

# RAPPORT ACTIVITES 2011

MÉDECINS DU MONDE 世界医生活織 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生活織 DOCT  
ORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MON  
DO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUND



Allemagne | Argentine | Belgique | Canada | Espagne | Grèce | Italie | Japon | Pays-Bas | Portugal | Royaume-Uni | Suède | Suisse | France

## Délégation des Pays de la Loire

### Missions France

Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation  
d'Angers et Nantes

Action précarité

Mission auprès des Roms

Actions en milieu festif

Mission auprès des personnes se prostituant

### Adoption

# SOMMAIRE

|                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SOMMAIRE.....                                                                                                                                                       | 2  |
| Introduction .....                                                                                                                                                  | 4  |
| Vie de la délégation.....                                                                                                                                           | 5  |
| 1. Processus de recrutement des bénévoles .....                                                                                                                     | 6  |
| 2. Adhésion.....                                                                                                                                                    | 6  |
| 3. Les Responsables Mission .....                                                                                                                                   | 6  |
| 4. Les salariées de la délégation Pays de Loire.....                                                                                                                | 7  |
| 5. Vie associative de la délégation.....                                                                                                                            | 7  |
| 6. Interventions à l'extérieur.....                                                                                                                                 | 7  |
| 7. Nouveautés 2011 :.....                                                                                                                                           | 7  |
| Contexte d'intervention .....                                                                                                                                       | 9  |
| 1. Contexte national.....                                                                                                                                           | 9  |
| 2. Contexte local .....                                                                                                                                             | 11 |
| 2.1. Le dispositif d'accès aux droits sociaux et aux soins.....                                                                                                     | 11 |
| 2.2. Partenariats.....                                                                                                                                              | 21 |
| Objectif général de la Mission France .....                                                                                                                         | 27 |
| Les différentes missions France.....                                                                                                                                | 27 |
| 1. Le Centre de Soins, d'Accueil et d'Orientation (CASO) de Nantes .....                                                                                            | 28 |
| 1.1 Objectif général du CASO .....                                                                                                                                  | 28 |
| 1.2 Objectifs opérationnels .....                                                                                                                                   | 28 |
| 1.3 Activités .....                                                                                                                                                 | 29 |
| A. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION.....                                                                                                                               | 29 |
| La gestion de la pharmacie de toute la Mission France de Nantes est globalisée au CASO de Nantes. La gestion de la pharmacie du CASO d'Angers est indépendante..... | 31 |
| B. DESCRIPTION ET ANALYSE : .....                                                                                                                                   | 32 |
| Les personnes accueillies.....                                                                                                                                      | 33 |
| Les consultations médicales .....                                                                                                                                   | 38 |
| Les consultations pour titre de séjour pour raisons médicales.....                                                                                                  | 39 |
| Les consultations de prise en charge du psycho-traumatisme des migrants.....                                                                                        | 45 |
| 2. Le Centre de Soins, d'Accueil et d'Orientation (CASO) d'Angers .....                                                                                             | 56 |
| 2.1 Objectif général de la mission.....                                                                                                                             | 56 |
| 2.2- Les objectifs opérationnels de la mission .....                                                                                                                | 56 |
| 2.3- Structure et fonctionnement .....                                                                                                                              | 57 |
| 2.4 – Activité .....                                                                                                                                                | 58 |
| 2.5 – Actions hors centre .....                                                                                                                                     | 60 |
| 3. Action Précarité menée à Nantes.....                                                                                                                             | 63 |
| 4. La mission auprès des Roms .....                                                                                                                                 | 71 |
| 1. La mission auprès des Roms.....                                                                                                                                  | 71 |
| 4.1.Le contexte d'intervention.....                                                                                                                                 | 71 |
| 4.2 Bilan de l'activité 2011 de la mission de l'équipe bénévoles auprès des Roms.....                                                                               | 76 |
| Développer les aptitudes individuelles et collectives des femmes pour limiter les risques de problèmes de santé pour elles et leurs enfants .....                   | 77 |
| Renforcer la capacité des femmes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes et leurs enfants.....                       | 82 |
| Favoriser l'accueil par les structures de santé ou la médecine libérale des mères et de leurs enfants ...                                                           | 82 |
| Lutter contre les discriminations et pour un accès aux soins des Roms dans le droit commun .....                                                                    | 85 |

|                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Identifier les facteurs favorables à une action communautaire dans les 3 ans, en s'appuyant sur les médiatrices et sur l'éducation à la santé ..... | 86  |
| 4.3. Bilan de l'activité 2011 du projet expérimental de médiation sanitaire .....                                                                   | 88  |
| Introduction .....                                                                                                                                  | 88  |
| Faciliter l'accès aux soins des femmes et des jeunes enfants vivant en bidonville dans les services de santé de droit commun .....                  | 91  |
| Développer les connaissances des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.....         | 92  |
| Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public. ....                                                           | 95  |
| Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique. ....                                                                                | 95  |
| 5. Réduction des risques en milieu festif .....                                                                                                     | 99  |
| 5.1 Objectifs opérationnels .....                                                                                                                   | 100 |
| 5.2 Description de l'activité et organisation.....                                                                                                  | 100 |
| 5.3 Activités réalisées en 2011 .....                                                                                                               | 102 |
| 6. Programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés .....                                                                      | 109 |
| 2.1 La réduction des risques appliquée à la pratique prostitutionnelle .....                                                                        | 109 |
| 2.2 L'empowerment.....                                                                                                                              | 110 |
| 2.3 Une pratique médicale de proximité .....                                                                                                        | 110 |
| 2.4 Le non faire et l'aller vers .....                                                                                                              | 110 |
| 2.5 Un positionnement pragmatique sur la prostitution .....                                                                                         | 111 |
| 2.6 Une pensée critique permanente .....                                                                                                            | 112 |
| 1. L'unité mobile.....                                                                                                                              | 113 |
| 2. Le lieu fixe.....                                                                                                                                | 113 |
| 3. L'indoor.....                                                                                                                                    | 114 |
| 4. L'équipe .....                                                                                                                                   | 115 |
| 1. Profils de la file active .....                                                                                                                  | 116 |
| 2. Activités réalisées la nuit par l'équipe mobile.....                                                                                             | 118 |
| 3. Activités réalisées le jour au lieu fixe .....                                                                                                   | 120 |
| 4. Activités et réflexion sur l'indoor .....                                                                                                        | 122 |
| 1. Introduction .....                                                                                                                               | 122 |
| 2. Objectifs, résultats, activités et indicateurs .....                                                                                             | 123 |
| 1. Introduction .....                                                                                                                               | 127 |
| 2. Un rapport parlementaire et une résolution de loi .....                                                                                          | 127 |
| 3. Vive inquiétude des équipes de Médecins du Monde.....                                                                                            | 128 |
| 4. Propositions de Médecins du Monde .....                                                                                                          | 128 |
| 7. Adoption .....                                                                                                                                   | 131 |
| Conclusion générale .....                                                                                                                           | 135 |
| Remerciements .....                                                                                                                                 | 137 |
| Rapports financiers 2011 et budgets prévisionnels 2012 .....                                                                                        | 138 |
| Annexes .....                                                                                                                                       | 154 |
| Annexe 1 : HISTORIQUE DES MISSIONS FRANCE.....                                                                                                      | 154 |
| La Mission France de Médecins du Monde au niveau national .....                                                                                     | 154 |
| Historique de la mission France de Nantes .....                                                                                                     | 155 |
| Annexe 2 : REFORME AME ou le cheminement d'une médiatrice dans les méandres de l'administration - PROGRAMME de MEDIATION SANITAIRE .....            | 162 |
| Annexe 3 : EVALUATION IMPACT de la MEDIATION SANITAIRE sur les personnes suivies hors de l'étude .....                                              | 166 |

# Introduction

---

Médecins du Monde, association de soignants, mène des actions **ici** en France et **là-bas** dans les pays les plus pauvres.

L'objectif des Missions France est :

- d'améliorer l'état de santé des personnes en situation d'exclusion ou de vulnérabilité, en favorisant leur accès aux soins, aux droits et à la prévention.
- de témoigner auprès des institutions sanitaires et sociales des difficultés qu'elles rencontrent à l'accès aux droits et aux soins.

Les personnes en situation de précarité et en difficulté d'accès aux soins sont en constante augmentation à Nantes depuis ces dernières années, et la Consultation Jean Guillon de dispositif PASS qui en assure les soins est saturée. Ce dispositif qui devrait n'être qu'un sas vers le droit commun rencontre des difficultés dans l'orientation des patients vers la médecine générale : non accès à l'interprétariat professionnel chez les médecins libéraux, instabilité des lieux de vie, difficultés à se repérer dans le temps et l'espace...

Si la fréquentation du Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Nantes ne faiblit pas, le CASO d'Angers est dépassé en 2011 par l'arrivée massive de migrants venant de la Corne de l'Afrique principalement, souvent à la rue, et non reçus par la PASS d'Angers tant qu'ils n'ont pas de domiciliation.

Avec nos psychologues travaillant à MdM, nous nous engageons dans la demande d'une consultation transculturelle de droit commun sur l'agglomération nantaise, incluant la prise en charge du psychotraumatisme des patients migrants.

