraiment dépasser la vision extrêmement centrée sur le soin de la santé. Et on va vraiment avoir une prise en charge plus globale et ça je pense que ça fait partie des aspects importants de ce qu'on propose à Bordeaux. » (CC)

A propos de flexibilité

« On a un accueil inconditionnel et on arrive à recevoir tout le monde dans la matinée, ce qui n'est pas le cas dans d'autres CASO plus chargés...et donc une personne qui va venir pour voir le médecin qui va revenir 3-4 fois dans le mois, on va pouvoir la recevoir. On va faire un petit peu de suivi si c'est nécessaire tout en essayant de la réorienter quand c'est possible. On a une certaine flexibilité dans l'action et donc dans certains cas, on va pouvoir justement accompagner un petit peu les personnes sur des démarches périphériques au-delà du simple l'accès aux consultations médicales et à l'ouverture de droit à la santé. On va par exemple avoir beaucoup de demandes d'explications et d'accompagnement sur les décisions administratives. Beaucoup de gens qui ont été vus en consultation médicale ou en consultation sociale reviennent nous voir parce qu'en fait il y a eu une approche particulière ici : on sait s'intéresser un à la santé de la personne de manière plus générale. Et donc, à tout ce qui pourrait potentiellement mettre en danger sa santé. » (Equipe)

6. Principaux effets du plaidoyer sur la période récente

- Le premier effet des actions de plaidoyer dans le cas du CASO de Bordeaux semble être **la reconnaissance et l'expertise perçue du CASO sur les thématiques de santé et de migration**, notamment observables dans les sollicitations fréquentes des médias et acteurs associatifs, acteurs du soin et collectivité locales mises en avant par nos interlocuteurs.
- Le plaidoyer du CASO semble ensuite avoir eu **une contribution décisive à l'ouverture d'une PASS dentaire suffisamment dimensionnée sur le territoire de Bordeaux**. Cette ouverture a été obtenue par les équipes du CASO grâce à une démarche auprès de l'ARS visant principalement à débloquer les moyens nécessaires. L'interruption des soins dentaires assurés jusqu'à lors au sein du CASO semble avoir été un élément de pression efficace pour convaincre les organisations cibles du plaidoyer de renforcer le dispositif de droit commun. En partenariat avec les PMI, un rôle décisif semble également pouvoir être reconnu au CASO dans le renforcement des dispositifs de droit commun en termes de gynécologie, échographie et maternité – permettant une meilleure prise en charge des femmes enceintes sans couverture maladie.
- Les équipes du CASO ont par ailleurs assuré **un rôle direct dans la mise en place d'un programme d'interprétariat et d'assistance téléphonique à destination des médecins de ville** – opéré par la PASS et la Mairie – visant à favoriser l'accès des populations précaire à la médecine de ville. La contribution du CASO semble avoir principalement avoir porté sur la justification de ce programme, puis sur sa définition technique. En date de l'étude, cette action est présentée comme toujours en cours et ne semble pas avoir atteint son plein potentiel.

Ouverture de la PASS dentaire

« Ça faisait 20 ans qu'on avait un cabinet dentaire au sein du CASO et qu'il était de plus en plus obsolète. Donc, on s'était posé la question plusieurs fois de renouveler notre matériel ou d'arrêter. Renouveler aurait été assez coûteux et au bout d'un moment, on s'est rendu compte qu'il y avait une PASS dentaire qui n'était pas suffisamment armée pour vraiment prendre en charge l'intégralité des personnes qui avaient besoin de soins dentaires. Donc, on s'est dit qu'on allait fermer notre cabinet dentaire et exiger que l'ARS renforce les moyens de la PASS pour prendre le relais. C'est ce qu'on a fait, on a rencontré l'ARS, on a rencontré la PASS dentaire, on a effectivement dû fermer notre action pour leur mettre la pression. Ça a été compliqué en interne, au niveau des partenaires ça a été vécu de manière très angoissante. Ils disaient « vous allez nous envoyer 500 personnes par an en plus, on n'aura pas du tout la même capacité de gérer... » Et au final, l'ARS et la PASS se sont entendues pour renforcer les moyens, équiper des nouveaux cabinets, mettre en place des consultations sur place. Et donc au final, on a bien fermé et c'est l'impact qu'on attendait puis qui était d'avoir un service fonctionnel et renforcé. Donc, aujourd'hui la PASS nous en remercie parce qu'ils ont obtenu des moyens supplémentaires et nous, de notre côté, on ne constate plus de difficulté des personnes à accéder à ce service. » (CC)

Accessibilité des médecins de ville

« L'accès à la médecine de ville est central dans notre action. On a donc monté un programme avec la PASS de l'hôpital et la Mairie de Bordeaux pour proposer les outils à des médecins de ville pour favoriser la prise en charge de personnes migrantes qui ont des droits. Ça passait notamment par la proposition d'un système d'interprétariat, téléphonique, par une plateforme gérée par la mairie pour les médecins qui ont des questions sur des éléments administratifs ou sociaux qu'ils ne maîtrisent pas. Ces médecins peuvent y avoir un interlocuteur, un numéro spécifique sur ces problématiques. La plateforme s'est bien mise en place et est un peu utilisée, mais n'a pas encore réussi à prendre l'ampleur que ça aurait dû. Disons que ça vivote, mais ce n'est pas encore au niveau de l'ambition de départ. Je pense que la raison principale, c'est qu'en fait ça a été pensé comme un sac d'outils à proposer aux médecins avec donc il y avait eu une grosse phase de recrutement et de sensibilisation des médecins au début mais que le suivi reposait pratiquement et exclusivement sur du volontariat et donc les gens se sont un peu essoufflés. L'objectif l'année prochaine c'est de réactiver a en réinjectant des moyens pour vraiment passer un peu à la vitesse supérieure. » (Equipe)

7. Les facteurs clés de succès du plaidoyer

- Le premier déterminant du succès du plaidoyer du CASO de Bordeaux semble être **la posture d'expertise médicale développée et maintenue par l'équipe** dans ses interactions avec les parties prenantes locales. Cette posture repose en premier lieu sur **l'exercice d'une activité de soin sur le terrain** par le CASO, qui légitime l'équipe dans l'écosystème local. Elle repose ensuite sur la **production de données concrètes** et sur la **formulation de conseils ou de préconisations techniques ciblées** sur les domaines de compétences des parties prenantes. Les interlocuteurs sollicités estiment qu'un positionnement « idéologique » ne permettrait pas d'atteindre les mêmes effets.
- La plupart des réussites décrites par les équipes du CASO de Bordeaux résultent **d'actions collectives menées en commun avec d'autres acteurs**. Au-delà de la participation à ces réseaux, qui apparaît plus comme un prérequis que comme un facteur clé de succès, les équipes du CASO insistent sur la capacité du CASO à **être moteur ou animateur de ces dynamiques collectives**. La présence de salariés dans le CASO lui permet d'assurer **une présence plus assidue et un engagement plus fort que les autres acteurs associatifs dont les membres sont souvent bénévoles**. Cette contribution légitime (ou positionne de facto) le CASO dans un rôle d'animateur de ces collectifs et le met donc en capacité d'infléchir leurs actions.
- Les équipes du CASO de Bordeaux mettent également en avant **la nécessité de la formation et la sensibilisation de futurs soignants** – avec des efforts conséquents engagés par l'équipe en ce sens.
- Au-delà des données produites sur les besoins des usagers primo-arrivants, les équipes du CASO insistent enfin fortement sur **l'importance d'un suivi des orientations aussi systématique que possible**. Des données de suivi détaillées des parcours de santé constitueraient des arguments puissants pour interpeller et convaincre les interlocuteurs – arguments dont le CASO va chercher à se doter dans un avenir proche.

A propos de la posture d'expert

« La première chose qui fonctionne, c'est le fait d'arriver avec des données extrêmement concrètes et non des sortes de discours idéologiques ou très généraux. Ces données, on a la capacité à les produire parce qu'on a une action de terrain, donc on peut vraiment témoigner des situations extrêmement précises et extrêmement documentées - donc, d'arriver en parlant de réalité et pas juste d'idéologie, ce qui change tout. Ça nous permet d'avoir un chapeau d'expert qui nous permet ensuite d'être invité aux tables de négociations et d'être reconnus pour ce qu'on dit. L'expertise médicale nous permet d'avoir accès et d'être entendu en tout cas.... C'est ce qu'ont moins d'autres structures qui sont plus généralistes. Après, on fait évidemment partie des délégations qui vont rencontrer en collectif, les pouvoirs publics - que ce soit la mairie, la préfecture, la métropole - pour justement témoigner de situation intolérable, mais aussi beaucoup pour essayer de travailler à des solutions conjointes. C'est en pensant au niveau des compétences propres à chaque interlocuteur qu'on va être très présent dans les négociations et dans les groupes de travail pour faire avancer les choses - pas uniquement en buvant des bières avec nos panneaux devant la préfecture. Par exemple sur les squats, c'est exiger l'accès à l'eau auprès des mairies. Auprès de la préfecture, c'est d'exiger l'arrêt des expulsions sans solution de relogement derrière... » (Equipe)

Sur l'importance d'un suivi des orientations

« Une de nos limites c'est qu'on oriente beaucoup mais qu'on a peu d'information, on passe sûrement à côté de pleines de choses. Or les témoignages et le suivi des parcours, ce sont des choses qui portent : on a reçu tant de personnes, on en a envoyé tant faire des échographies, elles ont rendu visite à quatre structures avant de pouvoir faire une échographie, elles ont attendu en moyenne trois semaines etc.. Ça permet de montrer ce qui est complètement absurde pour tout le monde, de dire le temps et l'énergie qui sont perdus. Notre objectif va être de mettre en place à partir du mois de janvier, un dispositif de suivi plus systématique de nos orientations pour justement comprendre un peu mieux si la personne s'est rendue vers la structure vers laquelle on l'oriente et surtout comment ça s'est passé, quelles barrières ont pu être rencontrées etc.. » (CC)

3.6

Observations CASO de Nice



CASO de Nice

1. Principales caractéristiques du CASO*



Composition de l'équipe

Salariés

2,5 salariés dédiés (Coordinatrice Générale, Assistante sociale et Secrétaire à mi-temps)

Bénévoles médicaux et paramédicaux

48 bénévoles pour 6.429 heures de temps bénévoles valorisée à 157.297€
16 accueillantes, 6 interprètes, 1 administratif, 1 personne s'occupant de la petite maintenance, 2 pharmaciennes, 1 assistante dentaire, 6 psychologues, 5 dentistes, 8 médecins généralistes, 1 ophtalmologue, 1 infirmière

Fréquentation & Budget

- En 2017 le CASO de Nice a accueilli 1.407 patients (*) dont plus de 1.083 nouveaux patients, et a effectué 3.571 consultations, dont 1.069 consultations médicales, 736 consultations sociales, 317 consultations de psychologie, 274 consultations dentaires et 1.066 entretiens de premier accueil. En plus de cela ont été menées au moins 1.284 orientations directes vers le système de droit commun.
- Le budget 2017 a été de 463.536 €.

Calendrier des consultations

- Consultation sociale : lundi 09h-12h, mardi 09h-12h, jeudi 09h-12h, vendredi 14h-17h
- Consultation médicale : lundi 09h-12h, mardi 09h-12h, mercredi 14h-17h

Données collectées dans le cadre de l'étude

- 1 interlocuteur en entretiens (Coordinatrice Générale) pour une durée totale de 104 minutes.
- Pas de document complémentaire communiqué par l'équipe

*Données 2017

2. Regard sur les besoins des personnes accueillies

- A Nice, le CASO opère dans un contexte politique que les équipes décrivent comme marqué par **une forte hostilité au fait migratoire** et une **xénophobie latente** qui s'observe jusque chez les personnels hospitaliers.
- Nice a accueilli plusieurs vagues d'arrivée migratoire marquées par **différentes problématiques sociales et sanitaires**. Pour répondre aux besoins, notamment aux **besoins d'accompagnement psychologique, et faciliter l'intégration** des populations dans le contexte peu accueillant de Nice, le CASO a rapidement développé des activités qui, sans en avoir le nom, se rapprochaient de ce qu'on appelle aujourd'hui la **médiation culturelle**.
- L'entretien mené auprès du CASO de Nice fait aussi ressortir l'hétérogénéité des publics accueillis qui n'ont en commun que leur **expérience partagée du parcours migratoire** et de **l'exclusion et la stigmatisation à l'arrivée à Nice**.

Nice, un contexte politique hostile

« Je veux dire, les choses ne tournent pas toutes seules en plus à Nice où on est quand même dans un environnement excessivement xénophobe. Je veux dire, il y a des réflexions, même de personnels hospitaliers, de personnels de l'institut, des étrangers on en a tout le temps, on ne va pas les soigner. »

« Mais c'est qu'on atteint même les limites de l'État de droit quoi, les décisions préfectorales sur l'hébergement, sur les refus d'entrée. Ils sont condamnés. Et ça, ils s'en foutent. Et je trouve que c'est vache. Comme s'il y avait une impunité totale. » (CC)

Des besoins d'accompagnement psychologique et de médiation culturelle

« Et on a développé, d'emblée, tout un volet psy auprès des demandeurs d'asile à la fois sur la question du psycho trauma, sur la question de la reconstruction [...] C'était un premier volet et on a bien été obligé aussi de développer, alors on ne l'appelait pas comme ça, de la médiation culturelle »

« ça fait 21% de l'activité du CASO. C'est vraiment une empreinte qui a été très liée au contexte au départ, même si à l'arrivée des Tchétchènes, on ne comprenait rien. » (CC)

Une définition extérieure du public accueilli, mais pas de sens de communauté

« Notre file active est importante. Il y a une centaine de nationalités différentes. Donc finalement ce qui rassemble les gens mais ils ne s'identifient pas forcément comme ça. C'est notre définition. Ce n'est pas forcément la leur. C'est de dire que ce sont des publics exclus et stigmatisés par des discours politiques qui instrumentalisent leurs problématiques. Ce n'est pas comme quand je bossais avec les tox. Les tox, ils étaient tox, ils avaient une identité, ils se reconnaissaient comme injecteurs. » (CC)

3. Initiatives spécifiques du CASO dans l'accompagnement des personnes

A propos de la volonté de renforcer l'empowerment

« Je ne suis pas sûre qu'on soit très bon sur l'histoire parce qu'en fait la grande difficulté de travailler sur ces questions-là je trouve avec les CASO, c'est qu'on a des files actives qui ne sont pas captives. Et je trouve que ça a des paradoxes finalement, les objectifs des CASO, c'est à la fois d'insérer le plus rapidement possible les personnes dans des circuits de droit commun. Mais en même temps, de travailler sur l'empowerment, et les deux en termes de temps, de temporalité ce n'est pas la même chose. » (CC)

Accueil café : espace de dialogue et soutien mutuel

« Alors, on essaye. On a réfléchi toute l'année dernière à ce qu'on a appelé un nouveau projet accueil café. L'objectif affiché du projet c'est de à partir d'un accueil café, travailler le parcours de soins. C'est favoriser la prise en charge psychologique. » (CC)

A propos de la fermeture des spécialités médicales

« Et c'était vraiment l'exemple type du truc ou du CASO à un certain moment de faire gaffe parce que c'est là qu'on peut être contre-productif parce qu'on a des gynécos. Du coup les autres ne s'en occupent plus donc on a dit, on arrête d'avoir des gynécos. Comme ça, vous allez bien être obligés de vous en occuper. On leur a rappelé les textes. [...] « Enfin, après il y a la question de la gestion des équipes RH. Ils comprennent mal quand on dit, on arrête une activité parce que c'est contre-productif. Oui, mais les gens en ont besoin. Alors, on a le même problème avec le dentaire. Le premier CASO de France en termes de nombre de consultations dentaires mais il n'y a jamais rien eu derrière quoi. Les dentistes ne se sont jamais bougés pour faire le moindre plaidoyer auprès de la PASS dentaire. » (CC)

A propos de l'approche prévention

« C'est une culture que je ne veux absolument pas développer dans les actions de prévention : de dire ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. C'est vraiment partir de la pratique et des difficultés éventuelles des gens. » (CC)

- Du fait des populations accueillies et pour répondre au mieux à leurs besoins, le CASO de Nice a rapidement mis en place des activités qui s'approchaient de la médiation culturelle. Aujourd'hui, la coordinatrice entend **renforcer l'empowerment** des personnes accueillies. Un **format d'accueil café** a été élaboré et est en phase de test. Il s'agit d'offrir aux personnes un **espace de dialogue et d'entraide** pour favoriser leur prise en charge psychologique et leur permettre de se réapproprier leur parcours de soins.
- Ce recentrement sur les activités les plus adaptées aux besoins des personnes s'accompagne d'une volonté de **fermer progressivement les consultations de médecine spécialisée** qui peuvent s'avérer contre-productives : l'équipe explique que faire perdurer cette offre hors du droit commun est susceptible d'entraver l'inclusion des publics accueillis dans l'offre de médecine spécialisée du droit commun en permettant à celui-ci de se défaire de ses responsabilités sur le CASO.
- Le CASO de Nice entend aussi **renforcer ses activités de prévention**, autre besoin très mal couvert des publics accueillis. Malgré l'obtention d'une habilitation pour mener des TROD, le CASO partage des difficultés à constituer et maintenir une équipe de prévention qui opère en ligne avec les principes de non-jugement prôné par MdM et évite les écueils du discours normatif ou « infantilisant ».

4. Effets sur l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies

Accueil et Orientation

- Nos interlocuteurs au sein de l'équipe CASO estiment que **celui-ci remplit sa fonction d'accueil et d'orientation du public, avec succès**. La priorité est donnée aux consultations sociales qui correspondent au plus grand besoin des personnes accueillies dans le contexte difficile de Nice. A l'instar d'autres CASO étudiés, cette observation s'appuie avant tout sur le ressenti et les retours d'expérience des personnes - peu de données chiffrées sont disponibles pour confirmer ce succès.

Soutien psychosocial

- Les personnes interrogées au sein de l'équipe du CASO de Nice soulignent également les effets positifs qu'apporte aux personnes accueillies l'activité d'accueil café en cours d'expérimentation. Celui-ci répond à un besoin fort d'accompagnement psychosocial, dans un format qui renforce l'autonomie des personnes et évite de reproduire l'asymétrie des relations psychologues-patients. Cette approche collective permet aussi de tenir un discours d'éducation thérapeutique dans un cadre moins formel que celui d'un atelier de sensibilisation.

Sur l'atteinte de la mission du CASO

« Est-ce que la mission est atteinte ? En médecine, en droits sociaux oui. Pour ce qui est du psy, pas vraiment. Mais en même temps il y a assez peu de dispositifs de droit commun. Enfin, il y a des CMP, il n'y a pas de traduction, il n'y a pas... enfin, voilà le dispositif de droit commun adapté à ce public-là localement n'existe pas ou peu. » [...] « On a quand même un taux de renouvellement de la file active de 70 %. Et puis ceux qui revenaient, revenaient excessivement rarement voir un médecin, ils revenaient voir l'assistante sociale ou le psy. Globalement et puis les gens nous le disent, il y en a des fois, on ne les voit pas pendant 5 ans, ils reviennent parce qu'il y a eu une rupture de droit, qu'ils sont un peu dans la merde. Ils disent, c'est grâce à vous. Donc oui, globalement, je pense qu'on remplit notre fonction. » (CC)

Sur la difficulté de mener des actions d'empowerment

« Une fois qu'il a vu le message, on essaye de l'orienter et des fois ça marche. Souvent ça marche. On ne revoit plus le gars. » (CC)

A propos de l'impact de l'accueil café

« Au départ on avait fait une grande table [...] Et en fait, on s'est rendu compte que les quelques jours où on l'a fait, il y en a un qui tient le crachoir. [...] Et puis une autre fois, on a disposé les tables différemment. On a mis des petites tables. Et finalement, ce qui fait c'est que ce sont plus des entretiens individuels qui se font sur plusieurs tables pendant l'accueil café. Alors là c'est évident, c'est un lieu de parole. Il ne s'est pas passé un matin sans qu'il n'y ait pas quelqu'un qui se mette à fondre en larmes. C'est un espace un peu privilégié. C'est un espace d'écoute un peu privilégié, où il y a du temps. On leur dit, on est là aussi. On les invite à prendre du café pour pouvoir parler de votre santé. Mais pas que, si vous avez envie de parler d'autres choses, vous parlez d'autres choses. » (CC)

5. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes

- Au cours de l'entretien mené auprès du CASO de Nice, est ressortie **l'importance de ne pas se substituer au droit commun et de rappeler en permanence la perspective du désengagement** aussi bien en interne qu'en externe afin de garantir la pertinence du dispositif.
- La **médiation culturelle** est aussi identifiée comme une approche nécessaire pour permettre aux personnes accueillies de se familiariser avec le système de santé français et gagner en autonomie dans leur parcours de soins.
- **L'interprétariat, la formation des bénévoles maîtrisant plusieurs langues étrangères** et la mise à disposition d'outil **d'interprétariat par téléphone** apparaît aussi comme nécessaire afin de lever l'obstacle majeur à l'accès aux droits et au soin que représente les difficultés linguistiques.

A propos de l'importance de la non-substitution

« Donc du coup c'était très, très imprégné de la notion de plaider, non-substitution, etc.. Donc, j'ai toujours été très attentive. Donc, la consultation sociale a toujours marché plein pot puisque l'idée, je me rappelle même à l'époque quand on recrutait les nouveaux bénévoles, on disait l'idée c'est surtout de ne pas fidéliser les patients. On n'est pas là pour créer une médecine à deux vitesses. » (CC)

A propos de la nécessité de tester les interprètes bénévoles

« On teste de toute façon nos interprètes d'abord à l'accueil en social et en médical avant de tester sur le psy. Quand je dis tester, c'est à la fois au niveau de l'interprétariat sur la posture et sur leur sensibilité. » (CC)

6. Principaux effets du plaidoyer sur la période récente

- Le CASO de Nice s'efforce de porter un plaidoyer local afin d'améliorer l'accès aux droits et au soin des personnes accueillies. Ce plaidoyer prend pour cible, de façon récurrente, mais ponctuelle, la **PASS dentaire** et les **réseaux de médecins généralistes** de la ville.
- **Les relations du CASO de Nice avec la CPAM et la PASS** du CHU apparaissent relativement ambivalentes. A la fois cibles du plaidoyer porté par le CASO et partenaires opérationnels, ces deux institutions peuvent parfois être relais du plaidoyer de MdM auprès des pouvoirs publics ou utiliser les données fournies par MdM pour étayer un plaidoyer auprès de leur propre hiérarchie et autorités de tutelle.
- Le plaidoyer du CASO aurait ainsi contribué à **rendre la PASS du CHU fonctionnelle** en 2003.
- Aujourd'hui, le CASO mobilise ses réseaux inter-associatifs afin de porter un plaidoyer auprès de la CPAM pour pallier les obstacles à l'accès aux droits qui découlent de la **numérisation des démarches de Sécurité Sociale**.

Plaidoyer PASS dentaire et médecins de ville

« En dentaire, il y a une PASS dentaire, mais ça ne marche pas donc là on va essayer de développer un petit peu des contacts avec eux pour essayer que ça fonctionne. Et ce qu'on développe aussi par rapport au droit commun, on l'a fait aussi depuis 10-11 ans, après régulièrement il y a quelqu'un qui s'y colle. Un bénévole qui s'y colle, qui appelle tous les médecins généralistes, qui prend l'annuaire, qui contacte les médecins généralistes et créer un réseau de médecins. Au départ on voulait vraiment faire une espèce de réseau de médecins généralistes en ville, avec des réunions pour travailler avec eux, etc... » (CC)

Plaidoyer CPAM : entre coopération et opposition

« Parce qu'à un moment donné, les consultations sociales représentaient deux tiers de l'actualité du CASO. Alors entre le fait que ça devenait insupportable pour l'assistante sociale. Et là, on était totalement dans la substitution au droit commun puisqu'on faisait les AME à la place de la Sécu. La Sécu m'avait dit qu'on faisait 70 % des AME du département. Donc c'était absolument insupportable. Donc on a eu un temps plein pendant 18 mois. Au début on avait dit un an et on avait prolongé à 18 mois pour qu'elle puisse terminer le boulot, pour désengager l'instruction des dossiers d'aide médicale d'état. Elle faisait vraiment de l'accompagnement. On avait des réunions avec la direction de CPAM, les chefs de service pour limiter les pratiques abusives, pour tout ça. Cela a super bien fonctionné jusqu'à la numérisation des démarches où maintenant, la sécu ne reçoit plus personne » [...] « Même pour avoir une attestation de droit, ils ne la délivrent plus à la Sécu, ils leur disent d'aller sur ameli.fr. Ils ne donnent même plus une attestation de droit au guichet. Donc là, la bataille c'est en inter-asso, et là justement je suis en train de travailler avec le CCAS notamment. » (CC)

Plaidoyer PASS : entre opposition et coopération

« On ne peut tenir ce rôle de porte d'entrée vers l'accès au soin que si on est en veille et vigilant tout le temps sur les dysfonctionnements du dispositif. Et qu'on fasse en sorte enfin bon en tout cas on essaye de faire en sorte que ça arrête de dysfonctionner, par exemple la PASS. C'était il y a longtemps, ça a dû être en 2003 quelque chose comme ça. L'hôpital de Nice s'enorgueillissait d'avoir une PASS fonctionnelle, etc.. Donc, on trouvait que ça ne fonctionnait pas du tout quand on envoyait les gens. On avait pris contact avec le directeur hospitalier et je lui ai sorti ma pile des factures qui devait faire à peu près 5 cm de haut en disant, ce sont les factures collectées sur quatre mois. Donc si la PASS fonctionnait, il n'y aurait pas tant de factures qui arriveraient chez les gens. » [...] « Après c'est des fois même, par exemple la PASS qui peut être un allié dans son propre plaidoyer pour arriver à convaincre sa direction. C'est un peu paradoxal cette histoire-là. » (CC)

7. Les facteurs clés de succès du plaidoyer

A propos de l'approche technique

- **Deux approches semblent avoir particulièrement fait leur preuve** dans le contexte politique difficile qui caractérise Nice :

1/ **Une approche technique** des dossiers ou approche « dossier à charge », étayée par des cas d'étude, des témoignages et des données de qualité. Cette approche s'appuie sur la perception qu'ont les parties prenantes de l'expertise de MdM et tend dans le même moment à la renforcer.

2/ **Une approche diplomate** qui s'attache à valoriser les interlocuteurs et ménager leur susceptibilité.

- **Les partenariats et la mobilisation inter-associatifs** semblent être à Nice des outils à manier prudemment : dans le contexte spécifique de Nice, l'équipe du CASO manque de partenaires associatifs crédibles pour porter ses plaidoyers. Les grandes associations nationales semblent réticentes à provoquer les pouvoirs publics dont dépendent une grande partie de leurs financements et les collectifs de moindre envergure tendent à se montrer trop virulents pour pouvoir prendre place à la table des négociations avec les décideurs politiques.

« Au niveau du plaidoyer local ce qui a toujours marché c'est de faire « un dossier à charge » entre guillemets genre les factures, genre recueil de témoignages des personnes, etc.. Et une fois qu'on est suffisamment solide, parce qu'on peut toujours dire dans les réunions avec des partenaires, avec des institutionnels, ça ne fonctionne pas. Ah bon, et pourquoi ça ne fonctionne pas si on n'a pas le dossier avec des dates, avec des faits, ça ne marche pas. Ils disent ben oui, mais c'est une impression. On a l'impression que ça marche. Quand on repère un gros dysfonctionnement, à partir de là, on monte. Alors, les deux grosses cibles c'est quand même PASS et Sécu. » (CC)

A propos de l'approche diplomate

« Mais je pense que c'est vraiment plus dans la proximité et j'allais dire en faisant les faux-culs, "mais c'est bien pour vous aider que nous voulons etc.... C'est bien parce que nous sommes attachés au service public". Voilà ! C'est un argument qui marche des fois avec l'hosto et la Sécu de dire que c'est parce qu'on a une image très haute du service public, et que justement, on trouve qu'on peut les aider à mener à bien leurs actions. Je trouve que finalement être un peu faux-cul, ça marche mieux. » (CC)

A propos des partenaires associatifs

« Il y a deux catégories de partenaires en gros. Il y a les grosses assos, partenaires associatifs classiques qui sont souvent dans des consensus simplement parce que complètement dépendants des pouvoirs publics par rapport à leur financement. Ils veulent bien dire des trucs, mais très, très gentiment et d'autres qui eux sont vachement plus militants tellement qu'ils sont tout le temps dans l'excès, on n'est plus sur de la négociation, ce n'est pas de la négociation, ce n'est que du rentre-dedans. » [...] « Il y a des fois des problèmes aussi de compétences. C'est en s'associant en fonction de ce qu'on demande, avec qui. C'est un peu à géométrie variable. Avec les très militants, ils sont tellement rentre-dedans que c'est grillé d'avance. » (CC)

3.7

Observations CASO de Toulouse



CASO de Toulouse

1. Principales caractéristiques du CASO*



Composition de l'équipe

Salariés

1 salarié dédié (assistante sociale) et 2 salariés DR en appui (Assistante délégation et CR)

Bénévoles médicaux et paramédicaux

50 bénévoles dont :

Bénévoles médicaux : 15 médecins généralistes, 20 infirmières, 5 psychologues, 5 autres

Bénévoles non médicaux : 2 accueil, 1 logistique, 2 prévention

Fréquentation & Budget

- En 2018 le CASO de Toulouse a accueilli 981 patients (*) et a effectué 848 consultations médicales. 200 consultations infirmières, 1126 consultations sociales, 52 consultations de psychologie et 33 consultations ou actes de prévention (consultations de prévention VIH, VHC, VHB, TROD VIH, TROD VHC, consultations promotion santé).
- Le budget 2018 a été de 148.857 €.

Calendrier des consultations

- Consultations de médecine générale : lundi, mercredi et vendredi de 9h15 à 11h30
- Consultations Infirmières : lundi, mercredi et vendredi de 9h15 à 11h30
- Consultations Sociales : lundi, mercredi et vendredi de 9h15 à 11h30
- Consultation de prévention
- Consultation de psychologie

Données collectées dans le cadre de l'étude

- 4 interlocuteurs en entretiens (Coordinatrice régionale, 2 Responsables de mission, Assistante Sociale) pour une durée totale de 211 minutes.
- 7 documents complémentaires communiqués par l'équipes

**Données 2018*

- Il ressort de plusieurs entretiens l'idée que Toulouse est un **point d'étape identifié sur les parcours migratoires**, ce qui expliquerait la forte présence de populations migrantes et de demandeurs d'asile sur la ville.
- Les différents entretiens avec l'équipe du CASO soulignent une **complexification perçue des problématiques sanitaires et sociales** rencontrées par les personnes accueillies sur la période récente.
- Les **dispositifs de droit commun ne semblent pas dimensionnés et équipés** pour faire face aux besoins rencontrés par les personnes, notamment sur la question de l'accès à la santé, mais aussi sur celle du logement, **malgré une amélioration progressive**. La documentation transmise fait ainsi état de l'amélioration du fonctionnement de la PASS généraliste du CHU, en particulier sur les soins infirmiers, de l'amélioration du fonctionnement de la PASS des urgences de l'hôpital Joseph Ducuing et du développement de la PASS Psy située à la Cité de la Santé qui permet de répondre aux souffrances psychosociales dans toute leur complexité mais ne peut pas faire face à tous les besoins. Les dispositifs dédiés à la santé mentale et l'accompagnement psychosocial semblent tout particulièrement sous-dimensionnés : le CCAS ne propose qu'une demi-journée de consultation par semaine, les moyens du CMP sont décrits comme extrêmement limités, et l'EMPP limite son action à la psychiatrie et au suivi d'hospitalisation.
- La documentation fournie par l'équipe fait aussi état d'un réel **manque dans le droit commun en termes de prévention et dépistage**. Sont également mentionnés : la mauvaise couverture vaccinale des populations précaires et migrantes, le dépistage défectueux et l'éducation thérapeutique très insatisfaisante de ces populations.

Toulouse, un point d'étape identifié sur les parcours migratoires

« On est un peu fléché sur les idées de parcours migratoires et donc on reçoit beaucoup de demandeurs d'asile entre autres et de gens de l'Europe de l'Est. Les albanais, les Géorgiens notamment viennent avec vraiment des grosses problématiques sanitaires donc c'est un public qui est en demande de soins en fait. On a pas mal de gens qui viennent de Libye. » (CR)

Des situations de plus en plus compliquées

« Je pense que les profils des personnes ont changé, les personnes accueillies avec des situations qui se sont complexifiées, de fait qu'il y a beaucoup plus de femmes, d'enfants à la rue. » (CR)

Réelle « valeur ajoutée » du CASO au regard du droit commun

« Le dispositif en l'état fait sens, c'est-à-dire qu'il a une vraie valeur ajoutée, on a une PASS qui ne fonctionne pas très bien, qui clairement, voilà qui est sous dotée et qui est complètement débordée. On a énormément de problématiques de mal-logement sur Toulouse, on a à peu près 5 000 personnes aujourd'hui qu'on estime vivre à la rue. On a comme beaucoup de villes, évidemment des grosses problématiques de précarités sanitaires qui engendrent du coup une consommation du soin assez importante, on a une arrivée assez importante de demandeurs d'asile sur Toulouse. » (CR)

Une forte vulnérabilité aux pathologies infectieuses

« A Toulouse comme en France, les populations migrantes et/ou en situation de précarité sont des populations vulnérables face à des pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites, les IST ou la tuberculose. » (RA 2018)

A propos du Réseau REMEDES et de son institutionnalisation

- La création en 2017 du **réseau REMEDES (REseau de MEDEcins Solidaires)** constitue une première initiative spécifique du CASO de Toulouse. REMEDES réunit des médecins solidaires sensibilisés aux difficultés d'accès au soin, à Toulouse et dans la périphérie. Il est coordonné et animé par deux médecins bénévoles du CASO et propose des rencontres mensuelles d'échange de connaissances et de pratiques, des soirées thématiques, projections de films et la diffusion régulière des événements MdM. Un de ses objectifs est de plaider en faveur de soins de qualité en ambulatoire, avec en particulier l'accès à l'interprétariat. L'enjeu est de mobiliser localement des médecins libéraux et de créer des relais à des structures comme la PASS ou le CASO pour les personnes qui viennent d'obtenir une couverture maladie, comme les populations vulnérables exilées.
- **Les ateliers sociolinguistiques (ASL)**, proposés deux après-midis par semaine, constituent une deuxième initiative spécifique du CASO de Toulouse. L'enjeu des ASL est de permettre aux participants d'apprendre le français afin de devenir autonome, de créer un lien social, d'améliorer l'accès aux droits et au soin. Cette activité s'appuie sur la forte implication d'un noyau de bénévoles d'horizons divers et un réseau relais de partenaires (Ressources et Territoires à Toulouse pour la formation des intervenants bénévoles, équipe FLE du CASO de Bordeaux...). Les ASL ont réuni 37 inscrits au S1 et 47 au S2 en 2018.
- Une troisième initiative du CASO de Toulouse réside dans le développement d'une **approche d'aller-vers, portée par les psychologues bénévoles** de l'équipe afin d'identifier pro-activement les besoins en accompagnement psychologique.

« L'idée vraiment c'est de faire monter en puissance voilà pour le faire devenir vraiment un dispositif de la réponse aux problématiques d'accès au soin des plus précaires, et quand on en discute avec l'ARS comme on a évidemment plusieurs fois discuté avec l'ARS, avec le conseil du PASS, avec le responsable de l'antenne de l'ARS, ils sont hyper chauds, ils sont partants. On est en train de voir comment, il y a ce dispositif qui est un peu en lien, qui a été mis en place sur Marseille, et on est en train de regarder un peu comment ce réseau pourrait évoluer, mais l'idée c'est bien que d'ici quatre cinq ans, l'ARS prenne le relais. Dans un premier temps l'objectif sera sûrement de faire financer pour le consolider et puis après de faire en sorte qu'il s'intègre vraiment dans le système quoi. » (CR)

A propos des ASL et de leur devenir

« Les ateliers sociolinguistiques, c'est un peu différent parce que c'est plus une émanation du CASO pour répondre aux problématiques à la fois de l'accès aux droits et au soin pour les personnes ne parlant pas le français, et aussi c'est un atelier à vocation thérapeutique, c'est ce qu'on appelle des activités psychosociales. Je ne pense pas qu'en soi, c'est quelque chose qui pourrait être repris par les institutions, par contre c'est tout à fait quelque chose qui peut d'ici quelques années avoir vocation à exister en dehors de Médecin du Monde. Et l'idée c'est aussi que ce soit quelque chose qui puisse être facilement applicable par d'autres associations qui voudraient être lancées sur le modèle. » (CR)

A propos de l'approche aller-vers en psychologie

« Et donc c'est une approche un peu différente de ce qui peut être fait ailleurs donc en fait ce sont des psychologues qui sont dès le départ avec les accueillants à l'ouverture du CASO, et en fait naviguent un peu entre les différentes personnes en essayant en fait de créer un lien, on est vraiment sur le lien social, etc.. Et l'idée c'est ensuite qu'en fonction de la qualité de la première approche lors de l'accueil, il y a certaines personnes qui vont demander à avoir un entretien, un psychologue. » (CR)

Complémentarité mais par recoupement avec le droit commun

- Pour l'équipe du CASO, **celui-ci est complémentaire aux dispositifs existants dans le droit commun** et ne dissuade aucunement ceux-ci de monter en charge. Les personnes accueillies à la PASS et au CASO ne sont pas nécessairement les mêmes, les missions des deux dispositifs ne coïncident pas non plus tout à fait.

Soutien psychosocial

- L'équipe du CASO de Toulouse est convaincue des bénéfices qu'apportent aux personnes accueillies les activités d'accompagnement psychosocial proposées au niveau du CASO. Ce dispositif serait particulièrement en adéquation avec la mission de Médecins de Monde de remobiliser les patients pour une **autonomisation de leur parcours de soins**. Il générerait par ailleurs d'autres effets positifs sur les participants (**bien-être, valorisation, lien social**), mais aussi sur les bénévoles qui se mobilisent pour rendre cette activité possible.
- Selon l'équipe, l'approche en aller-vers portée par les psychologues bénévoles permet aussi de **désamorcer les tensions** qui, dans d'autres dispositifs à Toulouse, se manifestent à travers des épisodes de violence tels qu'un lieu d'accueil de jour (la Boutique Solidarité), a été contraint de fermer.