De plus, nous devons alerter sur les conséquences de l'absence d'accueil et des violences administratives et policières vis-à-vis des populations migrantes qui auront des conséquences sur la cohabitation des différentes communautés dans notre société.

Aussi, les politiques répressives exercées à l'encontre des personnes migrantes aggravent leur situation et la santé tend à ne plus être prioritaire face aux risques encourus pour s'en préoccuper.

Cependant plusieurs éléments positifs sont à relever :

- Pour les Demandes d'Autorisation de Séjour des Etrangers Malades, des rencontres avec la préfecture permettront nous l'espérons, d'éviter le refus de dossiers sur l'exigence de pièces administratives non prévues par la loi.
- Pour les Roms, plusieurs municipalités soutenues par des collectifs citoyens, se sont mobilisées pour améliorer le quotidien de certaines familles, même si le plus grand nombre vit encore dans une précarité extrême et soumis aux évacuations itératives.
- Sur l'engagement de l'ARS et du Conseil régional des Pays de la Loire, MdM Nantes s'est inscrit dans le programme national de médiation sanitaire auprès des femmes et des enfants Roms. Cette recherche-action est pilotée par la Direction Générale de la Santé. Nous envisageons de prolonger ce travail de médiation dans des modalités à définir après l'évaluation au niveau national : s'interroger sur l'apport de la médiation sanitaire en matière d'accès aux soins des personnes vulnérables, sur la facilitation du travail des services de santé de droit commun, et sur l'intérêt des pouvoirs publics à se doter de médiateurs à l'avenir.

Dans la réflexion et l'écriture de notre projet régional de la Délégation pour les 3 à 5 ans à venir, nous réaffirmons notre engagement de soignants auprès des personnes en situation d'exclusion ou de vulnérabilité, ainsi que notre engagement militant fondé sur les droits humains.

## Vie de la délégation

---

Médecins du Monde Pays de Loire est l'une des 17 délégations régionales de MdM France et a son siège au 33 rue Fouré à Nantes.

Sur l'agglomération nantaise et son antenne d'Angers, elle y mène diverses actions au sein de ses deux Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation, et des actions hors centre en allant vers les populations les plus précaires.

La délégation nantaise regroupe 5 salariées et 96 bénévoles qui se répartissent sur une ou plusieurs actions :

- 7 travailleurs sociaux
- 30 infirmiers
- 20 médecins
- 9 psychologues
- 2 pharmaciennes
- 24 autres professions
- 2 internes en médecine
- 2 psychologues vacataires

L'antenne d'Angers est constituée de 19 médecins généralistes, 11 infirmiers, 5 personnes d'accueil et administratifs et 1 pharmacienne.

### Le collège régional :

Il comprend jusqu'à 7 membres élus pour 3 ans par les adhérents de MdM Pays de la Loire qui en mars 2010 a désigné :

- un délégué régional, représentant du Président de MdM : Philippe Jarrousse
- une secrétaire : Dominique Martin
- une trésorière : Anne-Lise Gueguen
- les autres membres du collège : Fabienne Daniel, Catherine Boulinguez, Michaël Besnard, Jean-Yves Rocher

Le collège se réunit tous les mois (réunion ouverte à tous les bénévoles) en présence des Responsables de Mission qui y sont invités pour :

- définir les orientations de la politique régionale de MdM,
- valider les nouveaux bénévoles sur proposition du responsable de mission,
- proposer au Conseil d'Administration national la validation des nouveaux adhérents et des Responsables Mission,
- répondre à toute question relevant de sa compétence (organisation de manifestations de communication – prises de position)
- Un compte-rendu de chaque réunion du collège est adressé à l'ensemble des bénévoles de Nantes et Angers ainsi qu'au siège.

En novembre 2011, la délégation des Pays de la Loire a engagé le processus d'écriture de son projet régional. Différents groupes de travail sont constitués visant à analyser le contexte régional, à formaliser les valeurs, l'éthique qui sous-tendent les actions de la délégation. Le processus se poursuit en 2012. Un projet régional

présentant les axes de travail que la délégation souhaite développer pour les années à venir devrait être présenté au niveau national à l'automne 2012.

## 1. Processus de recrutement des bénévoles

Chaque candidat souhaitant intégrer MdM est invité à suivre un parcours d'intégration, avant d'être validé en tant que bénévole par le collège.

1°/ Les nouveaux candidats sont invités à une première **réunion d'accueil** programmée environ tous les 3 mois :

- chacun se présente : qualification professionnelle, parcours, motivations
- présentation de MdM :
  - objectifs généraux
  - valeurs – engagement
  - organisation générale
  - missions à Nantes
- présentation de la procédure de recrutement
- remise de documents sur les actions de MdM
- Charte de Cracovie
- Questionnaire individuel à remplir par l'intéressé

2°/ **Rencontre individuelle** avec un Responsable mission ou un membre du collège :

- analyse du questionnaire
- orientation vers une action après croisement entre compétences et besoins.

3°/ **Intégration** sur une action après validation par le Responsable de la mission :

- tutorat par un bénévole confirmé
- point après 6 mois avec le Responsable de Mission

4°/ **Entretien** avec le Responsable Mission et **validation** par le collège après signature de la Charte de Cracovie.

## 2. Adhésion

Après une activité significative et un certain délai de présence à MdM, le bénévole peut demander à adhérer. L'adhésion doit être validée par le collège (en s'appuyant sur le respect des valeurs de MdM) et confirmée par le CA au siège. La délégation Pays de la Loire compte 80 adhérents.

L'adhérent à jour de ses cotisations peut élire les membres de son collège régional, tous les 3 ans, et les membres du CA au siège parisien (avec tous les autres adhérents France et international) lors de l'Assemblée Générale annuelle.

Les candidats au collège doivent être adhérents, de même que les Responsables de Missions

## 3. Les Responsables Mission

- Responsable CASO de Nantes : Françoise Fihey
- Responsables CASO d'Angers : Anne-Cécile Vétillard, Jean Parent
- Responsable Précarité : Jean-Pierre Clauzel jusqu'à l'automne 2011, remplacé en 2012 par Dominique Lerat
- Responsable Roms : Sylvie Chapelais

- Responsable Raves : Jean-Yves Rocher
- Responsable Prostitution : Paul Bolo
- Responsable Adoption : Maryvonne Rousseau

#### 4. Les salariées de la délégation Pays de Loire

Les diverses actions menées sur l'agglomération nantaise sont soutenues par 5 salariées réparties ainsi en 2011 :

- une assistante de délégation : Corinne Lepert (poste à 80%)
- une coordinatrice technique sur la mission auprès des personnes se prostituant : Irène Aboudaram
- une intervenante sociale : Cécile Condominas jusqu'en septembre 2011, remplacée par une intervenante santé Maiwenn Henriquet depuis novembre 2011
- une médiatrice sanitaire auprès de familles roms : Fanny Bordeianu.
- une coordinatrice générale : Sylvaine Devriendt

L'antenne d'Angers fonctionne sans ressource salariée qui lui soit propre.

#### 5. Vie associative de la délégation

Deux à trois fois dans l'année, l'ensemble des bénévoles est invité à participer à une réunion générale.

En 2011, Olivier Maguet, membre du CA de MdM et spécialiste de la RdR en France et à l'international est intervenu lors d'une soirée sur la RdR.

L'animation d'une réunion pour l'ensemble des bénévoles de la délégation par Julie Bellenger, chargée de mission sur la régionalisation, a permis d'initier la démarche d'élaboration d'un projet régional pour les années à venir.

La projection à l'ensemble des bénévoles de la délégation du documentaire « Amours Propres » réalisé par Estelle Robin You, bénévole de l'équipe intervenant auprès des personnes se prostituant sur la mission, a été un autre temps fort de l'année.

Un repas convivial a par ailleurs réuni une trentaine de bénévoles en septembre 2011 à Nantes. Angers organise également des repas conviviaux.

#### 6. Interventions à l'extérieur

La vie de la délégation, c'est aussi :

- Des interventions dans les écoles d'infirmières, d'ostéopathie, dans les formations initiales et continues de travailleurs sociaux sur la précarité, la santé des Roms, la médiation sanitaire et la situation des personnes se prostituant
  - Tenue d'un stand au forum du bénévolat
  - Organisation d'une conférence de presse lors de la sortie du rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins
  - Participation aux actions de sensibilisation et de dépistage menées à l'occasion de la journée de lutte contre les hépatites, du 1er décembre et de la Gaypride
  - La réponse à des demandes d'entretiens d'étudiants dans le cadre de leurs recherches personnelles ou de groupes de travail de lycéens, étudiants IFSI, Master en psychologie et sociologie.

#### 7. Nouveautés 2011 :

- Mise en place de stage d'internat de médecine en SASPAS de 6 mois. L'interne de médecine intervient sur les consultations médicales du CASO et sur les sorties avec l'équipe Roms. Sur le premier semestre, il est aussi intervenu avec l'équipe MdM à la Maison de Coluche. Cette collaboration est très

enrichissante autant pour l'interne de médecine qui se forme à la prise en charge de public précaire, sujet peu abordé en Faculté de Médecine, que pour l'équipe de Médecins du Monde Nantes.

- Mise en place fin 2011 de temps d'échanges de pratiques et de formation avec deux psychologues bénévoles. Après avoir recensé les besoins auprès des différentes équipes et après une période d'observation sur les différents terrains d'intervention de MdM Nantes, deux psychologues proposent chaque trimestre un samedi matin de réflexion sur nos pratiques, utilisant des supports vidéo ou théoriques, des jeux de rôles. Tous les bénévoles d'Angers et Nantes y sont conviés.

### **Synthèse de l'activité des missions France de Médecins du Monde Pays de la Loire en 2011**

**Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation** : ouverts au public sans rendez vous

**A Nantes** : le lundi et le jeudi de 14 h à 17 h.

Public reçu (file active) : 352 patients - Nombre total de consultations en 2011 : 1 111 dont :

424 consultations médicales ; 484 consultations psychologiques ; 71 consultations sociales avec un travailleur social ; 78 soins infirmiers

**A Angers** : le lundi et vendredi de 9 h 30 à 11 h 30 et le mercredi de 14h15 à 16h15.

File active : 615 personnes dont 528 nouveaux. Nombre total de passages : 1006 dont 997 pour des consultations médicales.

#### **Actions auprès des Roms roumains :**

2 sorties hebdomadaires sur les terrains squattés avec le bus, le mercredi et le jeudi fin d'après-midi.

91 sorties en 2011. Nombre total de contacts dans l'année : 239

Nombre de personnes différentes rencontrées (file active) : 209

En sus, questionnaire sur l'impact de la réforme du droit d'entrée à l'AME auprès de 100 personnes différentes.

Médiation sanitaire auprès de deux groupes à Rezé et St-Herblain. Suivi de 25 femmes et de leurs enfants.

#### **Actions précarité :**

1 sortie hebdomadaire le mardi soir au centre d'hébergement d'urgence des Restos du Cœur : la Maison de Coluche, de 19 h à 21 h : 221 consultations auprès de 93 personnes différentes.

#### **Actions de prévention en milieu festif :**

Intervention sur 8 événements festifs

Matériel distribué : 2 430 Roule Ta Paille, 595 bouchons d'oreille, 580 préservatifs masculins, 186 kits injection, 80 stérifiltres, 450 dosettes de sérum physiologique, 894 flyers d'informations...

#### **Mission auprès des personnes se prostituant :**

Tournées nocturnes les jeudis et vendredis soirs de 22 h à 2 h du matin

Local de jour : ouvert les lundis, mardis, jeudis et vendredis sans rendez-vous

File active : 220 personnes dont 80 nouvelles

Nombre de contacts (jour et nuit) : 3 056

Matériel de prévention distribué : 55 615 préservatifs masculins et 163 féminins, 1 792 tubes de gel (50ml), 183 carrés de latex.

# Contexte d'intervention

---

## 1. Contexte national

A l'occasion des échéances électorales de 2012, Médecins du Monde a établi un diagnostic des politiques de santé en France. Un dossier complet est disponible sur demande, présentant le diagnostic et proposant des « traitements ». Les extraits ci-dessous permettent de situer le contexte national dans lequel les missions de MdM évoluent.

### Un système de santé solidaire, jusqu'où ?

#### **Reste à charge et retard aux soins**

La quasi-totalité (98%) des patients de Médecins du Monde vit sous le seuil de pauvreté. Pénalisés par la crise économique, les plus démunis le sont aussi par les dépassements d'honoraires, les refus de soins, la baisse des remboursements de l'assurance maladie et l'augmentation du reste à charge.

L'assurance maladie ne rembourse plus les soins courants qu'à hauteur de 55 %, avec des répercussions immédiates pour les patients pauvres. Par conséquent, en 2011, 30 % des Français ont déclaré retarder ou renoncer aux soins faute de moyens<sup>1</sup>.

#### **Les complémentaires santé : pas pour tout le monde**

Souscrire à une mutuelle est donc de plus en plus nécessaire mais de plus en plus coûteux : la part du revenu des ménages consacrée aux mutuelles est de 3 % pour les plus riches à 10 % pour les plus pauvres. 6% des assurés n'ont pas de complémentaire soit 4 millions de personnes<sup>2</sup>.

La situation la plus paradoxale est celle des personnes trop « pauvres » pour payer une mutuelle mais trop « riches » pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire (CMU-C). Elles se situent sous le seuil de pauvreté (954 Euros pas mois) mais disposent de ressources « trop importantes » pour bénéficier de la CMU-Complémentaire (moins de 648 Euros par mois) et doivent donc payer des franchises pour chaque soin. C'est le cas des personnes allocataires de certains minimas sociaux comme l'allocation aux adultes handicapés ou le minimum vieillesse.

#### **Le droit aux soins des étrangers pauvres remis en cause**

La loi sur la CMU a créé un système spécifique pour les étrangers en situation irrégulière pauvres (moins de 648 Euros par mois) : l'Aide Médicale d'Etat (227 705 en 2010)<sup>3</sup>. Un dispositif régulièrement mis à mal depuis sa création. En 2011, l'AME est ainsi devenue payante avec la mise en place d'un droit d'entrée de 30 Euros. Un obstacle majeur pour des personnes vivant sous le seuil de pauvreté, qui risquent de différer leurs soins. Une mesure contraire aux recommandations du rapport rendu en 2010 par l'IGAS et l'IGF soulignant les effets néfastes sur la santé des personnes et son caractère contre-productif en termes économique et de santé publique.

---

<sup>1</sup> Dossier élections 2012 – Médecins du Monde

<sup>2</sup> Q éco santé, janvier 2011

<sup>3</sup> Syndicat de la médecine générale – article du quotidien du médecin du 9 avril 2011

Un frein supplémentaire dans un système déjà complexe : procédures administratives lourdes, demande abusive de pièces administratives, multiples guichets, difficultés d'identification des médecins de ville, refus de soins, barrière de la langue... Les 30 Euros viennent alourdir un dispositif très complexe.

### Des politiques qui rendent malades

Les arrestations se multiplient, les expulsions sont quotidiennes, la pression policière est constante sur les terrains et auprès des personnes que soigne Médecins du Monde : usagers de drogue, personnes se prostituant, Roms, sans domicile, squatteurs, sans papier... Des populations boucs émissaires, criminalisées. Avec des effets immédiats sur l'état de santé et le suivi des prises en charge.

Face aux situations de détresse, la réponse est désormais plus sécuritaire que sociale et cette politique de rejet conduit à un épuisement et une mise en danger des plus précaires. Ce sont les enjeux de santé publique qui passent en second, derrière les impératifs sécuritaires.

Ces politiques conduisent à la relégation des personnes se prostituant, au rejet des populations roms, à l'errance des demandeurs d'asile, à l'abandon des étrangers gravement malades.

### Habitat précaire et santé

La politique publique du logement n'assure plus la protection minimale des personnes vivant dans la rue ou dans un habitat précaire : coupes budgétaires, dispositif d'hébergement d'urgence saturé, remise à la rue de personnes sans solution alternative...

#### **La crise de l'hébergement d'urgence**

Depuis 2001, le nombre de personnes à la rue ne cesse d'augmenter : 133 000 personnes sont sans domicile (Insee 2011).

Sur le terrain, les équipes de MdM constatent :

- l'absence de solutions à des situations d'extrême urgence sanitaire ; personnes malades sans solution d'hébergement même pour un soir, patients orientés en dernier recours vers les hôpitaux pour y passer la nuit, familles avec enfants en bas âge remises à la rue, manque de places dans les CADA....

- l'inadaptation des structures d'hébergement : promiscuité, séparation des couples et des familles, violences et vols, absence de chenils...

#### **Dans les squats et bidonvilles, le retour des maladies de la misère**

Les conditions de vie extrêmement précaire exposent ces populations à un fort risque de complications de maladies épidémiques (coqueluche, rougeole) ou à la tuberculose. Des « maladies de la pauvreté » qui resurgissent. En 2009, la tuberculose touchait en France 8 personnes sur 10 000 en population générale. Pour les personnes à la rue, la prévalence était de 120 pour 100 000 personnes soit près de 15 fois plus.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juin 2011

## Contexte local

Les personnes vivant sous le seuil de pauvreté en Pays de Loire représentent 13,4 % de la population (seuil 60% du revenu médian, INSEE 2007).

### Contexte angevin :

Le Maine-et-Loire est un département au dynamisme démographique et à la vitalité économique modérés. Le niveau de vie des habitants y est relativement bas. Le Maine-et-Loire se situe au 2<sup>ème</sup> rang des départements les plus peuplés des Pays de la Loire. Son tissu productif repose en grande partie sur des secteurs d'activité relativement peu porteurs, qui créent un nombre limité d'emplois. Les emplois dans les fonctions de fabrication et bâtiment-travaux publics, d'administration publique ou d'agriculture y sont plus répandus qu'en moyenne nationale. Or ces fonctions ont été davantage touchées que d'autres par des réductions d'effectifs ces dernières années. Le département du Maine-et-Loire est structuré par une grande agglomération (Angers) et deux de taille moyenne (Cholet et Saumur). L'espace rural ou faiblement urbanisé y occupe une place encore assez importante avec plus de 60 % de la population ; seulement 39 % de la population réside dans un grand pôle urbain, soit 20 points de moins que la moyenne nationale. La population du Maine-et-Loire est en moyenne assez jeune, même si le vieillissement est marqué dans certaines zones rurales de la périphérie nord et est du département (**Source : Insee Pays de Loire Cahier départemental du Maine-et-Loire-décembre 2011**).