Sur la complémentarité avec le droit commun

« On n'empêche pas la PASS de se renforcer, et au contraire le fait qu'on soit là et le fait qu'on soit un dispositif vraiment, on n'a pas les mêmes missions avec la PASS, on ne voit forcément les mêmes personnes et on est en complémentarité. » (CR)

A propos des différentes dimensions de l'impact positif des ASL

« Mais pour être honnête, ce sont des actions qui sont très, très positives qui sont hyper bénéfiques à la fois pour les bénévoles en termes de dynamique bénévole, j'entends pour la délégation. Et évidemment pour les gens, [...] on est vraiment dans la capacité d'agir, c'est-à-dire on est vraiment dans ce que fait Médecin du Monde, c'est-à-dire accompagner les gens vers plus autonomie. [...] Ces ateliers, ce ne sont pas des ateliers de français, mais ils travaillent sur tout ce qui tourne autour du domaine de la santé, comment se rendre chez le médecin ? Le vocabulaire autour du domaine de la santé, identifier les lieux pour aller faire les différentes démarches voilà donc on est vraiment sur rendre ces personnes plus autonomes, avoir accès aux droits, et avoir accès au soin et ça provoque aussi un sentiment de bien-être et de valorisation qu'on a peut-être plus de mal à retrouver quand on est dans une relation médecin patient et franchement ce sont des activités qui coûtent 300 euros par an quoi, ça ne coûte rien en fait. [...] Et puis il y a énormément d'entraide entre les gens donc c'est aussi une façon de créer du lien entre les personnes qui vivent des situations similaires, parfois vivent sur des mêmes lieux. » (CR)

A propos du désamorçage de la violence au CASO via l'aller-vers en psychologie

« Voilà donc c'est une façon de faire un peu différente et ça marche vachement bien. On disait notamment qu'en ce moment il y a énormément de violences constatées par les partenaires qui font de l'accueil du public. Au CASO on voit effectivement qu'il y a cette tension et le fait qu'il y ait des psychologues et un dispositif qui a été mis en place au niveau de l'accueil, c'est que du coup on n'a pas, on ne dépiste pas cette violence qui est vécue par les différents dispositifs, que ce soit la PASS, les accueils de jour. » (CR)

5. Éléments clés pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes

- Les équipes du CASO de Toulouse soulignent **l'importance d'avoir un lieu fixe et identifié** qui permette d'une part aux personnes de trouver un **point de repère** et un **accueil chaleureux** et d'autre part à l'association d'adapter ses activités grâce à une connaissance fine du public accueilli et de **l'évolution des besoins des personnes**.
- Un autre déterminant clé de la qualité de l'accueil proposé par le CASO est sa **posture inconditionnelle**, d'autant plus importante que les services sociaux de secteur semblent marqués **par une hausse de leur sélectivité** vis-à-vis des profils accompagnés et problématiques prises en charge qui résulte en une difficulté accrue pour les personnes de trouver des réponses à leurs questions et une aide pour comprendre ce qu'il leur arrive.
- Les **partenariats** développés et animés par l'équipe du CASO semblent aussi être un facteur clé pour favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes. Cette approche partenariale se matérialise notamment par la **participation des équipes du CASO à des groupes de travail thématiques** comme le Réseau Asile Midi-Pyrénées, ou le groupe de travail associatif préparatoire pour le Plan Régional d'Accès à la Prévention et au soin (PRAPS) pour les plus démunis 2018-2022, inclus dans le Plan Régional de Santé de l'ARS.
- Les bonnes relations avec la PASS locale semblent notamment expliquées par **la présence au sein de l'hôpital d'un bénévole de MdM** qui accompagne la collaboration entre les deux structures et l'orientation des personnes.

A propos de l'importance d'avoir un lieu fixe

« Mais d'avoir un lieu fixe, voilà ne pas faire que de l'orientation, mais avoir un lieu qui permette de connaître les besoins et s'adapter. Parce qu'on parle des PASS, aujourd'hui la problématique par exemple sur les violences faites aux femmes enfin les violences en tous genres et par exemple la santé mentale, ce n'est absolument pas pris en charge par les PASS. » (CR)

« Certains reviennent nous voir pour rendre compte de leur démarche, sur l'AME, sur la CMU. Plutôt les demandes sociales. Pour les autres on les perd de vue. Mais ils reviennent quand ils sont un peu perdus. On est une référence dans leur parcours. Comme s'il y avait un balisage de l'itinéraire. Quand ils sont un peu perdus ils peuvent revenir. » (RM)

A propos de l'importance de l'inconditionnalité pour répondre aux besoins des personnes victimes de l'errance

« Les gens viennent avec une multitude de problématiques. Je ne vais pas m'attarder sur les raisons matérielles : l'absence de ressources qui est commun à tous les publics que l'on reçoit. Le point commun de tous c'est de ne pas travailler. Les ressources sont assez basses. Je dirai que la problématique c'est l'errance. L'errance mais pas l'errance au sens SDF. Le manque de sens dans les circuits. Donc je dis ça parce que mon boulot, ce que j'essaie de faire avec les gens à travers cet outil de couverture maladie, d'accès au soin, c'est de transformer l'errance en circulation. Les gens vont d'un endroit à un autre [...]. C'est l'errance qui caractérise les personnes que l'on reçoit. Ne pas pouvoir facilement comprendre les choses. Ne pas trouver des lieux facilement où il peut y avoir une aide au niveau du sens de ce qu'il leur arrive. Des réponses qui sont données. Même les services sociaux c'est devenu très compliqué. Je les appelle les « pas-nous pas-nous » les services sociaux de secteur. La première chose qui est réfléchie quand quelqu'un arrive dans un service comme ça, c'est je trouve très très très courant "est-ce que c'est bien à nous de nous en occuper". Horrible quoi. C'est pour ça qu'on travaille sur ça au CASO à Toulouse, sur l'accueil inconditionnel. Quelqu'un à une demande à faire, au moins qu'il puisse la faire. C'est ça l'accueil. » (AS)

A propos des bénévoles MdM qui travaillent auprès des dispositifs du droit commun

« On a des personnes, des bénévoles Médecins du Monde qui sont au CEGID, à la HALTE SANTÉ, à la PASS donc en fait, on est tout le temps en contact avec ces dispositifs-là et on est hyper reconnu comme acteur dans le champ sanitaire et social, après on a été à l'initiative d'un paquet de dispositifs en fait. » (CR)

6. Principaux effets du plaidoyer sur la période récente (1/2)

Sur la veille et l'alerte quant aux dysfonctionnements de la CPAM

« Les mineurs qui étaient déboutés dans un premier temps de leur minorité devaient déposer ensuite des demandes qui n'étaient prises en charge par l'aide sociale à l'enfance et devaient ensuite demander l'AME. Sauf que la CPAM ici avait mis en place une pratique qui est illégale de demander trois mois de présence sur le territoire, or en principe voilà il y a une décision du Conseil d'État, il y a un certain nombre de textes qui disent que cette condition n'est pas demandée aux mineurs. Bon voilà on a fait en sorte de pouvoir se rapprocher des collectifs qui travaillent avec les mineurs, on a reçu plusieurs mineurs pour faire avec eux des dossiers AME, on a reçu, on a collecté des preuves de la demande qui était faite par les agents de la CPAM, de cette présence de trois mois. On a pris rendez-vous avec le directeur, on est arrivé avec le texte loi, les courriers, etc., et il a fait marche arrière en disant qu'effectivement ce n'était pas normal et qu'il allait s'assurer que ça ne serait plus une pratique de ses agents. On continue à suivre un peu l'évolution et on voit qu'effectivement le blocage s'est levé. » (CR)

Sur l'accès à la ligne urgence précarité de la CPAM

« J'ai la chance d'avoir accès à la ligne urgence précarité de la CPAM. Qui est un service qui normalement est fait pour les soignants. On a demandé à la CPAM avec quelques partenaires, avec la FAS, de pouvoir bénéficier de ce service. Ils n'ont pas voulu que tous les adhérents de la FAS aient accès à ce service. La FAS a fait des choix. Même l'hôpital a très peu accès à ce service. Cela a mis un an pour que la CPAM autorise cet accès. On ne l'avait pas demandé. On ne connaissait pas du tout l'existence de ce dispositif. Donc on n'a pas mis un an à négocier l'accès à ce dispositif. On a mis un an à les convaincre que ce n'était pas possible de travailler avec le 36 46. A les rencontrer. C'est eux qui nous ont fait la proposition d'accéder à ce service. On a un travail à faire au niveau de l'humanisation des situations qui sont traitées dans des bureaux par personnes qui ne voient pas les usagers. » (AS)

- Le CASO de TOULOUSE occupe une **place de premier ordre au sein de l'écosystème local** d'accès aux droits et au soin. Son expertise et ses équipes sont reconnues par l'ensemble des partenaires et des collectifs inter-associatifs au sein desquels le CASO joue un **rôle moteur**.
- Les équipes du CASO et de la délégation semblent aussi avoir joué un rôle moteur dans la constitution d'un **plaidoyer inter associatif afin de prévenir une pratique jugée abusive de la CPAM** à l'encontre des mineurs déboutés de leur reconnaissance de minorité. Ce plaidoyer a conduit à l'abandon de cette pratique par les agents de la CPAM.
- Les équipes du CASO ont aussi pris part à un plaidoyer animé par la FAS **pour ré-humaniser les parcours usager auprès de la CPAM** et ouvrir une voie alternative au 36 46. Ce plaidoyer a débouché sur l'accès offert à MdM et certains adhérents de la FAS à la ligne urgence précarité de la CPAM.

6. Principaux effets du plaidoyer sur la période récente (2/2)

Contribution à de nombreuses expérimentations

- A Toulouse, les équipes du CASO sont difficiles à dissocier de celles de la délégation Médecins du Monde en général. 2 salariés sur 3 et de nombreux bénévoles partagent leur engagement entre plusieurs missions de MdM localement et ont participé notamment à l'expérimentation de plusieurs dispositifs, aujourd'hui entrés dans le droit commun. Cette **approche expérimentale semble être constitutive de l'approche de plaidoyer** que déploie MdM à Toulouse.
- Ce plaidoyer commun (CASO et délégation) semble **avoir contribué à la mise en place de la Plateforme Santé Précarité**, chargée de coordonner les actions d'aller-vers à destination des habitants des squats et des bidonvilles.

« Il faut savoir juste, c'est une petite parenthèse, mais en fait la délégation MdM à Toulouse a été l'initiative de la création d'énormément de dispositifs innovants, notamment les lits halte soins santé, la HALTE SANTÉ. Ce sont des dispositifs qui ont été mis en place par Médecins du Monde, des bénévoles de Médecins du Monde, les maraudes médicalisées enfin le panier social, par exemple les EMS c'est une émanation des maraudes de Médecins du Monde, la PASS évidemment voilà c'est l'émanation du CASO, voilà il y a énormément. » [...] « En fait c'est vraiment d'avoir des projets pilotes qui ensuite permettent de montrer que ça fonctionne et la même chose sur la création de la plateforme santé précarité, qui a pour objectif de coordonner l'action des acteurs du champ médico-social sur les squats et les bidonvilles. » (CR)

Mise en place de la plateforme Santé Précarité

« C'est quelque chose qui est fait depuis la mission bidonvilles, depuis quatre ans, ce sont les équipes MdM qui sont allées voir le CLAT, les PMI (des acteurs de santé institutionnelle) pour les faire venir sur les terrains des bidonvilles, et c'est au bout d'un moment ce qui a fait que l'ARS a dit, bon ça fonctionne : il y a une adhésion des publics, de ces publics-là voilà, aux actions de santé donc nous allons financer un poste qui va effectivement, plusieurs postes qui vont faire de l'aller vers sur ces sites-là. » (CR)

7. Les facteurs clés de succès du plaidoyer (1/2)

A propos des données collectées

« Donc pour moi faire du plaidoyer en étant uniquement un lieu d'orientation ou faire du plaidoyer si on n'avait pas ce dispositif, c'est un peu comme faire du plaidoyer sur le public des grands précaires à la rue, si on n'a pas de maraude, je suis désolée, on n'a rien appris. On peut collecter des informations d'autres, mais dans ces cas-là c'est du relais d'informations, du relais de données qui viennent d'autres associations, mais on n'a pas du coup de discours propre à tenir et de plaidoyer propre à tenir sur la santé des personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement, à la rue, si on n'a pas des bénévoles ici présents qui font remonter ça ; et c'est pour ça que j'en reviens toujours à soigner et témoigner. » (CR)

A propos de l'importance d'avoir un lieu fixe

« Ce qui nous donne aussi une voix, au niveau des pouvoirs publics que ce soit Mairie ou Préfecture, mais aussi évidemment au niveau l'ARS. On ne serait pas entendu de la même manière si on n'avait pas ce dispositif et on n'aurait pas accès aux mêmes informations sur les publics si on n'avait pas ce dispositif » (CR)

« Donc c'est vrai qu'il y a aussi un impact CASO sur la délégation. Et c'est vachement important parce que finalement ça nous permet de mener d'autres combats qui ne sont pas spécifiquement liés au CASO, mais qui nous donnent une assise, qui nous donnent lieu, qui font qu'on est identifié par les pouvoirs publics, par les partenaires. Et ça change tout vraiment. C'est vrai que pour ne pas regarder seulement l'impact du CASO par rapport à un système de santé, il faut aussi regarder l'impact du CASO par rapport à la vie interne de Médecins du Monde. Et du coup, des enjeux de devenir une ONG de référence, changer et faire bouger les lignes, voilà. Je veux dire, on peut le faire quand on a ce genre de capacité aussi sur place, c'est plus compliqué à faire quand on n'en a pas. » (CR)

A propos de l'expérimentation comme relai de plaidoyer

« Donc il faut toujours en passer par une phase de mise en œuvre qui doit être évidemment plus ou moins longue, qui doit surtout être étayé avec des données, des témoignages si possible et en parallèle faire ce travail de partenariat en espérant que ça marche. En fait c'est vraiment d'avoir des projets pilotes qui ensuite permettent de montrer que ça fonctionne » (CR)

« On va pas se leurrer, c'est un peu une réplique de médecins qui avaient vu ce qui se faisait à Bordeaux et qui, en discutant, ont vu le bénéfice qu'on pouvait en retirer sur le plan médical. Les conséquences sur le mieux-être des personnes accueillies. Donc c'est une expérience qui avait lieu sur Bordeaux et qui a été apportée à Toulouse. » (RM)

- **Etre en mesure de documenter les besoins des personnes accueillies et de structurer un plaidoyer à partir des données collectées** serait, selon l'équipe, le premier déterminant du succès du plaidoyer du CASO de Toulouse.
- Au-delà de cette capacité de collecte de données, **appuyer le plaidoyer sur un lieu fixe et identifié** semble être selon les équipes une condition sine qua non pour inscrire les activités et l'expertise de l'association dans la durée et en faire un acteur pertinent et crédible dans ses différentes prises de parole.
- Pour l'équipe du CASO de Toulouse, le **recours à l'expérimentation comme levier de plaidoyer** est une approche qui a fait ses preuves et permis d'introduire de réels changements dans l'écosystème local de l'accès aux droits et au soin, via l'institutionnalisation des dispositifs expérimentalement mis au point par le CASO et le autres équipes de la délégation.
- Cette démarche d'expérimentation peut s'appuyer sur des innovations conçues au CASO, mais aussi consister en la **déclinaison à Toulouse d'expérimentations menées ailleurs** par d'autres acteurs ou d'autres projets de MdM : il en va ainsi des ASL qui s'inspirent d'un format mis en place à Bordeaux.

La « galaxie MdM » comme relai d'influence majeur

- Un dernier facteur clé de succès du plaidoyer mené par les équipes du CASO de TOULOUSE semble être **l'appui que celui-ci peut trouver auprès de l'ensemble des personnes qui constituent les réseaux bénévoles de l'association** ainsi que celles qui y ont pris part à un moment ou un autre et conservent avec elle des liens forts. A Toulouse, Médecins du Monde a été à l'initiative de plusieurs dispositifs aujourd'hui intégrés au droit commun. Les équipes de ces dispositifs, anciens bénévoles MdM ou bénévoles toujours actifs, entretiennent des relations régulières avec le CASO et offrent des relais d'influence de première importance auprès de ses différentes cibles de plaidoyer et partenaires.
- L'équipe du CASO se trouve par suite investie d'une mission tacite **d'animer et continuer à mobiliser ce réseau** pour en assurer la pérennité.

« Donc on a beaucoup de liens : il faut dire qu'un lien réel assez acté, filial presque, existe entre Médecins du Monde ici et les partenaires locaux. Et après on fait partie de tous les collectifs qui existent. Il y a un collectif qui s'appelle CIAT, collectif inter associations Toulouse qui réunit un certain nombre d'associations qui travaillent au sujet de la grande précarité, c'est une de nos bénévoles qui est responsables de nos actions sur la rue qui est responsable de ce collectif donc voilà. » (CR)

« Il y a beaucoup de dispositifs en fait qui ont émané d'action portée par Médecins du Monde et donc on a encore beaucoup de personnes qui ont porté ces actions, qui sont aujourd'hui dans les différents dispositifs. On a des personnes, des bénévoles Médecins du Monde qui sont au CEGID, à la HALTE SANTÉ, à la PASS donc en fait, on est tout le temps en contact avec ces dispositifs-là et on est hyper reconnu comme acteur dans le champ sanitaire et social, après on a été à l'initiative d'un paquet de dispositifs en fait. » (CR)

"Geneviève MOLINA qui est responsable du CASO. C'est quelqu'un qui est extrêmement connue dans le milieu associatif, extrêmement militante qui travaille à la HALTE SAINTÉ, qui travaille au CEGID. » (CR)

« Claude [Claude Vié, AS du CASO. NDLR] c'est pareil, c'est vraiment un peu la référence sur le travail social et en particulier tout ce qui est migrant européen et demandeur d'asile. Elle a piloté pendant plusieurs années la Commission Droit d'Asile sur Toulouse. » (CR)

« On a toujours entretenu des liens entre personnes travaillant sur les différentes structures et entre les partenaires. C'est MdM qui fait le lien entre partenaires. C'est les psychologues qui travaillent au CASO qui assuraient le lien entre les différents psychologues qui travaillent sur la ville de Toulouse, qui allaient les faire se rencontrer. On est le maillon manquant. L'aiguillon et le maillon manquant à travers les bénévoles, les personnes. Un peu rustine. » (RM)

3.8

Observations CASO de Nantes et Angers

Regard sur la fermeture de CASO



CASO de Nantes et Angers

1.Motifs de la fermeture

Nantes

- La fermeture du CASO en 2016 est décrite comme un **processus naturel ou logique résultant d'une évolution jugée satisfaisante du droit commun**. La fermeture ne participe pas directement du plaidoyer.
- Le CASO a été fermé à la suite d'une période prolongée où **les activités de soin se révélaient de moins en moins fondamentales** du fait d'une montée en capacité et en accessibilité des dispositifs de droit commun et d'une évolution de la file active vers des publics jugés peu prioritaires (visa touristique) ou nécessitant un accompagnement plus spécifique (MNA). Au regard de ces évolutions, les équipes locales ont pris la décision d'arrêter les activités de soin, de proposer des activités d'orientation sous de nouvelles formes et de **réallouer les ressources sur des programmes jugés plus prioritaires**.

« La PASS fonctionnait bien et il n'y avait finalement plus beaucoup de demandes qui relevaient de notre intervention... ce qui fait qu'en 2016, au moment de notre revue de mission, il y avait une satisfaction partagée sur le droit commun. Alors la question est venue de continuer ou pas l'action de soin? C'est un peu caricatural mais ceux qui en bénéficiaient encore étaient principalement des visas touristiques. La réflexion c'était : qui n'a pas accès au soin à Nantes aujourd'hui? Et la réponse : ce sont des gens, soit qui ont un visa touristique soit qui ont des droits potentiels et ne les connaissent pas et il faut juste les orienter... Alors est-ce qu'il ne vaut pas mieux les orienter directement à la PASS, et qu'ils prennent directement rendez-vous pour un titre de séjour étranger malade sans que ça passe par un CASO? Et puis à la même époque il y avait une arrivée assez importante des mineurs non accompagnés sur le territoire, et donc il y avait d'autres besoins et on ne pouvait pas tout faire. On a donc jugé plus opportun de démarrer un nouveau programme MNA que de faire perdurer une activité qui ne semblait plus fondamentale dans le paysage nantais avec tous les dispositifs de droit commun existants. » (CR & CC)

Angers

- La fermeture du CASO en 2016 répond plus directement à **une logique de plaidoyer** et a principalement été décidée à des fins de **pressions sur les dispositifs de droit commun que le CASO ne parvenait pas à faire évoluer autrement**. La fermeture du CASO d'Angers est décrite comme plus conflictuelle que dans le cas de Nantes.
- De nombreuses actions avaient été mises en place pour faire évoluer les pratiques au sein de la PASS (lobbying auprès des chefs de services, mise en place d'un stage Interne Précarité PASS-MdM...) **sans obtenir de résultats satisfaisants**. Les relations avec la PASS restaient **durablement mauvaises** et ne permettaient pas un réel travail commun. La menace de fermeture du CASO n'était par ailleurs **pas toujours prise au sérieux** par les partenaires.