### Contexte nantais :

Sept années après sa création, la Communauté urbaine, Nantes Métropole, réunit et coordonne l'action de 24 communes au service de 580 000 habitants. La seule ville de Nantes compte 282 853 habitants au 31 décembre 2008 (sixième commune de France).

Selon l'INSEE, au 31 décembre 2007, la commune de Nantes comptait 12 795 chômeurs pour un total de 36 834 sur l'ensemble du département. Sur la Loire-Atlantique (L.A.), le taux de chômage fin 2010 est de 8% en Loire Atlantique, de 7,9 dans les Pays de la Loire (9,2 % en France sur cette période). A Nantes, au 4<sup>ème</sup> trimestre 2010, 29 624 personnes sont en demande d'emploi.

En Loire Atlantique, le montant moyen d'aide sociale par habitant est estimé à 321 euros contre 370 euros sur l'ensemble de la France. Les bénéficiaires des minimums sociaux à Nantes représentent en 2005 12 à 15% de la population (Atlas départemental de L.A.).

## 2.1. Le dispositif d'accès aux droits sociaux et aux soins

### La domiciliation

**A Nantes**, la domiciliation est répartie selon les profils administratifs des personnes qui en relèvent :

- les **demandeurs d'asile** sont domiciliés par AIDA, la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile. Cette domiciliation est effective pour les primo-arrivants dans les semaines (en début 2012, ce délai est allé jusqu'à 2 mois) suivant leur arrivée à Nantes. Pour les personnes ayant déjà effectué des démarches dans une autre ville de France, l'accès à la domiciliation n'est souvent effectif que si une procédure judiciaire est menée par le

requérant et que la préfecture enjoint AIDA de procéder à la domiciliation. En 2011, la préfecture a retiré l'agrément au Gasprom pour la domiciliation des demandeurs d'asile.

- les **sans-papiers**, les **ressortissants européens** sont domiciliés au Gasprom, Asti de Nantes.
- les **SDF traditionnels français** sont domiciliés au CCAS de Nantes ou à la Maison d'Accueil de Jour de l'association ANEF Francisco Ferrer
- quelques groupes de **Roms** sont domiciliés par les CCAS de villes environnantes qui ont accepté de les accueillir (ex : le Cellier)

Jusqu'à présent, le CCAS de Nantes indique ne pas souhaiter domicilier les sans-papiers, ni les ressortissants communautaires mais ses responsables sont bien conscients que cela relèverait de leur responsabilité en vue de l'accès à l'AME si aucun autre acteur ne la prenait en charge. Le CCAS de Nantes devra alors organiser son accueil et son fonctionnement en vue de rendre ce service.

Tant le CCAS que le secteur associatif semble à peu près satisfait de cette répartition actuelle des publics, mis à part le retrait récent de l'agrément pour les demandeurs d'asile au Gasprom.

A **Angers**, la domiciliation est répartie ainsi :

- les demandeurs d'asile sont domiciliés à Espace Accueil, la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
- les sans-papiers sont domiciliés au Secours Catholique

#### La Couverture Maladie Universelle de base : la CMU de base

La CMU est accordée à toute personne de plus de 16 ans ne pouvant bénéficier d'une autre couverture maladie, sous condition de ressources (moins de 752 Euros par mois pour une personne seule.

- Les Français
- Les demandeurs d'asile dès que le dossier de demande d'asile est déposé à la Préfecture (fournir une domiciliation par une association ou une adresse chez une personne : ami, famille, ...)

Le plafond de ressources pour l'attribution gratuite de la CMU de base est de 751 euros par mois pour une personne seule.

Si la personne présente un extrait d'acte de naissance, elle peut avoir un numéro définitif et une carte vitale.

Selon la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 44, il y avait, fin 2011, 24 846 bénéficiaires de la CMU de base.

A **Angers**, la CMU se demande sur rendez-vous à la CPAM. Un délai de deux mois est nécessaire pour obtenir un rendez-vous.

#### La CMU C

Le plafond de ressources pour l'attribution de la CMU Complémentaire est de 648 euros par mois pour une personne seule.

Fin 2011, on dénombre 44 504 bénéficiaires de la CMU complémentaire en Loire-Atlantique.

Elle fait le complément de remboursement de la sécurité sociale (office de mutuelle) pour toute personne pouvant bénéficier de la CMU.

## Aide à l'acquisition de la complémentaire santé :

L'aide complémentaire Santé a été créée pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieur au plafond CMU-C (816 Euros par mois pour une personne seule), la personne peut demander à la CPAM une aide annuelle à la mutuelle appelée « acquisition d'une couverture complémentaire santé » (ACS) apportant une aide financière de l'ordre de :

- 100 euros pour les moins de 16 ans
- 200 euros entre 16 et 49 ans
- 350 euros entre 50 et 59 ans
- 500 euros pour les 60 ans et plus

Les bénéficiaires de l'AAH5 s'inscrivent dans ce dispositif, puisque avec 727,61 euros, ils ne peuvent pas bénéficier de la CMU-C. En 2010, 6 894 personnes bénéficiaient de ce dispositif sur Nantes, ce qui représentait une augmentation de plus de 35 % par rapport à 2007.

472 000 personnes avaient pu souscrire un contrat d'assurance à ce titre, fin février 2009.

Cette aide est très mal connue des personnes qui pourraient en bénéficier.

D'une manière générale en France, le non-recours à ces différentes aides est estimé à :

- 25% de taux de non-recours à la CMU-C
- 65% de non recours à l'ACS
- 85% de non recours à l'aide supplémentaire de la CPAM.

De plus, une fois ces aides sollicitées, elles ne sont pas toujours utilisées. C'est le cas notamment de l'ACS, utilisée seulement par 20% des personnes qui la sollicitent.

## Mise en place d'une aide à la mutuelle par la Ville de Nantes

En 2012, la Ville de Nantes prévoit de développer des aides, s'appuyant sur un sondage CSA pour Europ Assistance (30/09/2011) révélant que 29% des Français ont dû renoncer à des soins faute de moyens, contre 11% il y a deux ans et que 22% des personnes à bas revenus sont dépourvus de complémentaire santé.

La Ville de Nantes propose désormais une offre de service globale alliant information, orientation, conseil et soutien financier, pour favoriser l'accès et le maintien des droits santé. Les agents du CCAS sont formés par ceux de la CPAM pour donner une meilleure information aux usagers, un bus santé et des permanences dans les quartiers doivent permettre une meilleure diffusion de l'information sur les dispositifs existants et apporter un conseil dans le choix de mutuelle. Des conventions entre la Ville et des mutuelles sont passées sur la base d'une offre médiane assurant une bonne qualité de prestations de remboursements. Une aide supplémentaire aux dispositifs de la CPAM (CMU-C, ACS et aide financière) peut être donnée par la Ville de 100 à 200 Euros selon l'âge.

## L'AME : Aide Médicale Etat

L'aide médicale d'Etat (AME) est destinée aux personnes de nationalité étrangère :

- qui résident en France de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois,

---

<sup>5</sup> Certains bénéficiaires de l'AAH sont reconnus comme souffrant d'une Affection Longue Durée (ALD). Dans ce cas, ils sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge concerne toutefois que les soins et traitements liés à cette ALD. Les autres soins et traitements sont remboursés dans les conditions habituelles.

- mais ne disposent pas d'un titre de séjour,
- et qui justifient de ressources annuelles ne dépassant pas le plafond applicable pour l'admission à la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire.

Depuis mars 2011, un droit d'entrée de 30 Euros est demandé à tous les adultes relevant de ce dispositif. Les mineurs peuvent en bénéficier dès leur arrivée sur le territoire sans droit d'entrée.

L'AME prend en charge les soins à 100% sur la base du tarif de la sécurité sociale, donc pas les dépassements d'honoraires, pas les lunettes, ni les prothèses dentaires.

En mai 2010, le titre sécurisé a été mis en place sur la Loire-Atlantique, avec un retrait à la CPAM de Nantes.

En Loire-Atlantique, fin 2010, 1 882 personnes sont affiliées à l'AME, ce qui représente une baisse de 20% par rapport à juin 2009 (2 254). Fin 2011, on ne dénombrait plus que 2 176 bénéficiaires de l'AME (1378 assurés et 798 ayants-droits). Le recours tardif aux soins voire le renoncement aux soins des personnes qui ne seront pas en mesure de financer le droit d'entrée est à prévoir.

Contrairement à la circulaire du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable qui rappelle que seules les personnes qui ne peuvent pas déclarer d'adresse sont obligées d'avoir recours à une domiciliation administrative, la CPAM de Nantes exige un justificatif de domicile. L'adresse déclarative n'est pas acceptée. Dans cette circulaire, il est aussi rappelé que les CCAS sont tenus de domicilier les bénéficiaires de l'AME, ce que ne fait pas le CCAS de Nantes.

Sur Nantes, en même temps que la réforme de l'AME, la CPAM a ciblé un seul site (au lieu de 2) pour l'instruction des dossiers de l'AME. A notre connaissance, aucune permanence régulière de la CPAM est décentralisée en associatif ou à l'hôpital.

A Nantes, un motif de satisfaction réside dans le fait que si le dossier est complet, l'AME est délivrée à l'issue même du rendez-vous à la CPAM, ce qui est rare en France semble t'il. Un bémol toutefois : il faut attendre actuellement 2 mois avant d'avoir un rendez-vous.

Depuis la mise en œuvre de la réforme AME, à Nantes, nous avons constaté les difficultés suivantes dans l'instruction des dossiers :

- Manque de formation de certains guichetiers sur l'AME : par exemple, nous avons pu noter la difficulté pour les guichetiers de s'adapter au fait que les enfants puissent ouvrir leurs droits seuls. Egalement, nous avons constaté des refus de dossier au lieu de donner une lettre d'admissibilité lorsque la personne n'a pas le timbre de 30 Euros.
- Le droit d'entrée de 30 Euros est le frein majeur pour beaucoup de familles Roms. Souvent, dans les couples, le choix se porte sur l'un des deux adultes du couple pour ouvrir le droit.

L'annexe 2 témoigne plus en détail de ces difficultés.

A Nantes, des structures se sont engagées dans le financement des 30 Euros des personnes qu'ils suivent :

- Le secours catholique pour les personnes qu'ils suivent.
- AME SAM pour les Roms de Rezé à condition d'être sur le terrain de Rezé.
- Le Logis St Jean pour les Tunisiens qu'ils suivent
- AIDA pour les demandeurs d'asile en procédures prioritaires
- Les Lits Halte Soins Santé pour les patients qu'ils reçoivent
- Le CCAS du Cellier pour les roms résidant sur le terrain du Cellier

A Angers, c'est le **CCAS de la Ville d'Angers** qui finance les 30 Euros pour les bénéficiaires de l'AME.

A ce jour, les assistantes sociales de la PASS de Nantes indiquent qu'en fin de compte, il n'y a pas de problèmes particuliers en raison des 30 Euros. L'hôpital a pris la position au printemps 2011 de continuer à recevoir les personnes même si elles n'ouvraient pas leurs droits à l'AME en raison du droit d'entrée. Finalement, il semble que les personnes suivies à la PASS trouvent des solutions pour payer les 30 Euros.

On s'interroge tout de même sur cette réalité. Nous pensons que nous ne touchons peut être pas les personnes renonçant aux soins ? Des personnes sont-elles en abandon de soins ?

*Témoignage : un Mr rom accompagné par l'action Roms de Mdm à Nantes a été hospitalisé pour tuberculose. Nous avons appris qu'il fuguait du CHU pour faire la manche dans la rue devant l'hôpital pour payer les 30 Euros.*

#### Couverture maladie des Demandeurs d'asile :

Les demandeurs d'asile en procédure (avec récépissé ou APS) ont droit à la CMU. Jusque là, il était possible d'obtenir la CMU pour les demandeurs d'asile sous Dublin II et les personnes n'ayant que la 1<sup>ère</sup> convocation en préfecture. Maintenant, on constate que ces personnes sont orientées vers l'AME plutôt que la CMU.

Les demandeurs d'asile relèvent tous de la domiciliation unique de AIDA (plateforme d'accueil des demandeurs d'asile). Les délais pour obtenir une première domiciliation sont actuellement de deux mois. Les personnes ne peuvent ouvrir leurs droits CMU pendant cette période d'attente. Ils relèvent alors du dispositif PASS en attendant.

Depuis janvier 2012, le cahier des charges de la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile a été réduit. AIDA ne s'occupe plus d'accompagner les personnes dans leur accès à la CMU. Depuis plusieurs mois, AIDA tente d'avoir un rendez-vous avec la CPAM pour les saisir sur ce changement, mais sans aucun résultat. Cette absence d'accompagnement ne sera sans doute pas sans conséquence.

#### La circulaire Soins Urgents

La circulaire de mars 2005, modifiée par la circulaire du 7 janvier 2008 concerne les étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME qui ont besoin de soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de la santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé.

Ce dispositif prévoit la prise en charge de soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le VIH par exemple), les grossesses (examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et au nouveau né), IVG et interruption médicale de grossesse.

La circulaire du 7 janvier prévoit que pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif de soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME à la CPAM (pour pouvoir n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux pour lesquels la demande d'AME a été rejetée). Cela ajoute une difficulté supplémentaire pour accéder au dispositif.

A Nantes, cette circulaire est plutôt bien connue au niveau de l'hôpital et est appliquée. C'est au niveau de structures de soins privés que la circulaire est la moins bien appliquée.

Toutefois, cette circulaire n'est pas ou mal appliquée pour le suivi de grossesse à l'Unité Gynéco Obstétrique Médico Psycho Sociale et en service gynéco qui ne reçoivent les personnes que si elles ont des droits ouverts,

sinon, elles doivent passer par la PASS. Alors, la PASS fait une demande AME et en attendant donne des étiquettes PASS pour les consultations et examens à l'UGOMPS.

La circulaire fonctionne pour les IVG : le Centre de Planification y a recours.

## La PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Les PASS constituent le seul dispositif de santé permettant en théorie l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie. En particulier depuis que l'Aide Médicale Etat n'est plus accessible aux personnes présentes en France depuis moins de 3 mois, elles sont le seul recours aux soins possibles pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection maladie et pour les personnes disposant d'un visa touriste sans assurance maladie dans leur pays d'origine. Il est vital que ces structures continuent à fonctionner et à remplir leur mission pour les personnes démunies.

MdM reste dans un rôle de veille sur le dispositif PASS, faisant partie notamment du Collectif PASS.

A Nantes, grâce à une volonté hospitalière importante et à l'implication forte de membres du réseau nantais sanitaire, la consultation Jean Guillon a ouvert le 15 novembre 1999. Cette consultation porte le nom du Professeur en endocrinologie du CHU qui s'est mobilisé pour la construction de cette consultation au sein de l'hôpital. Il était également responsable de mission de MdM Nantes.

Dès 2000, la consultation recevait 876 patients pour 2 415 actes de soins et 1 390 entretiens sociaux. En 2010, la file active est de 1 866 personnes dont 1 142 nouvelles. 3 383 consultations médicales, 2 140 entretiens sociaux et 2 695 actes infirmiers ont été réalisés. 87% des personnes reçues sont étrangères, cette proportion est dans une progression constante. 75 % des personnes ne sont pas francophones, en augmentation également (2/3 en 2009).

Depuis 2005, la PASS est située dans un bâtiment à part, en dehors des locaux du CHU mais à proximité, dans un nouvel immeuble partagé avec le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage, comprenant entre autre le CDAG et le centre de vaccination. L'immeuble est nommé le Tourville.

La consultation est rattachée au service de médecine interne. Il s'agit d'une consultation générale ouvrant au plateau technique de l'hôpital (en 2010, 519 consultations dans les services spécialisés du CHU ont été réalisées dans le cadre du dispositif PASS).

Un médecin à 80%, une interne, 6 médecins vacataires assurent la consultation médicale. Les médicaments sont fournis aux patients n'ayant pas de droits pour la durée totale du traitement à la pharmacie de l'hôpital. En 2010 : 1 398 personnes ont accédé à la pharmacie dans le cadre du dispositif PASS. Un protocole d'étiquettes PASS permet cet accès à la pharmacie. Pour les personnes titulaires d'une couverture médicale, les médicaments sont à retirer en pharmacie de ville.

Les infirmières du service prodiguent soins d'hygiène, prises de sang, pansements. Elles effectuent elles-mêmes des dépistages (la Consultation Jean Guillon détecte davantage de cas de VIH que le CDAG). Dans le même bâtiment que la CJD se trouvent le centre de vaccinations (branché sur CLINICOM ce qui permet de coordonner les soins) et le CDAG. Les orientations sont faciles. Les effectifs infirmiers ont été augmentés en 2010 en particulier pour permettre de développer les projets d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé (en particulier pour la population Rom). Mais les actions hors les murs restent très rares.

5 assistantes sociales sont rattachées au dispositif PASS :

- un effectif de trois assistantes sociales à temps partiel accueillent le public sur toutes les plages horaires d'ouverture de la Consultation Jean Guillon (du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30)

- une assistante sociale à mi-temps reçoit les personnes suivies au Centre de Soins Dentaires de l'Ecole Dentaire qui ont des difficultés financières. 142 patients reçus en 2010, 1/3 d'étrangers.  
L'accompagnement social consiste à informer les personnes rencontrant des difficultés de prise en charge de leurs droits et à les accompagner dans un accès effectif (AME, mutuelle, acquisition d'une mutuelle complémentaire...). Pour les bénéficiaires de l'AME pour lesquels un reste à charge est impossible à assumer, l'assistante sociale se tourne vers les associations caritatives (secours Catholique, Secours Pop) pour demander des aides financières.
- la PASS pédiatrique consiste en une assistante sociale à mi-temps en charge des familles dont un des enfants est atteint d'une pathologie chronique. 1/3 des personnes rencontrées sont de nationalité étrangère. La prise en charge sociale de ces familles consiste à rechercher et à proposer des solutions d'aides durables pour ces familles, afin que la situation sociale ne vienne pas compromettre l'accès aux soins et les traitements effectifs des enfants (demande d'aide financière, demande de logement adapté...).