« On avait un contexte assez différent. La PASS n'était pas du tout un dispositif dédié comme à Nantes, avec une consultation pour les personnes en situation de précarité. Il n'y avait que quelques dispositifs spécifiques à l'accueil des urgences du CHU applicables lorsque des personnes en situation de précarité se présentaient. Et donc MdM a toujours trouvé que ce n'était pas suffisant comme approche. » (CR & CC)
« Quand on a dit qu'on allait fermer, ils n'y croyaient pas. Médecins du Monde ça fait 28 ans que vous êtes là.... ils ne nous prenaient pas au sérieux, et ils n'en revenaient pas quand on a dit vraiment c'est terminé. Alors on a entendu des discours très contradictoires. L'assistante sociale disant d'un côté, on a 122 passages par jour aux urgences, ce n'est pas vos 10 patients qui vont nous changer la vie, donc il n'y a aucun problème, vous pouvez fermer votre CASO, on n'en a rien à faire. En revanche la responsable des urgences à l'hôpital disait ça ne va pas être possible si vous fermez, on ne va pas s'en sortir, ça ne va pas, c'est la catastrophe, on a une restriction de personnel, ne faites pas ça. » (CR & CC)

CASO de Nantes et Angers

2.Préparation et mise en œuvre de la fermeture

Nantes

- La fermeture du CASO a été opérée en deux temps, avec un premier temps d'arrêt des consultations médicales, puis **une période de fonctionnement en CAO de 8-10 mois** avant la fermeture définitive du centre.
- Au cours de cette période, la **fréquentation du centre a progressivement diminué** à mesure que l'arrêt des soins était connu des publics en situation de précarité sur le territoire.
- Cette phase s'est également caractérisée par un **« essoufflement » progressif de l'assiduité et de l'engagement des bénévoles.**

« On a fonctionné en CAO pendant un temps. On a arrêté les consultations médicales le 31 janvier 2016, et on a arrêté l'activité complètement le 31 octobre de cette même année - donc dix mois sans consultation médicale, et uniquement dans de l'orientation. Les médecins pouvaient être dans l'accueil aussi bien que des accueillants traditionnels. Mais ils pouvaient juste réorienter vers la PASS ou trouver un médecin de ville. En tous cas au fur et à mesure des mois, il y avait quand même de moins en moins de fréquentations. Comme les Médecins n'étaient plus présents pour faire des consultations médicales, il n'y avait pas forcément une approche, il y avait de moins en moins de personnes qui venaient....donc l'équipe bénévole s'essouffait aussi. Dans les dernières semaines, il n'y avait qu'une ou deux personnes qui venaient pour l'accueil, ça devenait compliqué... » (CR & CC)

Angers

- La fermeture du CASO a été réalisée via **une réduction contrôlée et progressive des créneaux d'ouverture** dans la semaine ainsi que de l'activité de soin. Malgré un contexte relationnel difficile, les équipes de la PASS ont été **informées régulièrement de ces évolutions** afin de pouvoir les anticiper.
- En plus de cette information de la PASS, les équipes soulignent l'importance du travail de **communication à propos de la fermeture auprès des partenaires de l'action sociale** sur le territoire : insuffisamment informés, plusieurs d'entre eux ont continué (voire continuent encore) à orienter des bénéficiaires vers le lieu du CASO.

« On avait commencé par leur dire qu'on allait fermer pendant deux mois l'été. Préparez-vous à avoir un peu plus de monde. Puis on a poursuivi notre activité, mais en la réduisant au fur et à mesure. On est descendu à trois demi-journées par semaine, puis deux, puis une seule. On leur disait pour qu'ils puissent se rendre compte et monter en charge. » (CR & CC)

« Une des choses qui me surprend, c'est qu'on peut encore être interpellés par des partenaires aussi bien institutionnels qu'associatifs et citoyens, sur le fait qu'ils pensent qu'on encore un CASO. Et la question que je me pose, c'est à quelle échéance tout le monde aura bien enregistré qu'il n'y a plus de CASO ? Il y a encore cette idée qu'on est encore dans la consultation, de l'accueil, etc... » (CR & CC)

« A Angers c'est plutôt bras de fer, à Nantes c'était plutôt fusionnel et bonne entente entre la PASS et nous. Les deux stratégies peuvent fonctionner. Le bras de fer ou l'amitié. » (CR & CC)

CASO de Nantes et Angers

3.Effets de la fermeture sur l'écosystème

Nantes

- Depuis la fermeture du CASO, les équipes MdM constatent **une dégradation progressive des conditions d'accès au soin des personnes en situation de précarité** sur le territoire nantais, notamment du fait d'une augmentation de ces publics et d'une relative stagnation des capacités de prise en charge du droit commun.
- Un symptôme de ces besoins non-traités est **l'ouverture de nouvelles structures d'orientation et de soin par des associations du territoire**, qui reprennent le positionnement et le mode de fonctionnement de l'ancien CASO – ce indépendamment de MdM.
- L'équipe MdM explique être **très régulièrement sollicitée pour développer de nouvelles actions de soin en direction des publics précaires** – notamment dans le cadre de dispositifs mobiles.

« L'accès au soin à Nantes aujourd'hui pour les personnes en situation de précarité il n'est pas extraordinaire. Ce n'est pas du tout satisfaisant, rouvrir un CASO, on ne pense pas du tout à ça, on aurait vraiment l'impression d'un retour en arrière. Mais en tout cas, il y a une augmentation forte du nombre de personnes en situation de précarité sur Nantes, notamment la population migrante. Donc ça ne donne pas des perspectives très joyeuses. » (CR & CC)

« Sur la délégation tout le monde est à 100 % droit commun donc rotation, fermeture, transfert, c'est quelque chose qui est porté. Mais en même temps, on est tous percuté et y compris les bénévoles parce qu'on voit des partenaires qui sont en train de remettre en place des structures de type CASO à Angers, comme à Nantes. Ces associations vont même s'approprier le discours du Médecins du Monde en disant : nous sommes temporaires, on va développer le droit commun. Ils n'appellent pas ça un CASO, mais c'est vraiment ça. » (CR & CC)

Angers

- Depuis la fermeture du CASO, les équipes MdM constatent **une augmentation progressive des capacités de la PASS ainsi qu'une structuration et une amélioration de ses pratiques**. L'ensemble des besoins n'est cependant pas couvert sur le territoire : c'est ce qu'illustre l'ouverture de nouveaux programmes associatifs.
- Du fait des modalités de fermetures, les équipes MdM expliquent avoir **en grande partie perdu les liens existants auparavant avec la PASS**, et ne plus avoir de collaboration formelle avec elle.
- Malgré une compréhension de ses motifs, la fermeture du CASO semble avoir été mal perçue par certains partenaires de MdM au sein des collectifs d'acteurs associatifs, et avoir en partie **entamé la légitimité de MdM dans ces groupes**.

« L'équipe dit quand même qu'il y a des choses qui ont bien évolué. La PASS continue à évoluer, se structurer, et à se spécialiser sur un accueil dédié et adapté aux populations en situation de précarités. Ils cheminent là-dessus...ce qu'ils n'auraient pas fait s'il n'avait pas la fermeture du CASO. » (CR & CC)

« Il n'y a plus de lien avec les équipes de la PASS parce que je dirais ça ne s'est pas passé dans un contexte très décontracté dès le départ. On continue à avoir un regard grâce à un interne qui est sur place et qui est encadré par un médecin responsable de mission chez nous, mais c'est juste un regard. Officiellement en tout cas, il n'y a pas de collaboration qui s'est poursuivie. » (CR & CC)

- La fermeture du CASO de Nantes a eu pour impact **une diminution de la précision et du volume de données collectées** sur les problématiques d'accès aux droits et au soin des publics précaires. L'équipe de Médecins du Monde explique a présent s'appuyer également sur les données collectées par d'autres partenaires pour étayer ses actions de plaidoyer.
- La fermeture du CASO de Nantes ne semble **pas avoir fortement impacté la légitimité de MdM auprès de ses partenaires et cibles de plaidoyer ni sa capacité à être entendu**. Les autres programmes portés auprès des personnes en situation de précarité permettent de maintenir la légitimité et l'image d'engagement de terrain de l'association.
- Le **rôle de MdM dans les coalitions de cause commune semble cependant avoir évolué** d'une posture généraliste (santé des précaires) vers une posture plus spécialiste (étayée par les programmes spécifiques en cours). Dans le cas d'Angers, une remise en question du leadership de MdM dans ces collectifs a pu être constatée ponctuellement.

« C'est l'ensemble des activités de Médecins du Monde qui permettent de faire un plaidoyer. C'est sûr qu'on a moins de connaissances fines des difficultés d'accéder au droit commun. Aujourd'hui c'est plus avec les partenaires qui auront repris notre activité qu'on va pouvoir avoir une bonne vision. Enfin pour parler des difficultés d'accès et de couverture maladie, c'est sûr que comme on n'est plus dans une posture où on est directement dans des ouvertures de droit, on a un regard qui quand même est moins affûté. Et donc c'est compliqué à tenir aussi pour notre posture chez Médecins du Monde... parce que ça nous change de position dans la coalition de cause, et il faut qu'on soit légitime pour être dans une coalition de cause. Après, tant qu'on a des actions auprès du public, et qu'on a des partenaires avec lesquels on est allié, on a une vision qui n'est pas moins exhaustive : avec le CASO, on ne voyait pas forcément tout non plus! » (CR & CC)

Alsaïce | Aquitaine | Bretagne | Corse | Franche-Comté | Ile-de-France | Languedoc-Roussillon | Lorraine | Midi-Pyrénées | Normandie | Nord-Pas de Calais | Océan Indien | Poitou-Charentes | Provence-Alpes-Côte d'Azur | Rhône-Alpes | Pays-de-la-Loire

Nantes, le 21 octobre 2016

Objet : fermeture du CASO/CAOA de Médecins du Monde Nantes

Bonjour,

Après 30 années de fonctionnement, le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde ferme ses portes le 31 octobre 2016.

Pourquoi cette fermeture ? La loi contre les exclusions de 1998 a permis d'instaurer les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au sein des CHU, une Couverture Maladie Universelle et la création de l'Aide Médicale Etat. Cette loi devait permettre de rendre possible l'accès aux soins des populations en situation de précarité. La mise en œuvre de ces dispositifs sur notre territoire a eu pour heureuse conséquence dès le début des années 2000 de fortement réduire l'activité de notre centre. Médecins du Monde est une association humanitaire qui ne doit pas se substituer au droit commun, ni s'institutionnaliser, et qui se doit de toujours innover, de rester en alerte sur les nouvelles problématiques émergentes et d'expérimenter des modalités d'intervention nouvelles pour qu'elles soient ensuite reprises par des institutions ou autres associations.

De nouveaux besoins émergent actuellement à Nantes et il nous faut y faire face. D'autres programmes de Médecins du Monde restent en veille sur les questions d'accès aux soins (programme médiation bidonvilles, programme travail du sexe et nouveau programme Migrations, Droits et Santé). Un programme expérimental en milieu carcéral est également développé.

1998, c'est loin, pourquoi ne pas avoir fermé plus tôt ?

Les CASO sont les premières actions menées par Médecins du Monde en France en 1986 et en tant qu'activité historique fondatrice, la décision a été d'autant plus longue à mûrir.

Les équipes ont souhaité rester en observation des formes de précarité et des difficultés d'accès aux soins. A partir de leur pratique, elles ont pu par exemple dans les années 2005 se rendre compte de la nécessité de la mise en place d'un lieu de prise en charge du psychotrauma des personnes migrantes et ainsi développer une consultation avec des professionnelles formées à la transculturalité pendant 8 ans, jusqu'à la création appelée de nos vœux du Centre Ressource de Clinique Transculturale du CHU de Nantes en 2014.

Au final, cette décision est le fruit d'une réflexion d'équipe, soutenue par la délégation Pays de la Loire de Médecins du Monde et le Conseil d'Administration de Médecins du Monde. Elle est réalisée à partir d'une analyse globale de nos pratiques menée sur l'année 2015 lors d'une revue complète du programme. Les constats étaient que les personnes n'ayant pas de couverture maladie pouvaient avoir accès aux soins à la PASS, consultation Jean Guillon du CHU de Nantes, et les personnes disposant d'une couverture maladie pouvaient se faire soigner par les médecins de ville. Le fait de proposer une consultation médicale au CASO pouvait risquer de « désinsérer » le patient du parcours de soin avec son médecin traitant habituel. Restaient les personnes sous visa touristique pour lesquels l'accès aux soins est possible mais payant. Il ne nous a pas semblé pertinent de maintenir notre activité pour répondre à ces besoins. En revanche, nous militons pour un accès à la PASS des personnes sous visa Schengen et en grande précarité.

CASO de Nantes et Angers

3.Effets de la fermeture sur les bénévoles

Nantes

- La fermeture du CASO a eu pour effet **le départ de nombreux bénévoles** hors de Médecins du Monde. Les bénévoles qui n'ont pas quitté l'association se sont largement **réorientés vers d'autres programmes existants sur le territoire**. Cette réorientation a nécessité un **important travail d'accompagnement** des bénévoles – notamment pour les aider dans l'adoption d'une nouvelle posture (qui n'est plus celle du soin).

« Pour Nantes, il y a beaucoup de bénévoles qui sont partis. D'autres sont partis en fait de l'ancien CASO sur le programme bidonville aussi, il y a certains qui sont partis et qui sont venus dans d'autres programmes mineurs. Donc c'était pas mal parce qu'il y avait une action directement dans laquelle ils pouvaient se réinvestir, ce n'était pas le cas effectivement sur Angers. Et sachant qu'il y a eu un gros travail d'accompagnement des bénévoles parce que même en se redéployant sur les programmes il n'y avait plus de soins donc il fallait travailler sur voilà sur d'autres postures de bénévole. » (CR & CC)

« Ce n'est pas simple parce qu'effectivement notamment pour les bénévoles qui sont confrontés à cet arrêt du soin, c'est tout un accompagnement aussi sur le positionnement de Médecins du Monde. Et effectivement sur le travail de plaidoyer qu'on continue à mener et ça nécessite aussi une évolution du coup dans la pratique des bénévolats aussi – plus tournée vers le plaidoyer et moins vers l'action de terrain. » (CR & CC)

Angers

- Une **majorité des bénévoles a quitté l'association** à la suite de la fermeture du CASO. Le groupe de bénévoles du CASO ne s'est cependant **pas totalement dissout** après la fermeture et continue aujourd'hui à se réunir afin de définir de nouvelles actions. Nos interlocuteurs expliquent que ce groupe reste cependant trop peu sollicité.
- Au niveau du territoire, la fermeture du CASO impacte également **le type de bénévoles que MdM est en capacité d'attirer et de recruter**. Les personnes souhaitant réaliser des activités de soins semblent moins attirées, au profit de bénévoles arrivant avec des motivations différentes.

« Le CASO a été fermé et ça a été douloureux pour les bénévoles, donc beaucoup sont partis. C'était une équipe de plus d'une trentaine de bénévoles et environ vingt sont partis. Donc il n'y a rien eu depuis trois ans mais environ 8-10 bénévoles ont continué à venir tous les mois et à recruter des nouveaux, et à réfléchir à ce qu'ils pourraient faire, sans avoir non plus beaucoup de moyens et personne sur place pour les aider au quotidien. Donc voilà ils ont envie de continuer en tout cas d'exister, à faire des choses pour Médecins du Monde. Ils ont toujours répondu présents et qui voilà aimeraient bien développer une action, mais qui se cherchent un petit peu. » (CR & CC)

« Ça veut dire aussi qu'on recrute des bénévoles avec d'autres profils et puis que pour les anciens certains se sont partis ou évoluent en fait dans leur pratique et leur volonté d'investissement et de militant au sein de Médecins du Monde. Voilà et c'est vrai que ça aussi on a beaucoup de gens, au départ, qui contactent Médecins du Monde pour faire du soin, alors si on en fait plus, forcément, ça impacte aussi les modalités et la capacité à recruter. Après il y a aussi des gens de plus en plus en voie qui sont intéressés pour faire autre chose que du médical donc voilà ça nous fait recruter des bénévoles différents. » (CR & CC)



4

Résultats



4.1

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : action des CASO et accès aux droits et au soin des personnes accueillies



Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : action des CASO et accès aux droits et au soin des personnes accueillies

1

Quels sont les principaux BESOINS des personnes accueillies?

Le travail réalisé dans le cadre de l'étude à propos des besoins des personnes accueillies au sein des CASO a été mené comme un complément qualitatif aux données quantitatives plus exhaustives collectées et analysées dans le cadre de l'Observatoire. La présente étude permet principalement de mettre en avant le ressenti des parties prenantes de MdM-F à propos de ces besoins – et principalement des équipes locales.

Concernant les personnes accueillies (en très large majorité étrangers migrants ou exilés)

- **LA REASSURANCE PLUS QUE LE SOIN MEDICAL.** Selon les perceptions des bénévoles et salariés interrogés, les besoins des personnes accueillies en CASO concernent très souvent – voire parfois majoritairement – un besoin de réassurance et de soutien psychosocial et non uniquement un besoin de soin médical.
- **UNE PERCEPTION D'AGGRAVATION.** Dans plusieurs territoires étudiés, le ressenti des bénévoles, salariés et parfois parties prenantes est celui d'une aggravation et d'une complexification de la situation sociale et sanitaire des personnes accueillies. Indépendamment de la réalité et/ou de l'explication de cette aggravation, l'étude semble indiquer que la difficulté technique et émotionnelle de la prise en charge s'accroît dans certains territoires – amenant à des problématiques nouvelles dans la gestion des équipes (turnover des salariés et bénévoles, exposition psychologique et soutien nécessaire des membres des équipes).
- **LA SANTE OU L'ERRANCE : VERS UNE APPREHENSION DES DETERMINANTS DE LA SANTE.** L'étude fait ressortir de nombreux cas où la santé reste un besoin perçu comme secondaire ou non-prioritaire par les personnes accueillies. Les équipes des différents CASO sollicités indiquent ainsi qu'une appréhension élargie des besoins des personnes est nécessaire (i.e. non limitée à la santé). L'étude invite à une prise en compte accrue des différents déterminants de la santé : le concept d'errance est ainsi apparu à plusieurs reprises pour traduire l'incapacité des personnes à diagnostiquer leur situation et leurs besoins, à formaliser puis mener à bien un parcours d'accès aux droits et au soin.

Concernant la situation des dispositifs de droit commun

- **LE SOUS DIMENSIONNEMENT DU DROIT COMMUN.** L'ensemble des données collectées auprès des territoires et des parties prenantes nationales confirment le diagnostic de sous-dimensionnement et de saturation des dispositifs de droit commun. En fonction des implantations locales, cette observation peut concerner soit des spécialités ou parcours de soin spécifique, soit l'ensemble de l'offre de soin du territoire. Dans certains territoires, c'est également la notoriété insuffisante des PASS qui semble poser problème.
- **LA REPRESENTATION NEGATIVE DES PUBLICS PRECAIRES.** Au-delà de la situation objective du droit et des dispositifs existants (PASS, Médecine de Ville..), les équipes et parties prenantes soulignent le rôle déterminant des représentations négatives dont font l'objet les personnes étrangères dans leurs difficultés d'accès aux droits et au soin. Nos interlocuteurs expliquent que ce sont ces représentations négatives qui amènent à des décisions individuelles (ex. celles d'agents du droit commun) discriminatoires ou contraires aux droits. La représentation des migrants constitue l'un des axes de plaidoyer encouragé par les salariés et bénévoles interrogés.
- **LA SELECTIVITE CROISSANTE DU DROIT COMMUN.** Une perception largement partagée au sein des équipes des CASO est que le sous-dimensionnement des dispositifs de droit commun et la représentation négative des publics précaires amènent à une sélectivité croissante dans ces dispositifs : les équipes expliquent que la prise en charge par le droit commun est de plus en plus conditionnée à un cumul de vulnérabilités. Les bénévoles et salariés interrogés encouragent souvent à la mise en avant de ce phénomène.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : action des CASO et accès aux droits et au soin des personnes accueillies

2

Quelles sont les
INITIATIVES et
INNOVATIONS
mises en place par
les CASO en
réponses à ces
besoins?

L'étude conduit à mettre en avant plusieurs initiatives ou innovations mises en place au cours de la période récente par les différents CASO. Ces initiatives constituent des pistes d'évolution de l'activité que la réflexion stratégique du programme pourra prendre en compte.

- **LES FORMATS COLLECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT.** Certains CASO mettent en avant le développement d'actions d'accompagnement collectifs des bénéficiaires, répondant à un diagnostic d'inadaptation des dispositifs de droit commun existants aux habitudes pratiques et culturelles des migrants et personnes en situation de grande précarité. En lien avec ces initiatives, on peut souligner les démarches de nombreux CASO visant à favoriser « l'empowerment » des personnes accueillies (ex. Nice, Grenoble, Toulouse).
- **L'ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE.** Certains CASO mettent en avant le renforcement de l'accompagnement physique des bénéficiaires dans les structures de droit commun grâce à l'appui de bénévoles dits « volants » - pratique permettant à la fois une facilitation des parcours individuels et une sensibilisation des acteurs du droit commun (ex. Rouen).
- **L'ACCOMPAGNEMENT JURIDIQUE :** Certains CASO mettent en avant le développement d'une activité d'accompagnement juridique des personnes accueillies via 1) la constitution et l'animation d'un réseau d'avocats volontaires pour orienter et – le cas échéant – conseiller les usagers dans leurs recours juridiques ou bien via 2) un appui des usagers dans leur démarche de contentieux (cas avéré et documenté de refus de soins par exemple). Dans certains cas, la CASO a également participé à la mise en place d'une action de contentieux collectifs des personnes en précarité (ex. Bordeaux, Saint-Denis).
- **LES ACTIVITES DE PREVENTION.** Certains CASO mettent en avant le développement de pratiques de prévention renforcée – notamment autour des thématiques de contraception et de santé sexuelle et reproductive. Dans certains cas, ces pratiques de prévention sont réalisées malgré l'absence de cadre réglementaire, i.e. avant que des réglementations n'aient été définies à ce propos par la puissance publique (ex. Rouen).
- **LES ACTIONS DE SANTE MENTALE.** Devant la connaissance et la prise en compte accrue des besoins de santé mentale, certains CASO mettent en avant le développement de solutions de soins psychologiques à destination des personnes accueillies – via la mobilisation de psychologues et psychiatres bénévoles (ex. Saint-Denis).
- **LA MISE EN PLACE DE PROTOCOLES INFIRMIERS SPECIFIQUES.** L'étude conduit enfin à mettre en avant l'élaboration et le déploiement de protocoles IDE de pratiques avancées par certains CASO (ex. Grenoble).

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : action des CASO et accès aux droits et au soin des personnes accueillies

3

Quels sont
les EFFETS
de ces
actions sur
les
personnes
accueillies?

- **SOUTIEN PSYCHOSOCIAL.** Les données de l'étude confirment invariablement la capacité des CASO à amener un soutien psychosocial aux personnes accueillies (ressenti d'écoute, d'accueil, d'empathie, d'humanité, de chaleur, d'attention, de prise en charge, de lien social). Elles confirment par ailleurs la pertinence des modalités d'accueil des CASO qui apparaissent parmi les mieux adaptées aux besoins et contraintes induits par les situations de précarité. Elles permettent également de confirmer que les CASO constituent très souvent un lieu ressource et/ou un point de repère (souvent le premier point de contact) pour les publics accueillis qui contribue, même ponctuellement, à la réduction du sentiment de stress, d'incertitude, de détresse ou d'anxiété.
- **ACCÈS A L'INFORMATION & FORMALISATION DES PARCOURS.** L'étude confirme l'efficacité des CASO en termes de diagnostic de la situation des personnes accueillies, en termes d'information approfondie et pédagogique de ces personnes et en termes de formalisation des parcours d'accès aux droits et au soin. Très souvent, les données montrent que cet apport d'information concerne un périmètre sensiblement plus large que le strict registre médical et administratif - recouvrant également différents déterminants de la santé (alimentation, hébergement, prévention des violences...). L'accès aux informations et dispositifs de prévention constitue par ailleurs un effet amplement confirmé dans la plupart des territoires de l'étude.
- **ORIENTATION VERS LE DROIT COMMUN.** Les objectifs des CASO en termes d'orientation des personnes accueillies (comprise au sens de transfert) vers le droit commun apparaissent globalement atteints, bien qu'à des degrés différents en fonction de la nature médicale ou sociale du parcours. L'orientation dans les parcours médicaux semble ainsi globalement efficace : on observe peu de retour des personnes accueillies en premier lieu avec des besoins médicaux. Les soins de santé mentale constituent une exception à cette observation et se démarquent par leur propension à fidéliser les patients au sein du CASO. L'efficacité de l'orientation dans les parcours sociaux ou administratifs apparaît en revanche plus mitigée. Des cas de bénéficiaires faisant l'objet d'un suivi régulier, voire personnalisé, dans leurs démarches sociales ont été observés dans la plupart des CASO étudiés. Cette observation semble d'abord pouvoir être expliquée par la nature complexe et la durée des démarches concernées. L'atteinte d'effets réels en termes d'autonomisation des personnes dans leur parcours de soin reste discutée en fonction des CASO étudiés – et notamment en fonction de la propension de chacun à permettre ou organiser la répétition des visites.
- **L'ACCÈS EFFECTIF EN QUESTION.** Les données disponibles n'ont pas permis de proposer de conclusion robuste sur les effets en termes d'accès effectif au soin et aux droits dans des structures adaptées à l'issue de l'orientation par les CASO. Certains dispositifs ou partenariats locaux (ex. CPAM pour les droits à Rouen) proposent des suivis partiels à ce sujet qui n'ont cependant pas pu être généralisés. Les effets de l'activité des CASO en termes d'accès effectif au soin des personnes accueillies apparaissent par ailleurs très largement dépendant du niveau de développement et/ou de saturation des dispositifs locaux de droit commun.
- **LA QUALITÉ EN QUESTION.** La qualité des soins reçus par les personnes accueillies apparaît comme un sujet complexe tant du fait de l'absence de données que des différentes acceptions possibles de la notion de qualité. Les modalités de consultation mises en place au sein des CASO se distinguent globalement par une meilleure qualité - au sens d'une meilleure adaptation aux besoins des personnes en situation de précarité - que dans les dispositifs de droit commun (durée accrue, interprétariat, prise en compte globale de la situation et des déterminants de la santé...). La qualité des diagnostics et des actes médicaux exercés – au sens de leur pertinence et de leur efficacité - n'a en revanche pas pu être vérifiée dans le cadre de l'étude. La difficulté à proposer une formation régulière aux médecins bénévoles a été souvent soulignée dans le cadre de l'étude, notamment par les Coordinateurs, RM et référents médicaux bénévoles.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : action des CASO et accès aux droits et au soin des personnes accueillies

4

Quels sont les
facteurs
DETERMINANTS
l'atteinte de ces
effets?

- **ACCUEIL INCONDITIONNEL & ADAPTÉ.** Le premier facteur déterminant la capacité des CASO à favoriser l'accès aux droits et au soin des personnes en situation de précarité semble être l'adaptation des modalités d'accueil pratiquées aux situations et caractéristiques des personnes accueillies. L'importance de l'interprétariat, de la flexibilité de l'accueil (sans rendez-vous dans plusieurs CASO) et de la pluridisciplinarité des CASO est ainsi largement confirmée : ces différents éléments contribuent à positionner le CASO comme un lieu repère ou un lieu ressources. Au-delà de ces éléments, on note que plusieurs pistes d'approfondissement relatives à une adaptation accrue de l'accueil aux personnes émergent de l'étude : on pense notamment au recrutement de « bénévoles pairs » pouvant apporter un soutien psycho-social spécifique, ainsi qu'à l'exploitation des complémentarités entre le lieu du CASO et les différentes actions « d'aller-vers » portées dans le cadre des autres programmes (ex. Squats, Bidonvilles...). L'importance d'un lieu d'accueil fixe pour l'accueil des personnes est très largement soulignée comme facteur déterminant des effets de l'accompagnement.
- **ENTRÉE SANTÉ & PERSPECTIVE DU SOIN.** Bien que le soin médical ne constitue pas nécessairement le cœur de l'accompagnement effectivement proposé aux personnes accueillies en CASO – ni d'ailleurs, d'après les membres des équipes CASO interrogés, un besoin systématique parmi les bénéficiaires - les données de terrain confirment que la perspective du soin semble jouer un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes accueillies. Elle constitue d'abord un motif pour se rendre dans les CASO ou y être orienté par d'autres structures de l'accompagnement des personnes en précarité. Elle constitue ensuite – et surtout- un prétexte pour engager un diagnostic approfondi de la situation des personnes et identifier ses différents besoins.
- **SUIVI LORSQUE NECESSAIRE.** A l'encontre de certains principes d'intervention énoncés par Médecins du Monde, le suivi du bénéficiaire (à savoir une prise en charge à plusieurs reprises au sein du CASO) semble constituer un facteur important pour permettre l'accès effectif aux droits ou à la santé de certaines personnes accompagnées. Cette observation est particulièrement prégnante dans le cas de certains besoins de soin (ex. santé mentale), de certains publics (ex. MNA) et de certains types de démarches administratives (ex. procédure Dublin).
- **PARTENAIRES SOIGNANTS OU FACILITATEURS.** Dans de nombreux cas individuels décrits par les équipes des CASO, l'accès effectif aux droits ou au soin a été obtenu ou facilité grâce à l'appui du réseau de partenariats ou de relations individuelles entretenus entre les équipes du CASO et les autres acteurs du territoire – que ce soit en termes d'accès aux droits (ex. avocats, commissariats...), en termes d'accès au soin (ex. médecins libéraux, radiologues, échographes, laboratoires d'analyse acceptant de prendre un charge bénévolement un volume défini de patients en précarité) ou même en termes d'accès à des biens ou services de première nécessité (notamment hébergement). On note qu'une large partie de ces partenariats semblent fonctionner sur un mode informel – notamment à la demande des partenaires concernés. L'étude amène donc à souligner l'importance de la diversité des partenariats (permettant d'apporter des réponses aux différents besoins des bénéficiaires) et l'importance du réseau individuel des salariés et bénévoles des CASO, mais met ce-faisant en lumière le point de tension qui existe entre le maintien de « passe-droits » permettant un accès au soin individuels pour les personnes accompagnées et le plaidoyer pour l'inclusion de l'ensemble des populations précaires dans les dispositifs de droit commun.
- **FORMATION ET SENSIBILISATION DES SOIGNANTS.** Les équipes salariées et bénévoles des CASO pointent régulièrement un frein humain à l'accès au soin – en lien avec la réticence, l'absence de sensibilisation et de préparation des personnels soignants des dispositifs de droit commun à la prise en charge des publics en situation de précarité. Plusieurs cas observés dans l'étude indiquent l'efficacité de long terme des actions de formation et de sensibilisation des soignants partenaires – et du réseau de long terme ainsi constitué.

Illustration

L'accompagnement physique des personnes accueillies

Modalité d'accompagnement longuement mise en avant par les équipes du CASO de ROUEN, l'accompagnement physique des bénéficiaires apparaît comme une initiative susceptible d'apporter des effets variés – touchant aussi bien à l'accès effectif aux droits et au soin des personnes accompagnées qu'à la collecte de donnée sur les freins rencontrés par les publics précaires ou encore à la capacité de sensibilisation de leurs interlocuteurs dans le droit commun.

Une tâche jugée ingrate pour (ou par) les bénévoles

« L'objectif avec le développement des accompagnements physiques est de commencer à instaurer un suivi et puis aussi constater si les personnes sont bien reçues. Mais on a un peu du mal à mobiliser les bénévoles pour faire de l'accompagnement physique. C'est hyper ingrat comme tâche. C'est-à-dire j'attends à l'accueil et puis dès qu'il y a un besoin, j'accompagne la personne : il n'y a pas forcément tant de bénévoles qui ont envie de faire ça. » (Salarié)

Une opportunité d'échanger avec les bénéficiaires et d'identifier les dysfonctionnements et freins rencontrés

« Il ne s'agit pas que de s'assurer que la personne est prise en charge dans la structure, c'est aussi l'occasion de discuter avec la personne d'autres choses en rapport à ses besoins ou sa santé, et dans un contexte un peu différent du CASO, parce que c'est sur le trajet... Et une fois dans les structures, c'est une vraie opportunité d'observer et de repérer des dysfonctionnements potentiels. On se rend aussi bien mieux compte de ce qui se passe, et notamment des stigmatisations que rencontrent les bénéficiaires, malheureusement... » (Bénévole)

Une occasion de pédagogie auprès des acteurs du droit commun

« Un réflexe qu'on voit c'est que les professionnels ne s'adressent toujours qu'à l'accompagnateur en se disant que c'est lui qui va savoir et que c'est plus simple comme ça que de s'adresser directement à la personne qui ne parle pas forcément français, etc.. Et c'est hyper intéressant ces moments d'entretien parce que c'est là que tu peux passer des messages. Par exemple en termes d'accessibilité de l'info, quand la personne à l'accueil enchaîne les questions avec des jargons très techniques, et ne prend pas du tout le temps d'explicitier les mots, tu peux voir le bénéficiaire se décomposer en direct. Alors tu la regardes et tu demandes, « Tu comprends ? » « Non ». Alors tu te mets en retrait et tu demandes à la personne de recommencer, de façon à que les questions - ne serait-ce que dans le regard - soit menées avec la personne concernée et non pas avec l'accompagnateur. Il y a une vraie posture de pédagogie à avoir sur les personnes, et on essaie de l'insuffler à nos bénévoles volants, qu'ils la déploient un peu... » (Salariée)

« Une fois j'avais accompagné une travailleuse du sexe roumaine, au niveau de l'accueil et cette bénéficiaire s'exprimait un peu mal en français. Tu sentais vraiment l'agacement de la personne à l'accueil à répéter les questions, à ne pas faire d'effort et avoir des propos pas très sympas à l'égard de la personne. Parce que du coup, je me suis permise à un moment donné de lui dire « excusez-moi, mais du coup, elle ne comprend pas très bien le français. Peut-être que vous devriez plus prendre le temps » - enfin sans non plus lui rentrer dedans. Mais du coup, à la fin, elle a complètement changé de posture... » (Salariée)

Illustration

Le développement d'activités collectives d'accompagnement psychosocial

A Nice, à Grenoble et à Toulouse, les équipes des CASO font toutes le constat d'une insuffisance des dispositifs de droit commun dans le champ de la santé mentale et d'une inadéquation de l'offre de consultation psychologique individuelle traditionnellement proposée par les CASO. Ces trois CASO ont mis au point des formats collectifs d'accompagnement psychosocial qui sous des dénominations et des modalités pratiques diverses cherchent à produire un même faisceau d'effets : autonomiser les personnes dans leur parcours de soin, renforcer leur connaissance du système de soins français, responsabiliser les personnes, favoriser le lien social et l'échange d'expérience entre pairs, apporter un soutien psychologique.

TOULOUSE : une activité sociolinguistique aux multiples bénéfices

« Mais pour être honnête, ce sont des actions qui sont très, très positives qui sont hyper bénéfiques à la fois pour les bénévoles en termes de dynamique bénévole, j'entends pour la délégation. Et évidemment pour les gens. » « Ces ateliers, ce ne sont pas des ateliers de français, mais ils travaillent sur tout ce qui tourne autour du domaine de la santé, comment se rendre chez le médecin ? Le vocabulaire autour du domaine de la santé, identifier les lieux pour aller faire les différentes démarches voilà donc on est vraiment sur rendre ces personnes plus autonomes, avoir accès aux droits, et avoir accès au soin et ça provoque aussi un sentiment de bien-être et de valorisation qu'on a peut-être plus de mal à retrouver quand on est dans une relation médecin patient. » (CR, TOULOUSE)

NICE : Prendre un café et parler de santé, prétexte pour apporter un soutien psychologique mutuel

« Au départ on avait fait une grande table [...] Et en fait, on s'est rendu compte que les quelques jours où on l'a fait, il y en a un qui tient le crachoir. [...] Et puis une autre fois, on a disposé les tables différemment. On a mis des petites tables. Et finalement, ce qui fait c'est que ce sont plus des entretiens individuels qui se font sur plusieurs tables pendant l'accueil café. Alors là c'est évident, c'est un lieu de parole. Il ne s'est pas passé un matin sans qu'il n'y ait pas quelqu'un qui se mette à fondre en larmes. C'est un espace un peu privilégié. C'est un espace d'écoute un peu privilégié, où il y a du temps. On leur dit, on est là aussi. On les invite à prendre du café pour pouvoir parler de votre santé. Mais pas que, si vous avez envie de parler d'autres choses, vous parlez d'autres choses. » (CC NICE)

GRENOBLE : Aller plus loin que la consultation de psychologie individuelle et proposer une offre de premier recours en accompagnement psychosocial

« A cette époque-là, on se rendait bien compte que notre offre de prise en charge en soutien de la santé mentale, c'était uniquement un contact individuel avec une psychologue, mais en plus dans une organisation qui ne correspondait pas, ni à notre mode de fonctionnement, ni vraiment à la réalité des personnes puisque c'était des permanences sur rendez-vous, parfois avec des délais pouvant aller jusqu'à 3 semaines, un mois, on reproduisait un peu le fonctionnement d'un CMP tout en le dénonçant par ailleurs et qu'en plus, de toute façon, même si c'était pertinent de le faire comme ça, on n'avait pas assez de bénévoles et de possibilités d'intégrer des personnes pour répondre plus largement à la couverture des besoins. Donc on s'est dit finalement, cette approche en groupe, elle permettra au moins de toucher, d'atteindre un plus grand nombre de personnes sur une première approche, sur une offre de premier recours, quitte à ce qu'on s'organise après, soit en interne, soit avec des relais extérieurs pour organiser l'offre de deuxième recours qui sera plus de l'ordre du contact individuel et du soutien un peu plus individuel. On s'appuyait sur la thérapie communautaire, parce qu'on avait des ressources en local pour le mettre en place rapidement. » (CC GRENOBLE)

4.2

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaidoyer des CASO et évolution des politiques et pratiques de santé



Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaider des CASO et évolution des dispositifs de droit commun

5

Quelles sont les principales
THEMATIQUES
de plaidoyer local
des CASO ?

L'étude conduit tout d'abord à distinguer deux principaux objectifs du plaidoyer local des CASO : l'un portant sur l'application effective du droit et l'autre sur le développement de nouveaux dispositifs de droit commun.

- **INTERPELLATION ET APPLICATION EFFECTIVE DU DROIT.** L'étude montre que de nombreuses actions de plaidoyer local portées par les CASO ont pour principal objectif de faire appliquer les textes régissant l'accès aux droits et au soin des personnes vulnérables et de prévenir certaines pratiques mises en place par certains acteurs (CPAM, PADA, Département, Cabinets de médecine libérale, etc..), qui entravent de fait leur accès aux droits et au soin.
- **DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX DISPOSITIFS.** L'étude fait par ailleurs ressortir de nombreuses actions de plaidoyer local ayant pour principal objectif le développement de nouveaux dispositifs d'accès aux droits et au soin – notamment via l'institutionnalisation de dispositifs associatifs existants (ex. PASS de ville, ouverture d'une ligne budgétaire dédiée auprès de l'ARS), via la promotion d'expérimentations permettant une amélioration de la prise en charge (ex. plateforme d'interprétariat, médiation sociale ou sanitaire en ambulatoire, activités collectives de soutien psychosocial), ou encore via la réplique de dispositifs ayant fait leurs preuves ailleurs (ex. LHSS, LAM, PASS dentaire, PASS de ville).