Les assistantes sociales représentent également la PASS dans les réunions de réseau : Réseau Ville Hôpital sur le VIH et les Hépatites, CASA : Collectif des Associations pour les Sans Abris, Réunion inter partenariale pour les étrangers, RESEAN.

Une aide-soignante et une secrétaire contribuent également au fonctionnement de la consultation.

Le recours à l'interprétariat physique de l'Asamla n'est pas possible pour une première consultation (qui est forcément sans RV, donc l'interprète ne peut être anticipé). Il peut être organisé pour un RV fixé environ 3 semaines à l'avance sur les plages horaires du matin. Le recours à ISM par téléphone est véritablement exceptionnel en raison du coût.

**Public reçu :** la Consultation Jean Guillon (CJG) reçoit toutes les personnes avec droits potentiels non ouverts, droits ouverts ou sans droits, sauf les personnes ayant des visas touristiques. Ces dernières sont alors orientées sur le CASO de MdM. La Consultation Jean Guillon du dispositif PASS reçoit les enfants.

Dans un délai de 6-8 semaines, après la première consultation sociale, si les personnes n'ont pas fait de démarches pour ouvrir leurs droits, une facture leur est adressée par l'hôpital. Si les personnes reviennent à la CJG, elles sont tout de même reçues : on leur explique qu'une facture est en cours, qu'il faut régulariser leur situation. Des demandes d'aide financière à la CPAM peuvent alors être faites par l'Assistante Sociale.

La circulaire « soins urgents » est appliquée principalement pour les grossesses, le VIH, la tuberculose, les appendicites.

Le dispositif PASS de Nantes consiste aussi à former et informer le personnel de l'hôpital sur l'existence de la PASS, la prise en charge des populations précaires, l'accueil et la circulation au sein de l'hôpital.

Un comité de pilotage de la PASS existe. Très actif au moment de la mise en place du dispositif PASS à Nantes, après quelques années de mise en veille, ce comité de suivi a été réactivé avec de nouveaux membres en 2010. La coordinatrice générale de MdM a été sollicitée pour y participer et se joint donc au groupe pour environ 3 à 4 réunions annuelles.

Depuis 2009, la fréquentation régulière de la PASS par les familles Roms en particulier mais aussi celle des demandeurs d'asile en attente de l'ouverture de leurs droits a provoqué la saturation de la consultation Jean Guillon. Lors de la consultation sans rendez-vous l'après midi, la demande est bien plus importante que le nombre de consultations qui peut être assuré par l'équipe de la CJG. Des tickets sont distribués en début d'après-midi aux premiers arrivés (certains attendent parfois depuis 2 heures). Le nombre de personnes non acceptés à chaque permanence n'a pas été relevé sur 2011. Les équipes de MdM sur les terrains Roms en

particulier mais aussi intervenant auprès de personnes à la rue entendent de plus en plus des témoignages de personnes renonçant à se présenter à la Consultation Jean Guillon en raison de l'attente trop longue et du risque de venir pour rien (si la personne n'arrive pas dans les premières ou si elle n'est pas jugée prioritaire).

Fin 2011, une nouvelle organisation est expérimentée pour faire baisser la pression : les personnes qui ne seront pas reçues ce jour là se voient remettre un ticket et sont notées pour être prioritaires un autre jour identifié. Ce système semble satisfaire les intervenants de la CJG, car l'ambiance est plus apaisée. Elle ne change rien à la problématique de fond : les besoins sont largement plus importants que ceux qui peuvent être couverts par l'équipe de la CJG telle qu'elle est dimensionnée aujourd'hui et certains continuent à renoncer à s'y rendre. La CJG recherche également d'autres solutions, en particulier, une orientation plus systématique des patients suivis depuis longtemps, dont les droits sont ouverts, vers la médecine de ville.

Chaque semaine, une réunion de concertation pluridisciplinaire de réorientation a lieu.

En 2010, 167 personnes ont été orientées vers un médecin de ville, soit une augmentation de 40 % par rapport à l'année précédente. La relative stabilité à cette période et surtout l'entrée en logement d'un nombre important de familles roms a permis des réorientations. Pour 139 patients, un médecin traitant a été clairement identifié et un courrier médical de synthèse a pu être directement adressé à ce référent médical.

En 2010, le CHU de Nantes a répondu à deux appels d'offre : celui de la PASS régionale et celui des PASS psychiatriques. Dans les 2 cas, les projets ont été retenus.

- Le médecin de la CJG devient animatrice du réseau des PASS de la région.

- Au printemps 2012, la PASS psychiatrique débute ses activités tout doucement. Un psychiatre, une psychologue à mi-temps sont en place. Une secrétaire doit aussi être recrutée. L'articulation avec la CJG a été très difficile à définir, en discussion depuis 2 ans, en raison du manque de locaux et de secrétariat à la CJG pour accueillir davantage d'activités. Il est prévu que seule l'équipe médicale de la CJG oriente des patients à la PASS psychiatrique. MdM, ni aucun autre partenaire, peut orienter directement à la PASS psychiatrique.

Un bureau a pu être mis à disposition au 4<sup>ème</sup> étage du bâtiment où se trouve la CJG. Difficulté dénoncée par la CJG : les personnes venant en consultation pour la PASS psy ajoutent à la confusion de la gestion de la salle d'attente commune à la CJG...

L'objectif de la PASS psychiatrique est de prendre en charge les personnes qui n'ont pas encore de couverture maladie. Après deux entretiens d'évaluation, 14 entretiens peuvent être assurés par personne. Pour la suite, une orientation vers les CMP si nécessaire doit être travaillée.

En conclusion, la PASS de Nantes fonctionne plutôt bien, selon les critères établis notamment dans la circulaire de juin 2008, mais elle est surchargée en règle générale.

Restent également deux points insatisfaisants :

- La prise en charge des personnes précaires en visa touristique n'est pas possible aujourd'hui. C'est un principe décidé depuis la mise en place de la PASS nantaise. Dans ce contexte, le CASO de Nantes ne peut fermer ses portes, ce qui devrait normalement se produire dans les villes où les PASS sont totalement fonctionnelles.

- Le délai des 6 – 8 semaines pour effectuer les démarches.

A notre avis, si des moyens supplémentaires étaient attribués à la CJG pour développer des activités de PASS mobile, des actions dans les centres d'hébergement d'urgence, pour aller vers les personnes qui ne vont plus vers le soin et qui ne vont pas à la CJG, seraient pertinentes.

Rattachée au service maternité du CHU de Nantes, cette unité a pour objet dans une approche pluridisciplinaire de prendre en charge les femmes enceintes en situation de précarité. Lorsque les personnes ont des droits ouverts, elles peuvent directement avoir accès à ce dispositif. Lorsque ce n'est pas le cas, elles doivent d'abord passer par la CJG du dispositif PASS. « C'est une décision institutionnelle, du CHU, de concentrer à la consultation Jean Guillon le budget PASS plutôt que le disséminer dans tous les lieux de l'hôpital. » Cette organisation complexifie l'accès à l'UGOMPS.

Ainsi, si l'UGOMPS ressemble de par son objet à une PASS périnatalité, elle ne peut donc prendre en charge des personnes sans droits ouverts.

## La régularisation pour raison médicale / droit au séjour pour étrangers malades

Le titre de séjour pour raison médicale (carte de séjour mention « vie privée et familiale » selon la loi ; ou autorisation provisoire de séjour si la personne a sa résidence en France depuis moins d'un an) doit être délivré à la personne étrangère malade résidant en France qui remplit les conditions médicales suivantes :

1. subir des conséquences graves pour sa santé en cas de manque de soins ;
2. avoir besoin d'un « traitement approprié » (prise en charge médicale) qui est « absent » dans son pays d'origine.

C'est ce dernier mot « absent » (remplaçant « accessible » de façon effective) qui a changé le 16 juin 2011, lors de l'adoption de la loi sur l'immigration.

Une circulaire du Ministère de la santé datant du 10 novembre 2011 précise les modalités du nouveau dispositif, et notamment précise le rôle des médecins des ARS dans la procédure, et en même temps re-clarifie la définition de « absence d'un traitement approprié », de façon plutôt favorable aux étrangers gravement malades. Néanmoins, les ARS et surtout les Préfectures sont les garants du respect de la procédure.

A Nantes, de nombreuses pièces abusives sont exigées par la préfecture de Loire-Atlantique (passeport, certificat d'attaches familiales...), les délais d'instruction sont très longs surtout depuis la mise en place quasi systématique de demande d'authentification des pièces, des dossiers sont régulièrement perdus, beaucoup de dossiers sont considérés comme incomplets et ne sont pas instruits. Aucune Autorisation Provisoire de Séjour n'est délivrée pendant la période d'examen du dossier, ce qui est pourtant prévu par la loi. La préfecture exige un an de présence sur le territoire français alors que la loi prévoit la délivrance d'APS pour les personnes résidant en France depuis moins d'un an. Courant 2011, au moment du changement d'interlocuteur sur cette question à la Préfecture, il est devenu très difficile de joindre la préfecture et d'être mis au courant de l'avancée des dossiers.