L'étude montre ensuite que ces deux objectifs sont déclinés en thématiques de plaidoyer locales variées dans les CASO principalement en fonction des publics accueillis et des caractéristiques des dispositifs de droit commun sur les territoires.

- **PLAIDOYER PAR PUBLIC SPECIFIQUE.** L'étude fait notamment apparaître des actions de plaidoyer portant sur les Mineurs Non Accompagnés (ex. Rouen) - axés sur la reconnaissance de la minorité, l'asile, l'accès au dossier médical constitué au cours de l'évaluation de minorité, l'accès à l'éducation et à la formation - et dont les cibles principales sont l'ASE, le département, et les PASS pédiatriques. A la frontière du périmètre de l'étude, des actions de plaidoyer autour des populations Roms et populations résidant en bidonvilles peuvent également être soulignées.
- **PLAIDOYER PAR OFFRE DE SOIN SPECIFIQUE.** L'étude fait notamment ressortir des actions de plaidoyer portant sur la santé sexuelle et reproductive - axées sur l'accès des femmes au suivi gynécologique, le suivi de grossesse et l'accompagnement des jeunes mères - et dont les cibles principales sont les PMI, les PASS Gynécologique, ou encore les cabinets d'échographie et de gynécologie. De même, on observe plusieurs actions de plaidoyer portant sur la santé mentale, axées sur le renforcement de l'accompagnement psychosocial, la prise en charge psychologique et/ou psychiatrique et dont les cibles sont les CMP, EMPP, et PASS Psy. On note enfin des actions portant sur la prévention, axées sur l'accès au dépistage et à la prévention (ex. cancer du col de l'utérus) et dont les cibles sont le CLAT ou le CEGIDD.
- **PLAIDOYER SUR LES DETERMINANTS DE LA SANTE.** Dans certains cas, l'étude fait enfin apparaître des thématiques de plaidoyer plus large portant sur les déterminants de la santé. De nombreux CASO s'associent ainsi aux collectifs inter-associatifs de leur territoire pour porter un plaidoyer sur l'accès à l'hébergement et au logement (ex. Rouen), sur les représentations des personnes en situation de migration ou de précarité et leur discrimination (ex. Nice, Bordeaux), ou encore sur la prévention des violences qui leur sont faites.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaidoyer des CASO et évolution des dispositifs de droit commun (1/2)

6

Quels sont les
LEVIERS de
plaidoyer
utilisés
localement par
les CASO?

Deux constats généraux ressortent d'abord de l'étude de l'ensemble des CASO étudiés.

- **L'ABSENCE FREQUENTE DE FORMALISATION STRATEGIQUE.** L'étude montre que les stratégies de plaidoyer ne font souvent pas l'objet d'une formalisation explicite dans les CASO au local et que les actions de plaidoyer sont davantage définies en réponse à des urgences qu'à des stratégies clairement élaborées – a plus forte raison dans les contextes locaux les plus en tension. Les contextes sociaux et politiques semblent avoir une influence directe sur l'approche de plaidoyer qui sera privilégiée et sur sa formalisation. Dans un contexte politique jugé hostile ou en cas de saturation des dispositifs médico-sociaux, l'accent semble généralement être mis sur l'application du droit, notamment via le contentieux, l'action juridique et le plaidoyer pour un renforcement des moyens alloués aux dispositifs existants. A contrario, un contexte politique plus favorable et un climat social moins tendu semblent permettre aux CASO de mener des démarches expérimentales plus formalisées et conduire des projets de développement de nouveaux dispositifs. Dans plusieurs CASO, on note enfin que les actions de plaidoyer sont également définies en fonction des compétences, appétences et disponibilités des équipes – et non en fonction de lignes directrices partagées au sein du programme.
- **UNE COLLECTE ET UNE ANALYSE DE DONNÉES DECRITE COMME INSUFFISAMMENT AMBITIEUSE.** L'étude confirme que l'ensemble des CASO contribuent à la documentation des besoins et de la situation médico-sociale des personnes au moment de leur accueil en CASO – contribuant ainsi à étayer un plaidoyer sur leurs besoins de prise en charge. De nombreux interlocuteurs dans les CASO estiment cependant que la collecte de données pourrait encore mieux servir le plaidoyer si elle portait également sur le suivi des parcours et du devenir des personnes après leur orientation par le CASO. Les contraintes d'outils et de ressources limitant ce travail sont cependant largement soulignées par ces mêmes interlocuteurs.

L'étude permet ensuite de documenter les différents leviers de plaidoyer local mis en œuvre par les équipes CASO en fonction de la diversité des contextes locaux et des objectifs poursuivis. Lorsque l'objectif poursuivi est celui de l'application du droit, on observe ainsi des démarches de plaidoyer reposant souvent sur le processus suivant :

1. **DOCUMENTATION DES DYSFONCTIONNEMENTS.** Le premier levier invariablement utilisé par l'ensemble des CASO interrogés consiste en la documentation des dysfonctionnements des dispositifs de droit commun dans la prise en charge des publics précaires. Ce travail s'appuie toujours sur la collecte de données via le DPI, mais est souvent enrichie d'une collecte de données ad hoc auprès des usagers (courriers de refus, témoignages, demandes de pièces injustifiées ; ex Nice, Toulouse, Grenoble)
2. **INTERPELLATION ET ALERTE.** Le second levier observé dans la totalité des actions visant à l'application du droit est celui de l'interpellation des acteurs du droit commun (ARS, PASS, CNAM...) sous différentes formes (courrier au Conseil Départemental de l'Isère, Affiches dénonçant les pratiques de la CPAM à Toulouse, rencontres avec les décideurs). Ces actions sont observées aussi bien dans le cadre d'une initiative isolée du CASO que dans le cadre d'initiatives collectives. (ex Saint-Denis)
3. **CONTENTIEUX & JURISPRUDENCE.** En fonction de l'efficacité des interpellations et alertes, certains CASO peuvent aussi mettre en œuvre des actions juridiques (DAHO à Saint-Denis en appui d'un collectif structuré au sein d'un squat, Refus de soins des cabinets libéraux à Grenoble). Les données ne confirment globalement pas de tendance à la « judiciarisation » du plaidoyer – plusieurs CASO étudiés n'ayant pas eu recours à ce levier sur la période récente.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaider des CASO et évolution des dispositifs de droit commun (2/2)

6

Quels sont les
LEVIERS de
plaider
utilisés
localement par
les CASO?

Par ailleurs, lorsque l'objectif poursuivi est celui du développement de nouveaux dispositifs, on observe des démarches de plaider reposant souvent sur les processus suivants:

- 1. LA DOCUMENTATION APPROFONDIE DES BESOINS.** Le premier levier de plaider utilisé est celui d'une documentation approfondie de la situation des personnes en précarité sur le territoire local à propos du sujet spécifiquement ciblé. Différents travaux menés par les CASO étudiés ont ainsi permis d'apporter des éclairages complémentaires aux données collectées via le DPI (accueil de doctorants et étudiants, et recrutement de stagiaires) et de mieux étayer le développement de dispositifs (ex. Nantes, Bordeaux, Grenoble).
- 2. LA PREFIGURATION DE SOLUTIONS DE DROIT COMMUN.** Sur la base du diagnostic des besoins, certains CASO étudiés ont préfiguré une solution de droit commun adaptée aux besoins locaux, en ont proposé un dimensionnement et en ont décrit les porteurs potentiels (ex. dispositif de santé mentale au CHU de Nantes, plateforme d'outillage des Médecins de Ville à Bordeaux ...). En fonction des cas, ce travail peut reposer soit sur une définition *ex nihilo* du dispositif (expérimentation) soit la reprise de dispositifs ayant montré leur pertinence dans d'autres territoires d'implantation de MdM. Ce projet de dispositif est généralement coconstruit avec les partenaires concernés et constitue un socle aux actions de plaider suivantes.
- 3. LA SENSIBILISATION, LA MOBILISATION ET LA PREPARATION DES ACTEURS AUTOUR DU PROJET DE DISPOSITIFS.** Sur la base du projet de dispositif, les équipes CASO étudiées ont mis en place de nombreuses actions visant à préparer le lancement du projet imaginé - tant en termes opérationnels (mobilisation des acteurs) qu'en termes techniques (formation des soignants) ou encore financiers (obtention d'un financement). L'expérience préalable du CASO dans la prise en charge du public ou de la pathologie concernée est mobilisée ici en support à la préparation des acteurs du droit commun – notamment dans le cadre d'un transfert de compétences. (ex. Réseau REMEDES à Toulouse).
- 4. LA FERMETURE PROGRESSIVE DES CONSULTATIONS SPECIALISEES.** En lien plus ou moins direct avec les actions décrites précédemment, l'étude fait ressortir la fermeture de consultations de soins bucco-dentaires, de gynécologie, d'ophtalmologie, de pédiatrie qui avaient pu être proposées auparavant dans les CASO afin de maintenir une pression sur le développement des solutions de droit commun (Ex. Grenoble, Nice).

Un constat transverse doit enfin être souligné au regard des données de l'étude.

- **LA DIFFICILE ORGANISATION DU PLAIDOYER.** Bien que ne relevant pas directement des questions posées dans le cadre de l'étude, il semble important de souligner la difficile organisation et structuration du plaider dans plusieurs CASO étudiés. Les difficultés rencontrées touchent notamment à l'organisation matérielle du plaider (constitution de groupes ayant les compétences nécessaires, ex. Saint-Denis), à la mobilisation des bénévoles dans le plaider (ex. Rouen, Grenoble, Toulouse), et aux modalités d'appui proposées par le siège.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaider des CASO et évolution des pratiques et politiques de santé

7

Quels sont les EFFETS de ce plaider sur les politiques et pratiques de santé locales?

- **INFLUENCE MEDIATIQUE ET POLITIQUE LOCALE AUTOUR DES THEMATIQUES DE PRECARITE.** Bien que peu mis en avant dans les entretiens réalisés, l'un des effets objectifs des actions de plaider de certains CASO semble être la reconnaissance et l'audience dont les équipes bénéficient sur leur territoire autour des thématiques de santé des populations précaires – et parfois autour du sujet plus large de la précarité. Dans les CASO concernés, cette reconnaissance se concrétise notamment par un accès direct aux médias ou élus locaux et par la capacité à faire relayer des positions ou éléments de langage de l'association dans les discours politiques ou médiatiques. Cet effet direct des actions de plaider constitue une condition pour l'atteinte des effets ci-dessous. (ex. Contributions presses de Saint-Denis...)
- **AMELIORATION CONTINUE DES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN EXISTANTS.** Le premier effet mis en avant par les partenaires interrogés (PASS, ARS, CPAM, Collectivités...) concerne l'identification de dysfonctionnements, de discriminations et/ou de situations contraires aux droits théoriques dans le cadre de leurs activités de prise en charge des personnes en situation de précarité - et la formulation d'alertes visant à les résoudre. Ces alertes sont décrites comme « utiles » ou « précieuses » par les parties prenantes interrogées et l'étude fait apparaître plusieurs exemples d'amélioration ou de correction des activités à la suite d'une interpellation par l'équipe CASO (Ex. Grenoble, Toulouse). Il importe de souligner que ces alertes, interpellations et recommandations ne se concrétisent pas de la même façon en fonction de l'état de développement et de saturation des dispositifs de droit commun dans les territoires concernés.
- **INGENIERIE DE NOUVEAUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN.** Le type d'effet le plus souvent mis en avant par les équipes CASO concerne l'obtention d'évolutions opérationnelles, techniques ou organisationnelles des dispositifs de droit commun (ex. ouverture d'une PASS dentaire, développement d'activités nouvelles par un CCAS, mise en place de dispositif de soins psychologiques ou psychiatriques, mise en place de solutions d'interprétariat, mise en place d'hébergement pendant l'examen de minorité...). Dans la plupart des cas étudiés, l'effet de l'action des équipes CASO se traduit en termes d'ingénierie (ou d'appui à l'ingénierie) des dispositifs de droit commun, selon un processus en quatre étapes : 1) documentation et diagnostic du besoin 2) préfiguration de la solution avec les acteurs concernés 3) préparation opérationnelle des acteurs et 4) pressions collectives pour emporter la décision de financement ou de mise en œuvre. La contribution décisive des équipes CASO est régulièrement reconnue par les parties prenantes interrogées. En fonction des cas, elle peut concerner l'initiation du processus, l'animation du processus, la constitution et l'animation des coalitions de cause commune et enfin la préfiguration technique des dispositifs à mettre en place. (ex. Plateforme Médecine de Ville à Bordeaux, consultations Psy au CHU de Nantes, réseau REMEDES à Toulouse...)
- *NB. La plupart des actions étant menées dans le cadre d'actions collective, il importe de souligner que les parties prenantes externes interrogées reconnaissent généralement une contribution spécifique à l'action collective et à l'atteinte des objectifs poursuivis – soit du fait d'une forme de leadership dans les collectifs en question, soit du fait de l'apport d'expertise et de technicité.*

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaider des CASO et évolution politiques et pratiques de santé

8

Quels sont les
facteurs
DETERMINANTS
l'atteinte de ces
effets? (1/2)

L'étude de cas multiples permet de mettre en évidence plusieurs facteurs déterminant le succès des actions de plaidoyer local des CASO. Ces facteurs sont résumés ci-dessous en vue de la réflexion stratégique du programme CASO. NB. Ces facteurs clés sont issus des observations réalisées auprès d'une majorité des CASO étudiés: ils peuvent se révéler plus ou moins pertinents en fonction des situations locales –notamment dans les contextes locaux de saturation des dispositifs de droits commun.

Légitimité des équipes CASO

- **PRODUCTION DE DONNEES.** Les parties prenantes soulignent de façon récurrente l'importance des données et du travail de veille des CASO à la fois en termes de documentation des besoins des populations précaires et en termes de dysfonctionnements des dispositifs d'accès aux droits et au soin sur leur territoire. Ces données constituent le socle sur lequel est construite chaque action de plaidoyer suivie d'effets observée dans le cadre de l'étude. Au-delà de l'élargissement du périmètre de données collectées, l'étude fait également ressortir l'idée d'une nécessaire adaptation (ciblage) des données collectées et analysées par les CASO locaux en fonction de leur plaidoyer spécifique – dans le sens d'un « *moins mais mieux* ».
- **FIGURE DU MEDECIN.** Deux éléments symboliques apparaissent également de façon récurrente dans les retours des parties prenantes : la figure du médecin d'abord, l'historique de Médecins du Monde, ensuite. Ces éléments semblent contribuer fortement à l'ascendant, la différenciation et la légitimité des équipes CASO dans leurs interactions avec leur parties prenantes locales.
- **ACTIVITE DE SOIN.** L'étude confirme que l'activité de soin réalisée sur le territoire et la mise en avant du caractère « anormal » ou « scandaleux » de sa réalisation par le CASO constitue à la fois un facteur de légitimité et un levier de pression sur les parties prenantes cibles de plaidoyer. Au-delà de sa portée symbolique, la réalisation effective d'une activité de soin contribue également à la construction d'une expertise empirique autour de la prise en charge des personnes en situation de précarité.
- **IMPLICATION ET/OU LEADERSHIP DANS LES COLLECTIFS INTERASSOCIATIFS.** L'étude confirme l'importance de l'implication des équipes CASO dans les collectifs d'acteurs consacrés à la santé et la prise en charge des publics en situation de précarité – en ce sens que la plupart des succès semblent avoir été obtenus dans le cadre de (ou avec l'aide) d'un collectif. L'étude fait également ressortir un potentiel spécifique de MdM pour assurer un leadership opérationnel (du fait de la présence de salarié) et/ou technique (du fait de l'expertise technique) sur ces collectifs lui permettant de maximiser les effets de son action.

Posture et approche des équipes CASO

- **POSTURE D'EXPERTISE ET DE CONSEIL.** Les parties prenantes mettent systématiquement en avant la pertinence et l'efficacité de la posture d'expertise et de conseil adoptée par les équipes des CASO. Dans leurs retours, cette posture de conseil se concrétise en premier lieu par des interpellations et de recommandations techniques, opérationnelles ou réglementaires. Elle se traduit ensuite par des approches ou contributions « orientées solution » dans laquelle les équipes CASO définissent et proposent des solutions détaillées pour résoudre les difficultés observées sur le terrain (ex. rappel ou explication des réglementations, recommandations d'adaptation, préfiguration de dispositif cible...) sur la base desquels des travaux peuvent être plus facilement engagés. Elle recouvre également une attention portée au « pragmatisme », au « réalisme » et au « ciblage » des préconisations – i.e. à l'interpellation et l'accompagnement des cibles de plaidoyer sur des situations ou actions relevant directement de leur compétence ou de leur capacité réelle. Le soutien du siège aux CASO locaux est souvent souligné comme un facteur important pour l'adoption de cette posture.
- **ABSENCE DE CONFLICTUALITE.** Parallèlement à cette posture d'expertise et de conseil, les parties prenantes interrogées en local soulignent quasi-unaniment la pertinence et l'efficacité du « militantisme sans confrontation » des CASO pour convaincre. La mise en avant et d'une communauté d'objectifs et d'intérêt entre l'équipe du CASO et ses interlocuteurs dans le droit commun semble ainsi constituer un levier important de réussite du plaidoyer – favorisant notamment l'appropriation des alertes émises par les CASO.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau local : plaidoyer des CASO et évolution politiques et pratiques de santé

8

Quels sont les facteurs
DETERMINANTS
l'atteinte de ces effets?
(2/2)

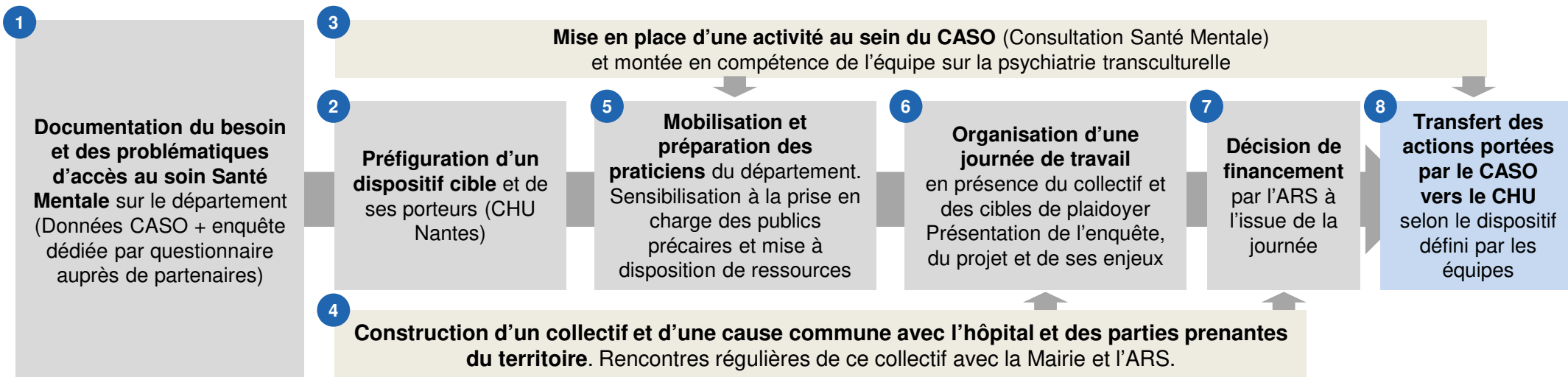
Pistes pouvant être approfondies

- **SUIVI DES ORIENTATIONS.** Le renforcement des capacités de suivi et de production systématique de données sur les parcours des personnes après leur orientation par les CASO constitue un axe de réflexion majeur proposé aussi bien par les équipes internes que les parties prenantes. La capacité à documenter les refus de soin, les étapes et la durée des parcours de soin, le non-respect des droits voire même les coûts des parcours pour les acteurs du droit commun, ou encore les violences et stigmatisations subies par les personnes, semble une condition forte pour le renforcement du plaidoyer actuel et surtout son développement vers de nouvelles thématiques ou en direction de nouveaux acteurs. Ce suivi est proposé aussi bien dans les dispositifs spécialisés (PASS) que dans les structures non spécialisées de la médecine de ville : on souligne qu'il permettrait à la fois d'étayer les effets de l'activité des CASO et d'étayer un plaidoyer plus robuste – répondant ainsi à une double fonction.
- **LA NECESSAIRE ADAPTATION DE CHAQUE CASO A SON CONTEXTE LOCAL.** De façon générale, l'étude tend à confirmer l'importance d'une capacité d'adaptation locale des actions des CASO à la fois au cours du temps et en fonction des spécificités de leur contexte. Après une phase de conquête de droit au niveau national, les principaux succès des CASO sur la période récente semblent pouvoir être mis en évidence au niveau local et résulter d'actions définies au cas par cas par les équipes. Pour maximiser l'impact des CASO en termes d'accès aux droits et au soin des personnes vulnérables, l'étude oriente donc vers une approche territorialisée et agile du modèle des CASO, voire une évolution des rapports entre implantations locales (lieux d'expérimentation) et siège (lieu de capitalisation et de support).
- **LA FERMETURE EN QUESTION.** Tout en soulignant le caractère partiel des données collectées à ce sujet (uniquement deux cas étudiés), on note que la fermeture définitive de CASO et de leur activité de soin ne semble pas s'accompagner d'un renforcement suffisant et durable des dispositifs de droit commun sur les territoires concernés. Les deux exemples étudiés montrent que d'autres dispositifs de soin bénévoles se constituent à court ou moyen terme pour répondre aux besoins des personnes en situation de précarité. Dans les autres territoires étudiés (CASO en activité), la menace de fermeture ou d'arrêt de l'activité de soin est par ailleurs souvent perçue comme « peu crédible » de la part de parties prenantes – qui ignorent parfois le fait que des CASO ont effectivement été fermés. A ce titre, l'efficacité des fermetures comme levier de plaidoyer semble pouvoir être questionnée.
- **LE FINANCEMENT EN QUESTION.** Si certains cas de tension entre MdM et ses partenaires financiers locaux ayant amené l'équipe à des concessions légères sur ses modalités d'intervention (ex. actions de vaccination à Saint-Denis) ont pu être observés dans le cadre de l'étude, l'étude ne permet pas cependant de déterminer pleinement l'influence du financement octroyé par les pouvoirs publics sur la liberté d'action et de ton des CASO.

Illustration

Plaidoyer pour la mise en place d'un dispositif de prise en charge de la santé mentale dans le droit commun (CASO de NANTES)

« On avait entre-temps donc mis en œuvre des consultations. On avait permis à une de nos bénévoles – qui après est devenue vacataire de se faire former à l'hôpital de Bobigny sur la psychiatrie transculturelle. Donc on a développé notre propre pratique ici pour pouvoir témoigner et aider les praticiens de Nantes à se préparer » (CR & CC)



« On a d'abord fait une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des dispositifs concernés du département. Donc des centres d'accueil demandeur d'asile, centre d'hébergement d'insertion sociale, des services hospitaliers, la PASS évidemment. On avait une cinquantaine de réponses de structures diverses et variées autour du besoin, de prise en charge psychologique des populations migrantes. » (CR & CC)

« On a fait un document projet en repartant des besoins recensés par les structures et en précisant les actions à mettre en place – les consultations – et les ressources nécessaires. On a également précisé les besoins de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé mentale sur la possibilité qu'ils ont de prendre en charge des personnes migrantes. Dès le départ, on a aussi identifié un chef de service de psychiatrie du CHU de Nantes qui acceptait de développer des dispositifs pour ces publics-là, mais qui était débordé. » (CR & CC)

« Il y avait une réelle nécessité de développer des sensibilisations et de leur dire, mais si, vous êtes tout à fait dans la capacité de prendre en charge des populations migrantes, il n'y a pas besoin d'avoir fait des études d'anthropologies, de tout connaître sur toute la culture de tous les gens dans le monde pour pouvoir faire un bon travail auprès de ces publics-là. Donc il fallait dédramatiser. » (CR & CC)

« Quand le projet a été à peu près prêt, on a organisé une journée multi partenariale à l'hôpital avec tous les acteurs concernés par la santé des migrants dans le département. Il y avait plus d'une centaine de personnes qui étaient venues : lieu d'accueil des réfugiés, ville de Nantes, CADA, soignants, pédopsychiatres, donc beaucoup d'interventions diverses de variés de témoignages – le tout en présence du chef de service travaillant avec nous et surtout des institutions locales et de l'ARS. » (CR & CC)

« Les institutions impliquées dans la journée étaient quasiment obligées, à un moment donné, de dire qu'elles allaient faire quelque chose. A la fin de la journée la directrice de l'ARS est venue faire sa clôture et a annoncé qu'ils allaient effectivement prendre en charge. Et c'est suite à ça que les financements ont été débloqués. Donc c'est une stratégie qui n'a pas mal payé. ça été déclencheur d'un transfert d'une action de Médecins du Monde vers le CHU et un dispositif créé au sein de l'hôpital. » (CR & CC)

4.3

Réponse aux questions de recherche

Au niveau national : plaider du programme CASO et évolution des politiques et pratiques de santé



Réponse aux questions de recherche

Au niveau national : plaidoyer du programme CASO et évolution des politiques et pratiques de santé en France

9

Quelles sont les principales
THEMATIQUES
de plaidoyer
national du
programme CASO?

10

Quels sont les
LEVIERS de
plaidoyer utilisés
par le programme
CASO?

- **UNE EVOLUTION DU PARADIGME DU PLAIDOYER DANS LA PERIODE RECENTE.** Dans son ensemble, l'étude fait ressortir la transition du plaidoyer du programme CASO d'un paradigme « de conquête » (visant à l'obtention de nouveaux droits) à un paradigme « de protection » (reposant sur la mise en évidence d'écart entre les droits théoriques et les situations effectives, sur la défense des acquis et sur la prévention de la dégradation de la situation des personnes). Cette transition est confirmée par une large majorité des interlocuteurs et semble constituer une clé de lecture importante des actions mises en place et également des effets du plaidoyer sur la période récente. Elle semble en bonne partie expliquée par une dégradation du contexte général d'intervention de MdM-F.
- **COLLECTE DE DONNEES & RAPPORTS DE L'OBSERVATOIRE.** Le premier levier de plaidoyer souligné dans le cadre de l'étude est la collecte et la consolidation de données sur la situation de santé des personnes en situation de précarité en France et sur les problématiques qu'elles rencontrent dans leur parcours d'accès aux droits et au soin. Les retours des parties prenantes nationales confirment le caractère « unique » ou « sans équivalent » des données produites par l'Observatoire sur la situation de santé des personnes et le fait qu'aucun acteur - y compris public- n'est en mesure de produire une veille similaire dans le contexte français. On note ainsi que ce travail contribue à faire du programme CASO un interlocuteur indispensable pour la puissance publique ainsi que pour les autres acteurs associatifs.
- **CONSTITUTION, ANIMATION & PARTICIPATION A DES PLAIDOYERS INTER-ASSOCIATIFS.** Au niveau national, l'étude confirme les activités des équipes CASO dans le cadre de collectifs d'acteurs ou collations de cause commune. On note que ces activités concernent aussi bien les stricts sujets d'accès aux droits et au soin des populations vulnérables que les thématiques plus générales de précarité ou de migration. Le niveau d'implication et de leadership des équipes CASO dans ces collectifs semble varier fortement en fonction des sujets.
- **LOBBYING AUPRES DE DECIDEURS PUBLICS.** L'étude permet également d'observer de nombreux exemples d'actions de lobbying direct auprès des décideurs publics – élus ou interlocuteurs ciblés au sein des administrations. L'étude fait apparaître de nombreux exemples de démarches (rendez-vous, rencontres informelles, échanges téléphoniques, partage d'information....) permettant au programme CASO de promouvoir une position et/ou de réaliser un travail de veille sur les évolutions en cours ou envisagées des pratiques et politiques de santé.
- **PARTICIPATION A L'INGENIERIE DU CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE, ET DES ACTIONS GOUVERNEMENTALE.** L'étude confirme enfin la participation des équipes CASO au national dans la construction de différents textes de lois, et de politiques ou dispositifs de prise en charge des populations précaires.
- **PERCEPTIONS D'UN RETRAIT DE MDM-F.** Certaines données collectées auprès des parties prenantes nationales (publiques et associatives) font parfois apparaître un ressenti de retrait des équipes de Médecins du Monde hors des lieux de décision et de formalisation des décisions sur la période récente. Nous n'observons cependant pas de consensus clair à propos de ce ressenti – qui pourrait s'expliquer soit par un retrait effectif soit par une visibilité insuffisante du travail de plaidoyer au niveau national.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau national : plaidoyer du programme CASO et évolution des politiques et pratiques de santé en France

11

Quels sont les
EFFETS de ce
plaidoyer sur les
politiques et
pratiques de
santés
nationales?

En lien direct avec l'évolution de paradigme de plaidoyer décrit dans les slides précédentes, il semble pertinent de distinguer les effets observés du plaidoyer en fonction qu'ils constituent des conquêtes historiques de nouveaux droits, obtenus depuis le lancement du programme, ou qu'ils relèvent de résultats plus récents du plaidoyer.

- **DANS UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE, LA CONQUETE DE NOUVEAUX DROITS.** Dans le temps long, l'étude confirme la contribution du programme CASO à la conquête de droits nouveaux pour les personnes en situation de précarité. Parmi les victoires notamment attribuées à l'activité des CASO, l'étude fait ainsi ressortir les évolutions autour des PASS, des LHSS, LAM, de la CMU, CMU-C, de la PuMA, ou encore de la domiciliation déclarative...
- **SUR LA PERIODE RECENTE, L'ENTRETIEN D'UN IMPERATIF DE PRISE EN CHARGE.** Sur la période récente, le premier effet du plaidoyer du CASO unanimement souligné par les parties prenantes interrogées se situe au niveau du débat public, politique et médiatique : il concerne le maintien d'une exigence de soin et de prise en charge des personnes en situation de précarité, ainsi que le maintien d'une indignation vis-à-vis des situations contraires aux droits et à la dignité des personnes. Du fait de ses différentes actions, Médecins du Monde est largement décrit comme dépositaire des souffrances et des problématiques de santé des personnes en situation de précarité : cela confère à l'organisation un statut « repère » ou un rôle de « sentinelle » dans le débat politique et médiatique. Les entretiens avec les parties prenantes publics indiquent que le programme CASO fait de MdM un interlocuteur « très écouté » ayant un effet préventif majeur sur la dégradation des droits.
- **SUR LA PERIODE RECENTE, L'INGENIERIE DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE.** En parallèle direct avec les effets du plaidoyer local, les différents partenaires interrogés (notamment DGS, DILPLEJ, Assemblée Nationale, Historique MdM, chercheurs...) soulignent les nombreuses contributions techniques du programme CASO dans l'élaboration des plans d'action gouvernementaux – tant en termes de rédaction des mesures qu'en termes d'allocation des enveloppes budgétaires. Des exemples récents sont mis en avant dans l'étude, notamment dans le cadre du Plan Pauvreté.

Au regard des éléments ci-dessus et de leur comparaison avec les effets du plaidoyer local mis en évidence, l'étude invite aux deux points de réflexion suivants :

- **UN ROLE ACCRU DES ACTIONS DE PLAIDOYER LOCALES?** Au global, l'étude amène à la perception d'un rôle et d'une pertinence accrus du plaidoyer local dans l'accès aux droits et au soin des personnes vulnérables comparativement aux périodes plus anciennes.
- **LA NECESSITE DE REPENSER LE ROLE ET LE(S) SUCCES DU PLAIDOYER NATIONAL?** En lien avec l'évolution du plaidoyer vers une posture de protection, les échanges avec les équipes des CASO font ressortir une forme de « flottement » ou de « doute » autour de l'efficacité du plaidoyer national – qui semble *en partie* explicable 1) par une conceptualisation insuffisante des résultats attendus d'un plaidoyer « de protection » et donc une difficulté à les valoriser et 2) par une communication interne insuffisante autour des plaidoyers menés par le Siège. L'étude invite au développement d'une compréhension ou d'une conceptualisation renouvelée des succès attendus du plaidoyer du programme CASO – notamment autour de l'idée de la prévention de la dégradation des droits. Elle invite également à une réflexion autour de l'articulation entre plaidoyer local et plaidoyer national dans le cadre d'un passage à un paradigme de plaidoyer « de protection » décrit dans la page précédente.

Réponse aux questions de recherche

Au niveau national : plaidoyer du programme CASO et évolution des politiques et pratiques de santé en France

12

Quels sont les
facteurs
DETERMINANTS
l'atteinte de ces
effets?

L'étude permet de mettre en évidence plusieurs facteurs déterminant le succès des actions de plaidoyer national du programme CASO. Ces facteurs sont résumés ci-dessous en vue de la réflexion stratégique du programme CASO.

- **ACTIVITE DE SOINS ET DEPORT DU DROIT COMMUN VERS LES CASO.** Au regard des retours des parties prenantes nationales du programme CASO, la légitimité et l'influence du plaidoyer de l'association semble reposer sur la situation de « scandale » que constitue le déport du droit commun vers les structures associatives des CASO. La « redevabilité » des acteurs du droit commun vis-à-vis du programme CASO est décrite comme un ressort fondamental de l'efficacité du plaidoyer du CASO. Au vu des données collectées dans l'étude, *et toute autre considération mise à part*, l'activité de soin semble devoir être conservée pour préserver le plaidoyer.
- **EXPERTISE TECHNIQUE.** En lien direct avec les observations réalisées auprès des partenaires locaux, les parties prenantes interrogées mettent systématiquement en avant la pertinence et l'efficacité de la posture d'expertise et de conseil adoptée par les équipes des CASO. L'un des facteurs clés de succès du plaidoyer du programme CASO auprès des institutions et acteurs publics semble être son positionnement perçu comme principalement technique. Les quelques cas d'interpellation décrites comme « idéologiques » (ex. AME) recensés par les répondants à l'étude sont ainsi qualifiés de « contreproductifs » ou encore de « surprenants de la part de MdM ».
- **INTRANSIGEANCE MAIS ABSENCE DE CONFLICTUALITE.** L'un des facteurs clés de succès du plaidoyer national du programme CASO semble être le maintien d'une posture d'intransigeance décrite comme « constructive » et exempte de « conflictualité ». Les partenaires interrogés au sein des institutions publiques expliquent que les alertes, interpellations et préconisations sont plus appropriées et prises en compte lorsque formalisées selon une approche de conciliation entre le CASO et les organisations interpellées. Ils soulignent également le fait que le transfert d'informations vers Médecins du Monde et le programme CASO est facilité dans le cadre de relations apaisées avec Médecins du Monde.
- **ANIMATION & SUIVI DES TRAJECTOIRES DES SALARIES ET BENEVOLES DE MDM** (anciens et futurs recrutés). De façon générale, l'étude fait apparaître de nombreux cas où le succès du travail de veille ou d'actions de plaidoyer a été amené par la présence d'un ancien membre de MdM au sein des organisations ou institutions cibles du plaidoyer. De même, on observe également l'intérêt majeur du recrutement de bénévoles issus de ces organisations ou structures du droit commun dans la réussite du plaidoyer. Ces différents éléments invitent à une réflexion aussi bien sur le recrutement de bénévoles ciblés que sur l'animation et le suivi de la communauté de bénévoles ou salariés sortant. L'efficacité du plaidoyer étant dépendante de relations « individuelles » ou « interpersonnelles », il importe également de souligner ce point comme un facteur de risque sur la pérennité de l'influence du programme CASO.
- **CONSTITUTION ET DIFFUSION D'UNE EXPERTISE EN TERMES DE PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNERABLES.** Les retours collectés auprès des différents partenaires publics et institutionnels semblent enfin indiquer la pertinence d'un engagement accru du programme CASO dans la constitution et la diffusion d'un corpus de savoir faire et de pratiques relatives à la prise en charge des personnes en situation de précarité. Les répondants à l'étude encouragent ainsi un développement national de l'accueil d'étudiants et internes en médecine, le développement de programmes de recherches en lien avec les CASO, l'intervention systématique dans les parcours de formation des soignants.

4.4

Enseignements & Perspectives



Enseignements & Perspectives (1/4)

Au regard des résultats de l'étude et des réponses apportées aux différentes questions de recherche, un certain nombre d'enseignements peuvent être identifiés en vue des travaux et échanges internes sur l'évolution du programme CASO. Ces enseignements sont synthétisés ci-dessous sous la forme de **pistes de réflexion** identifiées et **validées par le Comité de Pilotage de l'étude**.

Concernant la **prise en charge des personnes dans les CASO**, l'étude invite d'abord à une réflexion autour de...

1 **Le développement de formats d'accompagnement collectif et de solutions d'empowerment des bénéficiaires**

Plusieurs CASO ont développé des formats d'accompagnement collectif et des solutions d'empowerment dans le but de répondre de manière plus adaptée et efficace aux besoins des personnes accueillies - ce notamment dans le champ de la santé mentale et du renforcement de la capacité à agir. L'étude invite à réfléchir sur ces formats, sur leur pertinence, et sur les possibles échanges d'expérience à favoriser en vue de leur essaimage.

2 **Un renforcement de l'accompagnement des bénévoles** afin de les aider à faire face à la complexité technique et émotionnelle croissante de prise en charge des personnes accueillies

L'étude met en évidence une perception partagée au sein des équipes des CASO : celle de l'aggravation des situations vécues par les personnes accueillies et de leurs conditions de vie en France. Au regard de l'étude, une charge émotionnelle croissante semble en résulter pour les équipes bénévoles et salariées au sein des CASO. Cette charge est susceptible de mettre en jeu leur propre équilibre moral et psychologique et de renforcer le « turn over ». L'étude invite donc à réfléchir sur l'accompagnement à proposer aux équipes afin de faire face à cet enjeu (ex. analyse de pratique).

3 **Un renforcement des interventions dans les parcours de formation initiale et continue des médecins et soignants du droit commun**

Certains CASO ont inscrit dans leur stratégie d'intervention une participation accrue de leur équipe dans les parcours de formation initiale et continue des médecins et soignants du droit commun. L'étude conforte l'intérêt de ces démarches, tant pour favoriser l'accès des personnes accueillies à la médecine de droit commun que pour accroître l'efficacité des actions de plaidoyer. L'étude invite donc à une réflexion sur le renforcement et/ou la généralisation de ces pratiques.

4 **Un assouplissement des principes directeurs de l'association autour de la question du suivi/de l'orientation** afin de permettre un travail plus approfondi sur la mobilisation des personnes et la prise en charge en santé mentale

Au regard de l'étude, certains principes d'intervention des CASO – ceux notamment qui invitent à ne pas assurer de suivi des personnes accueillies - semblent entraver dans certains cas la capacité des équipes à répondre pleinement aux besoins des bénéficiaires : c'est notamment le cas dans le champ de la santé mentale et de certaines procédures administratives. Face à l'accroissement des besoins en santé mentale des personnes accueillies, l'étude invite à mieux prendre en compte ce besoin de suivi dans les principes directeurs partagés au sein du programme. L'étude indique que le suivi des bénéficiaires pourrait par ailleurs contribuer à renforcer certains plaidoyers.

Enseignements & Perspectives (2/4)

Concernant le **plaidoyer local porté par les projets CASO**, l'étude invite ensuite à une réflexion autour de...