D'abord en raison de la réforme de ce droit au séjour en 2011, puis face à ces dérives administratives ayant des conséquences sur les personnes concernées, AIDES, la CIMADE et Médecins du Monde ont été à l'initiative de la mise en place d'un collectif de vigilance sur cette question. De nombreux partenaires : Ligue des Droits de l'Homme, Gasprom, MRAP l'ont rapidement rejoint. Un plaidoyer pour mettre fin à ces pratiques est en cours en 2012.

## L'hébergement

Le SIAO est une plate-forme qui centralise les orientations vers les dispositifs d'urgence et d'insertion. En 2010, 36 000 appels, concernant 2 500 ménages différents, ont été reçus par le 115 pour une demande d'hébergement d'urgence. Environ la moitié des demandes trouvent une réponse.

Le dispositif **d'hébergement et de logement temporaire** en Loire-Atlantique comprend à ce jour 2 125 places, réparties entre :

- 203 places d'urgence et de stabilisation
- 631 places d'insertion
- 196 places de maisons relais,
- 15 places de lits halte soins santé
- 1 080 places de logement temporaire.

L'essentiel du dispositif d'hébergement d'urgence est situé dans les agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire, alors que celui du logement temporaire est réparti sur l'ensemble du département, hors Nantes.

Il y a 68 places d'hébergement d'urgence sur l'année et une trentaine de plus pendant le plan hivernal. Le samu social ainsi que le collectif Urgence Précarité estiment qu'il faudrait une centaine de places supplémentaires.

Les jeunes majeurs étrangers sans titre de séjour ne sont plus hébergés dans le Dispositif Insertion Jeune.

Le SIAO insertion est engorgé. Les délais pour être accueillis dans une structure sont trop longs. Les demandes des personnes sans titres de séjour ne sont pas étudiées.

*En attendant un logement autonome et pérenne, l'Etat doit se donner les moyens de garantir l'application du principe d'accueil inconditionnel, c'est-à-dire quelque soit le statut administratif, en mettant à disposition une offre d'hébergement suffisante, y compris en dehors de la période hivernale. Un accompagnement médico-social adapté aux parcours et aux besoins des personnes doit être proposé.*

## L'hébergement des demandeurs d'asile

### **Forte augmentation du nombre de demandeurs d'asile dans le département**

Demandeurs d'asile : en augmentation : + 32% en 2009. En 2009, année de la régionalisation de la demande d'asile, 581 personnes ont déposé leur demande d'asile en Loire Atlantique en 2009.<sup>6</sup>

Les places d'hébergement en CADA sur la Loire-Atlantique : 372 places, dont 46 pour les personnes seules<sup>7</sup>. Ces capacités en CADA sont insuffisantes pour absorber le flux de demandeurs d'asile. Les personnes seules accèdent peu à l'hébergement (CADA, hôtel), les familles étant prioritaires.

La question des demandeurs d'asile est répercutée sur des villes de moindre importance en taille : La Roche sur Yon, non préparée pour recevoir ce public.

Données fin mars 2012 : 70 à 80 personnes arrivent chaque mois en vue d'effectuer une demande d'asile. Sur la région, tous les isolés sont orientés vers Nantes car ils ne sont plus accueillis par la plateforme d'accueil de Maine et Loire depuis décembre 2011 (décision du préfet de région pour désengorger Angers).

Environ 50 personnes sont hébergées par le 115. 225 familles (soit 700 – 800 personnes) sont hébergées par AIDA, majoritairement en hôtel et depuis peu en résidence hôtelière (une trentaine de familles). Pendant la période hivernale, plusieurs familles étaient hébergées en gîte, fermés maintenant, les familles sont de nouveau dans le dispositif hôtelier.

---

<sup>6</sup> Source OFPRA

<sup>7</sup> Programme accelair – Forum Réfugiés - diagnostic du département de la Loire-Atlantique - 2010

Cette année, il y a eu alternance (soit le 115, soit chez AIDA) pour la prise en charge de l'hébergement des familles demandeuses d'asile dans la période d'attente entre leur arrivée sur la ville et leur domiciliation (2 mois d'attente) : Les isolés sont peu hébergés, s'ils n'ont pas de compatriotes, amis, ils dorment à la rue et parfois sont pris en charge par le 115.

#### Aide à la subsistance du Conseil Général 44

Plusieurs centaines de familles sans ressources ou sans allocations familiales bénéficient de l'aide à la subsistance. Un règlement spécifique a été mis en place pour les familles roumaines : les aides financières octroyées par le CG 44 aux familles roumaines le sont en fonction du diagnostic social par la Permanence Chaptal (lieu dédié aux familles roumaines et bulgares, mission du Conseil Général 44 déléguée à mais aussi en fonction de la durée de présence en France. Il n'y a pas d'automatisme, les dossiers de demande d'aides financières sont étudiés au cas par cas.

Le montant des aides à l'enfance varie en fonction du nombre d'enfants à charge :

- 145 euros pour un enfant
- 213 euros pour deux enfants
- 229 euros pour trois enfants

Puis 10 euros supplémentaires par enfant.

Les familles roumaines présentes sur l'agglomération nantaise avant le 8 juillet 2009 bénéficient, si elles ne disposent d'aucune ressource, d'une aide à l'enfance mensuelle. Pour les familles arrivées après cette date, elles bénéficient d'une aide à l'enfance de 140 Euros une fois unique et quelle que soit la composition familiale. Cette situation crée de fait un déséquilibre entre familles d'une même communauté.

## 2.2. Partenariats

A Angers :

- Le Point Accueil Santé Solidarité (PASS) géré par la Mairie via le CCAS, situé en centre-ville.
- La P.A.S.S. (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), située dans le Service des Urgences du C.H.U (ouverte en Février 2000). Les soins d'urgence sont ouverts 24 h sur 24. Nous y adressons tous les patients qui ont besoin d'examens spécialisés. Des assistantes sociales y sont à la disposition des patients pour les renseigner sur l'ouverture de leurs droits. Un médecin généraliste de ville assure une vacation hebdomadaire à la PASS.  
Il nous semble important de rappeler que la mission de la PASS est de recevoir tous les patients qui le nécessitent, de les soigner et de les accompagner dans l'ouverture de leurs droits ; pas seulement de faire face aux urgences ou d'assurer des examens spécialisés pour des personnes disposant d'une couverture maladie.
- Secours Catholique : Des rencontres trimestrielles sont organisées par la Délégation Départementale du Secours Catholique sous le titre « *Coordination SDF* » pour tous les acteurs sociaux, afin de coordonner au mieux l'action de tous auprès des démunis.
- Espace Accueil d'Urgence 49 : Forum d'échanges
- SAMU Social : aide sociale
- Croix Rouge Française : soins dentaires
- Centres d'hébergement et CHRS subventionnés par la Ville d'Angers et le Département.



## CASO

A Nantes, nous participons à de nombreux collectifs et groupes de travail thématiques ou territoriaux.

| Collectif / réseau                                                      | Objectif                                                                                                        | Organisations présentes                                                                                                                                                                                                                   | Mission concernée                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Collectif d'Aide aux Sans Abri (CASA)                                   | Coordination inter associative                                                                                  | Acothé/Triangle (CAARUD), MdM, Vérité misère, Veille Sociale 44, ELPP, Les Eaux Vives, CCAS (SAPSD), Centre de vie St Yves, Centre St Benoît, Le Gué, Ecoute de la Rue, la Maison, CHRS Trajet, Brin de Causette, Beau Rivage, la PASS... | Précarité, Roms, CASO               |
| Collectif Romeurope national                                            | Mise en commun d'informations et organisation d'actions de plaidoyer                                            | LDH, Cimade, MRAP, FNASAT, Hors la Rue, ALPIL, AMPIL, ABCR, Lien Tsigane, Rencontres tsiganes + asso roumaine                                                                                                                             | Roms                                |
| Collectif nantais Romeurope                                             | Mise en commun d'informations et stratégies de plaidoyer                                                        | LDH, Cimade, 1 famille 1 toit, MdM, associations locales de soutien aux Roms, Gasprom                                                                                                                                                     | Roms                                |
| Collectif de vigilance sur le droit au séjour étranger malade (DASEM)   | Observatoire de la réforme du DASEM. Plaidoyer commun contre les pièces abusives demandées par la Préfecture LA | AIDES, Cimade, LDH, Gasprom, MRAP                                                                                                                                                                                                         | Toutes les missions                 |
| Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie                         | Définitions des priorités régionales de santé                                                                   | ARS, associations de santé                                                                                                                                                                                                                | Toutes les missions                 |
| Conférence de territoire                                                | Définitions des priorités départementales de santé et suivi                                                     | ARS, associations de santé, services hospitaliers                                                                                                                                                                                         | Toutes les missions                 |
| REseau Santé Rue Agglo Nantaise                                         | réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un problème de santé précis de pers.    | ELPP, Veille Sociale 44, Accueils de jour (MAJ, Clairefontaine), PASS                                                                                                                                                                     | Précarité, CASO                     |
| Réseau Ville Hôpital pour le VIH et les hépatites - Groupe de travail : | Circulation infos entre structures, formation, fédération des ressources, alerte. Redéfinition du               | Service infectiologie, coordination REVIHép, Veille Sociale, A.C.T., AIDES, CHRS. Depuis février 2012 : intégration des associations                                                                                                      | Prostitution, CASO, précarité, Roms |