5

Des actions visant à une notoriété accrue des fermetures de CASO
afin de renforcer le poids et la crédibilité des menaces de fermeture

L'étude a montré que certaines parties prenantes au local ne « prenaient pas au sérieux » la perspective d'une fermeture des CASO et que d'autres parties prenantes au national ignoraient même que certains CASO avaient effectivement fermé. L'étude a par ailleurs mis en évidence un manque de documentation des conséquences sanitaires et sociales de la fermeture des CASO sur les territoires concernés. Ces observations remettent en question l'utilisation des menaces de fermeture comme arguments de plaidoyer. L'étude invite donc 1) à enrichir le retour d'expérience des fermetures passées en vue d'une meilleure documentation des impacts de ces fermetures sur les personnes vulnérables et sur les dispositifs de droits commun et 2) à une communication renforcée autour des cas de fermetures (par exemple via la diffusion d'argumentaires « clés en main » aux CASO).

6

Le développement de nouvelles offres d'appui par le siège, visant à favoriser l'adoption d'une posture technique et de conseil par les CASO en local

L'étude met en lumière l'intérêt d'adopter une posture d'appui technique et de conseil dans le cadre des actions de plaidoyer local auprès des parties prenantes publiques et du droit commun. Pour renforcer cette posture, les équipes locales interrogées dans le cadre de l'étude partagent un besoin d'appui technique du siège autour des approches de conseil et de plaidoyer. L'étude invite à approfondir cette question et à préciser la nature et les modalités que pourrait prendre cet accompagnement technique renforcé du siège envers les CASO.

7

Une marge de manœuvre accrue des CASO dans la définition des stratégies locales de collecte de données à visée de plaidoyer local

L'étude montre que la collecte de données uniformisée via le DPI ne permet pas pleinement d'étayer les plaidoyers spécifiques des différents CASO – et qu'une production d'informations plus spécifiques serait parfois nécessaire pour le développement d'arguments ciblés auprès des parties prenantes publiques locales et de droit commun. L'étude invite donc à réfléchir à l'articulation entre plaidoyer local et plaidoyer national et aux modalités de collecte de données ciblées susceptibles d'être mises en place au local. La piste de recueil de données ciblées est notamment mise en avant par les membres du COPIL de l'étude.

Enseignements & Perspectives (3/4)

Concernant le **plaidoyer national porté par le programme CASO**, l'étude invite enfin à une réflexion autour de...

8

La mise en place d'outils et processus de collecte de données sur les parcours des bénéficiaires après orientation

La documentation des parcours des personnes accueillies *après leur orientation* vers le droit commun ressort nettement de l'étude comme un élément prioritaire pour renforcer l'efficacité des plaidoyers locaux et nationaux. Un suivi des parcours permettrait en effet de mieux documenter les différents obstacles auxquels les bénéficiaires peuvent faire face (discrimination, refus de soin, durée des parcours...). Les équipes des CASO considèrent unanimement que le plaidoyer local des CASO et le plaidoyer du programme au national s'en trouveraient renforcés. L'étude invite donc à s'emparer du sujet et réfléchir à des modalités concrètes pour collecter ce type de données.

9

Une nouvelle conceptualisation des succès du plaidoyer national et de leur valorisation dans le cadre d'un contexte dégradé d'accès aux droits et au soin

En lien avec la dégradation nette du contexte d'accès au droit et au soin des personnes les plus vulnérables en France sur la période récente, l'étude invite à penser que le plaidoyer visant à la défense des droits théoriques et l'effectivité des droits a progressivement pris le pas sur le plaidoyer visant à la conquête de nouveaux droits. L'étude montre cependant que cette évolution du plaidoyer n'a pas forcément été formalisée ou pensée au sein du programme CASO, et fait apparaître des questionnements autour de l'efficacité du plaidoyer national du programme. Pour préparer les futures actions de plaidoyer dans un contexte dégradé, ainsi que leur mise en valeur, l'étude invite à une réflexion commune autour de nouveaux objectifs du plaidoyer national et d'une nouvelle articulation avec les plaidoyers locaux.

10

Des actions visant à améliorer l'information des terrains sur le plaidoyer conduit au niveau national

En lien avec le point précédent, l'étude a parfois mis en évidence une sensibilisation et/ou une information partielle des équipes locales des CASO aux actions et aux succès du plaidoyer national. L'étude invite donc à s'interroger sur une information accrue des équipes des CASO sur le plaidoyer porté au national – et notamment sur une explication plus détaillée de ses objectifs et succès.

11

La politisation de certaines actions de plaidoyer, notamment autour de la représentation des migrants dans la société française

Selon les données de l'étude, un des principaux obstacles à l'accès aux droits et au soin rencontrés par les personnes accueillies au CASO (en très large majorité étrangers migrants ou exilés) tient à la représentation négative de ces personnes au sein de la société française (préjugés, méfiance, xénophobie ...). Les équipes des CASO interrogées s'accordent à dire que la déconstruction de ces représentations négatives constitue un axe d'évolution important, qui requiert cependant un discours plus politique qu'il ne l'est actuellement au national. L'étude invite donc à réfléchir à une politisation éventuelle du plaidoyer national – tant par les sujets abordés (ex. représentation des migrants et personnes précaires) que les cibles (ex. ciblage renforcé de l'opinion publique).

Enseignements & Perspectives (4/4)

Concernant le **plaidoyer national porté par le programme CASO**, l'étude invite enfin à une réflexion autour de... (suite)

12

Le rôle et l'importance de l'Observatoire de l'accès aux droits et au soin

L'étude a fait ressortir la notoriété et le caractère déterminant de l'Observatoire dans l'efficacité des plaidoyers locaux et nationaux – ce notamment dans la perception des parties prenantes externes interrogées au local comme au national. L'étude invite à reconnaître ce rôle que joue aujourd'hui l'Observatoire dans le champ de l'accès aux droits et au soin en France et à réfléchir à l'éventuelle évolution de son contenu.

13

La légitimité des CASO et de MdM-F et la nécessité de l'entretenir

L'étude montre que la légitimité perçue des CASO et de MdM-F constitue un des principaux facteurs clé du succès des plaidoyer locaux et nationaux. L'étude montre que cette légitimité est étayée par des éléments variés tels que la figure du médecin, la pratique effective des soins, l'ancrage territorial des CASO, le maintien de lieux d'accueil physiques, ou encore l'historique de MdM-F. L'étude invite à reconnaître l'entretien/ la préservation de cette légitimité comme un enjeu à part entière, voire à formaliser un plan d'actions à ce sujet.

14

Le développement de nouvelles stratégies de recrutement de bénévoles et d'animation de la communauté d'anciens en vue du maintien et de l'augmentation de la capacité de plaidoyer et de l'expertise de MdM

L'étude montre que le plaidoyer porté par MdM-F tend à remporter davantage de succès quand des bénévoles (anciens ou actifs) et/ou d'anciens salariés des équipes CASO sont présents au sein des organisations cibles ou relais de ce plaidoyer. L'étude fait également apparaître un besoin de compétences non strictement médicales pour la conduite du plaidoyer en local et au national (professionnels du plaidoyer notamment) - besoin qui ne semble pas toujours couvert au vu du profil des bénévoles disponibles. L'étude invite donc à réfléchir à des actions de recrutement et d'animation de la communauté des bénévoles visant 1) à attirer de nouveaux profils de bénévoles et 2) à entretenir les liens de l'association avec ses anciens salariés et bénévoles.



5

Annexes



Annexes

1. Bibliographie & Ressources documentaires

Documents relatifs au programme CASO

Rapports de l'Observatoire France

- MdM (2018) Observatoire de l'accès aux droits et au soin dans les programmes de Médecins du Monde France – Rapports et ou synthèses pour les années 2010 à 2018.

Documents transversaux programme CASO

- MdM-F (2018) Séminaire CASO – Relevé des échanges
- MdM-F (2016) Rapport de synthèse de la Revue des Missions Caso : pertinence, cohérence et pratiques (Mai 2014 - Décembre 2015).
- MdM-F (2015) Etat des lieux de l'activité des Caso de Paris et de Seine-Saint-Denis. Par Najat Lahmidi, Médecins du Monde France, Délégation Ile-de-France.
- MdM-F (2013) Séminaire Casos : quels Casos pour demain ? (13 et 14 octobre 2012, Paris). Compte rendu du séminaire.
- MdM-F (2013) Séminaire Casos (13 et 14 octobre 2012, Paris). Synthèse des recommandations.

Autres documents internes d'intérêt

- MdM-F (2018) Qu'est-ce que le plaidoyer à Médecins du Monde ? Guide de référence
- MdM-F (2018) L'apport du juridique dans le plaidoyer chez Médecins du Monde – Document du Service juridique
- MdM-F (2015) Guide de référence « Planification de projets de santé – Promotion de la santé et action humanitaire »

Références bibliographiques externes

- Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D et Guillon B (2005) Féminité, accès au soin, maternité, et risques vécus par les femmes en grande précarité : une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique - Observatoire du Samu social, rapport à la Direction générale de la santé, juin 2005
- France terre d'asile (2018) Les violences à l'égard des femmes demandeuses d'asile et réfugiées en France – Les cahiers du social n°40, avril 2018.
- Izambert C. (2018) « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours »
- Izambert C. (2014) « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? » Article publié dans Laviendesidees.fr le 6 novembre 2014.
- OMS (2018) Genre et santé. Pannetier & al (2018) Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study - Lancet Public Health 3 e16–23
- Denormandie P., Cornu-Pauchet M. (2018) « L'accès aux droits et au soin des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité »

Annexes

1. Bibliographie & Ressources documentaires

Documents relatifs aux projets CASO (1/2)

CASO de Saint-Denis

- MdM Mission Banlieue (2017) Plaidoyer mission banlieue
- MdM-F Mission Banlieue (2019), Newsletter de la mission banlieue, numéros du 6 mars 2019, du 16 janvier 2019; du 3 avril 2019
- MdM-F M Mission Banlieue (2019), Notes sur les groupes de travail suite aux journées de la Mission Banlieue
- MdM-F Mission Banlieue (2019), Courrier au préfet de la Seine-Saint-Denis, Demande de rencontre concernant la situation des membres du collectif Schaeffer
- MdM-F Mission Banlieue (2019), Compte-rendu de réunion du 7 février 2019 avec la CPAM 93
- MdM-F Mission Banlieue (2017), Compte-rendu de réunion du 11 décembre 2019 avec la CPAM 93
- MdM-F Mission Banlieue (2017), Courrier au Président du Conseil départemental sur les conditions d'accueil et de prise en charge des MNA
- Seine-Saint-Denis, Le Département (2017), Courrier du Président du Conseil départemental en réponse à l'interpellation de MdM sur les conditions d'accueil et de prise en charge des MNA

CASO de Grenoble

- MdM-F Grenoble (2009) Rapport d'activité 2009
- MdM-F Grenoble (2011) Rapport d'activité 2011
- MdM-F Grenoble (2016) Rapport d'activité 2016
- MdM-F Grenoble (2017) Rapport d'activité 2017
- MdM-F Grenoble (2018) Rapport d'activité 2018
- MdM-F Grenoble (2019) Programme 2018-2020
- MdM-F Grenoble (2019), Planning du CASO
- MdM-F Grenoble (2013) Dossier récapitulatif changement de locaux
- MdM-F Grenoble (2019), Suivi du plaidoyer du CASO

- MdM-F Grenoble (2019) Relevé des échanges groupe santé mentale,
- MdM-F Grenoble (2019) Fiche thérapie communautaire intégrative
- MdM-F Grenoble (2019) Bilan rondes de thérapie communautaire.
- Conseil local de santé mentale de Grenoble (2019) Projet santé mentale et exil
- MdM-F Grenoble (2018), Fichier récapitulatif pour les protocoles IDE
- MdM-F Grenoble (2018), Compte rendu Protocole IDE, 26 mars, 21 juin, 16 octobre
- Réseau santé précarité (2018), Note de cadrage
- MdM-F Grenoble, Solident, POPS (2019) Note partage de réflexion
- « ÉTRANGERS MALADES » (2018) Dispositif de concertation interassociative sur des situations individuelles complexes
- MdM-F Grenoble (2019), Schéma gouvernance, équipe de coordination
- MdM-F Grenoble (2018) Fiches de mission : Accueillant Bénévole, Infirmier Bénévole, Médecin Bénévole, Bénévole équipe de soutien psychologique
- MdM-F Grenoble (2017) Fiches de mission : Référent accueil bénévole, référent médical bénévole, référent psychologue bénévole
- MdM-F Délégation Auvergne Rhône-Alpes (2019) Guide d'Accueil et de Suivi des Bénévoles, Délégation Auvergne Rhône Alpes, Programmes de Grenoble
- Urih, M (2017) Médecins du Monde face aux carences de l'action publique en Rhône-Alpes Auvergne
- MdM-F Grenoble (2019) Résultats enquête – Santé Mentale
- Contessotto L., Savry V. (2018) « Vécu du parcours de soins des migrants à Grenoble : quelle est la place de Médecins du Monde ? Une étude qualitative. »
- MdM-F Délégation Auvergne Rhône-Alpes (2017) Appui à la réflexion stratégique 2017, «Accès au soin pour tous sur le territoire Auvergne Rhône-alpes : quelle stratégie ? »

Annexes

1. Bibliographie & Ressources documentaires

Documents relatifs aux projets CASO (2/2)

CASO de Rouen

- MdM-F (2019) Guide d'accueil CASO de Rouen
- MdM-F (2018) Rapport d'activité Délégation Normandie
- MdM-F (2018) Questionnaires EDL Pratiques en Santé
- MdM-F (2017) Cadre logique d'intervention CASO de Rouen
- MdM-F (2017) Rapport d'activité Délégation Normandie
- MdM-F (2015) Rapport d'activité Délégation Normandie
- MdM-F (2014) Autoévaluation CASO de Rouen

CASO de Toulouse

- MdM-F (2016) Rapport d'activité du CASO de Toulouse
- MdM-F (2017) Rapport d'activité programme Caso Toulouse, Délégation Midi-Pyrénées
- MdM-F (2018) Rapport d'activité Délégation Midi-Pyrénées 2018
- MdM-F (2017) Projet Régional, Délégation Midi-Pyrénées 2017-2019
- MdM-F (2017) La santé psychique au CASO, Note de synthèse
- MdM-F (2012) Analyse et mise en perspective de l'activité du centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de la délégation Midi-Pyrénées de Médecins du Monde
- MdM-F (2011) Compte-rendu journée de formation du 8 février 2011, CASO Toulouse

CASO de Nice

- MdM-F (2017) Rapport d'activité programme Caso Nice, Délégation Provence Alpes Côte d'Azur

CASO de Nantes / Angers

- Aucune documentation transmise hors termes de référence de l'étude

CASO de Bordeaux

- MdM-F (2017) Rapport d'activité programme Caso Bordeaux, Délégation Aquitaine
- Miramon M. (2019) Enquête sur les attentes et les perceptions des usagers du CASO de Médecins du Monde à Bordeaux

Annexes

2. Glossaire

Lexique

La terminologie de « **projet CASO** » est employée dans le rapport pour désigner l'un des 14 implantations locales ou CASO locaux répartis sur le territoire français (CAOA de Paris inclus). La terminologie de « **programme CASO** » est employée de façon distincte, pour désigner l'ensemble incluant les 14 CASO locaux ainsi que personnes qui les appuient au sein du siège national MdM-F. Ces personnes sont régulièrement désignées via la terminologie de « **Siège** ».

Liste des sigles, abréviations et acronymes (1/2)

AME Aide Médicale d'Etat
ARS Agences Régionales de Santé
Ase Aide Sociale à l'Enfance
AS Assistant-e-s social-e-s
ASL Ateliers sociolinguistiques
CA Conseil d'Administration
Cada Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAPS Comité d'action et de promotion sociale
Caoa Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement
Caso Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CCAS Centre Communal d'Action Sociale
CDAG Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits
CeGIDD Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CEPN Centre d'économie de l'université Paris-Nord
CG Coordinateur-riche-s général-e-s
CHU Centre hospitalier universitaire
CIAS Centres Intercommunal d'Action Sociale
Cimade Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués
Clat Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CLSM Conseil local de santé mentale
CMP Centre Médico-Psychologique

CMU Couverture Médicale Universelle
CMU-c Couverture Médicale Universelle – complémentaire
Cnam Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
Comede Comité pour la santé des exilés
Copil Comité de pilotage
CPAM Caisses Primaires d'Assurance Maladie
CR Coordinateur-riche-s régional-e-s
CSS Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU-c)
CV *Curriculum vitae*
DAHO *Droit à l'hébergement opposable*
DAOMIE Dispositif d'Accueil et d'Orientation des Mineurs Isolés Etrangers
DDAEOMI Dispositif Départemental d'Accueil d'Evaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés
DILPLEJ Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes
DDD Défenseur Des Droits
DGS Direction Générale de la Santé
DPI Dossier Patient Informatisé
DOF Direction des Opérations France
DSP Direction Santé et Plaidoyer
DSUV Dispositif Soins Urgents et Vitaux
EMPP Equipe mobile psychiatrie précarité

Annexes

2. Glossaire

Liste des sigles, abréviations et acronymes (2/2)

FAS Fédération des acteurs de la solidarité
F3E Fonds, Evaluer, Echanger, Eclairer
Gisti Groupe d'information et de soutien des immigrés
IdF Ile-de-France
IDE Infirmier-e-s diplôme-e-s d'Etat
LAM Lit d'accueil médicalisé
LHSS Lit halte soin santé
MdM-F Médecins du Monde France
MNA Mineur-e-s Non Accompagné-e-s MSF Médecins sans Frontières
Ofii Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Ofpra Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONG Organisation Non Gouvernementale
P-MEAL *Planification, Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning*
Pada Premier Accueil des Demandeurs d'Asile
PAPP Pôle Appui et Politiques Publiques
Pass Permanences d'Accès au soin de Santé
PMI Protection Maternelle et Infantile
PRAPS Plan Régional d'Accès à la Prévention et au soin
PUMa Protection Universelle Maladie
RDR Réduction des risques
REMEDES REseau de MEDEcins Solidaires
RM Responsable-s (ou co-Responsable-s) de Mission

TCI Thérapie communautaire intégrative
TdR Termes de Référence
TROD Tests de dépistage Rapide à Orientation Diagnostique du VIH
TTC Toutes Taxes Comprises
UNIOPSS Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

Annexes

2. Présentation des auteurs



Adrien BAUDET *Consultant-Chercheur*

Diplômé d'HEC et titulaire d'un Doctorat sur l'évaluation de l'impact social, Adrien accompagne depuis plusieurs années des entreprises sociales, des fondations et des investisseurs d'impact dans leurs projets d'innovation sociale. Il a construit plusieurs dispositifs d'évaluation des impacts, mené de nombreuses études sociologiques (insertion, pauvreté, handicap, mal-logement, culture...) ainsi que des travaux de monétarisation (SROI et coûts sociaux évités) et a participé à la mise en place des premiers Contrats à Impact Social en France. Après trois ans au sein de la direction Economie Sociale d'un acteur du conseil, il a créé KOREIS, un petit cabinet de conseil & recherche spécialisé en évaluation d'impact et accompagnement de l'innovation sociale. Auteur de plusieurs travaux de recherche sur cette pratique, il l'enseigne à HEC et à l'ESCP Europe dans le cadre de programmes dédiés.



Damien HERON *Consultant*

Diplômé de l'ESSEC (Chaire Innovation et Entrepreneuriat Social) et titulaire du titre professionnel de Manager Humanitaire, parcours stratégie, de l'IRIS, Damien a travaillé avec plusieurs entreprises sociales, ONG, associations et avec une agence spécialisée de l'ONU pour les accompagner sur différents aspects de leurs projets à impact social (gestion de projet, stratégie, gestion des partenariats, gestion des risques et mesure d'impact social). Aujourd'hui, au sein de GROUPE SOS Consulting, il accompagne entreprises sociales et associations dans l'articulation de leur stratégie de financement avec leur stratégie d'impact social.

Contact Médecins du Monde France

Julien Chauveau

Evaluation and Capitalization advisor

+33 (0) 1 44 92 16 40

julien.chauveau@medecinsdumonde.net

Contact Koreis

Adrien Baudet

Consultant - Chercheur

+33 (0) 6 31 55 73 84

adrien@koreisconseil.com