## CASO

|                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                                                               |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Santé sexuelle et précarité                                                                      | nouveau groupe de travail étendu à la santé sexuelle                                                      | de planning familial, centre de planif, PJJ, Maison de l'Adolescent...                                                                                                        |                     |
| Santé des femmes, santé des migrants                                                             | Groupe régional pour la santé des femmes, violence, femmes en grande souffrance                           | UGOMPS, DDCS LA et Vendée, planning, Asamla, OFII, Permanence Chaptal, CNHR                                                                                                   | Prostitution, Roms  |
| Comité de suivi PASS                                                                             | Suivre le fonctionnement de la PASS                                                                       | PASS, pharmacie du CHU, Asamla                                                                                                                                                | Toutes les missions |
| Comité de pilotage accès aux soins des populations sensibles des quartiers de la Ville de Nantes | Groupe ressource pour accompagner une enquête de la Ville de Nantes sur les difficultés d'accès aux soins | Santé publique et santé scolaire Ville de Nantes, Service Intégration Ville de Nantes, CPAM, Asamla, CISS, ORS, préfecture, Politique de la Ville, Santé Ville de St Herblain | Toutes les missions |
| Comité de pilotage organisation journée CISS                                                     | Groupe de travail pour organiser les prochaines assises du CISS sur l'accès aux soins                     | CISS, Santé Publique Ville de Nantes                                                                                                                                          | Toutes les missions |
| Groupe de travail CPAM, PASS, MdM, Asamla                                                        | Création d'un outil explicatif sur le système de soins français et les dispositifs nantais                | CPAM, PASS, Asamla                                                                                                                                                            | Toutes les missions |
| Comité national de pilotage du projet de médiation sanitaire                                     | Suivi de l'expérimentation dans 4 villes sur la médiation sanitaire                                       | DGS, collectif Romeurope, ASAV, AREAS, MdM, Ministère de la Cohésion Sociale, ARS                                                                                             | Roms                |
| Comité de suivi local projet de médiation sanitaire                                              | Suivi du projet nantais                                                                                   | Villes de St-Herblain et Rezé, CPAM, Asamla, Ugomps, Conseil Général, Conseil Régional, ARS, PASS, CFPD                                                                       | Roms                |

## CASO

Nos partenaires locaux principaux sur l'ensemble de nos missions nantaises sont les suivants :

| Partenaires                                                        | Nature du partenariat                                                          | Convention | Mission concernée                           |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
| Cabiria, Amis du bus des Femmes, Grisélidis, CLGBT, Autres Regards | Echanges d'expériences                                                         | Non        | Prostitution                                |
| AIDES                                                              | Intervention d'animateurs de prévention de AIDES<br>Prêt de notre unité mobile | Non<br>Oui | CASO                                        |
| ASAMLA                                                             | Interprétariat                                                                 | Oui        | CASO (consultation psy), Roms, prostitution |
| Avocats                                                            | Orientations, conseils                                                         | Non        | Prostitution                                |
| Banque Alimentaire                                                 | Aide au tri<br>Fourniture de produits alimentaires                             | Oui        | CASO, prostitution, milieu festif           |
| Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage                     | Organisation de sorties conjointes : CDAG, CLAT, CVP                           | Non        | Prostitution, Roms, CASO                    |
| Centres de Planification et d'Education Familiale                  | Orientation                                                                    | Non        | Prostitution, Roms, CASO                    |
| Centres Sociaux Culturels                                          | Orientation pour cours de français                                             | Non        | Prostitution                                |
| Cimade                                                             | Orientation, échanges d'information                                            | Non        | CASO, prostitution, Roms                    |
| Centres Médico-Psychologique                                       | Orientations                                                                   | Non        | CASO, prostitution                          |
| CHU Service infectiologie                                          | Orientations                                                                   | Non        | Prostitution                                |
| Service Précarité de la CPAM                                       | Orientation                                                                    | Non        | Prostitution                                |
| Service Prévention de la CPAM                                      | Interventions conjointes, création d'outils                                    | Non        | Roms                                        |
| CRIPS                                                              | Formation, outils                                                              | Non        | Prostitution                                |
| Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité                            | Orientation, échanges d'informations                                           | Non        | CASO, précarité                             |
| Gasprom                                                            | Orientation                                                                    | Non        | Prostitution, Roms, CASO                    |
| Le Mouvement du Nid                                                | Orientations insertion                                                         | Non        | Prostitution                                |
| Ligue des Droits de l'Homme                                        | Orientations, plaidoyer commun                                                 | Non        | Roms                                        |
| Lits Halte Soins Santé                                             | Orientations                                                                   | Oui        | Précarité, CASO                             |
| Médecins généralistes                                              | Orientations                                                                   | Non        | Prostitution, CASO                          |
| Restos du Cœur                                                     | Consultations MdM                                                              | Oui        | Précarité                                   |

## CASO

---

|                                |                                                   |     |                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| ANEF - FERRER                  | Suivis communs, transfert de compétences          | Oui | Prostitution                        |
| PASS                           | Orientations réciproques, échanges d'informations | Non | CASO, Roms, précarité, prostitution |
| Permanence Chaptal             | Echanges d'informations                           | Non | Roms                                |
| Permanence Sociale<br>Talensac | Orientation                                       | Non | Prostitution                        |
| UGOMPS                         | Orientations, formations                          | Non | Prostitution, CASO, Roms            |
| Urgences du CHU                | Orientations, TPE                                 | Non | Prostitution                        |
| Veille Sociale 44              | Orientations réciproques                          | Non | CASO                                |

## Objectif général de la Mission France

---

La Mission France de Médecins du Monde Pays de Loire a pour objectifs généraux :

- améliorer l'état de santé des personnes en situation d'exclusion et/ou de vulnérabilité en favorisant leur accès aux soins, aux droits et à la prévention,
- témoigner auprès des institutions sanitaires et sociales des difficultés qu'elles rencontrent à l'accès aux droits et aux soins.

## Les différentes missions France

---

- Les CASO
- La précarité
- L'action auprès des Roms roumains et la médiation sanitaire
- Le milieu festif
- La mission auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés

## 1. Le Centre de Soins, d'Accueil et d'Orientation (CASO) de Nantes

Depuis 1986, l'activité du CASO s'est peu à peu transformée du fait de l'évolution socioéconomique, des flux migratoires, des évolutions législatives permettant la mise en place de dispositifs de droits communs de prévention, d'accès aux soins et de lutte contre les exclusions. D'autre part, en raison du bon fonctionnement de la PASS ouverte en 1999, notre activité de consultation médicosociale a considérablement baissée, bien que de nouveau en hausse depuis 2010.

Le CASO de Nantes garde sa vocation d'accueil, de soins et d'orientation des populations précaires. Il reste ainsi un bon observatoire de l'évolution des problématiques des populations accueillies.

D'autre part, il s'est positionné sur deux activités : les consultations psychologiques transculturelles spécialisées dans la prise en charge du psycho-traumatisme des migrants avec le plaidoyer pour leur passage dans le droit commun et l'aide aux dossiers de demande de titres de séjour pour soins des étrangers malades et la réalisation d'attestations de difficultés d'accès effectifs aux soins dans le pays d'origine.

### 1.1 Objectif général du CASO

Accueillir, soigner et orienter les personnes s'adressant au CASO et porter témoignage des situations de cette population auprès des autorités locales, des partenaires de santé, du public à travers les médias et contribuer au témoignage au niveau national en participant à l'observatoire de l'accès aux soins.

### 1.2 Objectifs opérationnels

- **Soigner les populations les plus vulnérables et les orienter vers le droit commun.**
  - Offrir un lieu de soins de bas seuil et d'écoute des personnes marginalisées
  - Orienter ces personnes vers les structures de soins appropriées
  - Accompagner les personnes dans l'accès au droit commun
  - Aider à l'obtention de titres de séjour pour soins
  - Pour l'équipe : Organiser des formations en interne de la Mission France Pays de Loire pour améliorer la qualité et la pertinence des actions
- **Prévenir les conduites à risque et les connaissances des usagers en matière de prévention primaire**
  - Distribuer du matériel de prévention primaire (préservatifs et brochures)

# CASO

- Réaliser des entretiens d'accueil sur le statut vaccinal et sérologique des personnes
- Orientation sur le Centre fédératif du CHU pour le dépistage (VIH, VHB, VHC & TB) et les vaccinations
- Pour l'équipe : Travailler en partenariat avec le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage
  
- **Soulager la souffrance psychique des étrangers migrants**
  - Assurer une prise en charge transculturelle des migrants de Nantes
  - Témoigner de la difficulté de prise en charge de ces personnes auprès des instances afin d'obtenir l'ouverture d'une structure spécialisée dans la prise en charge transculturelle dans le droit commun sur Nantes
  - Travailler en partenariat avec le CHU pour élaborer un projet de consultation à l'hôpital
  - Pour l'équipe : Ouvrir un lieu d'échange pour les partenaires intéressés par cette spécificité
  
- **Accompagner les étrangers malades dans leur demande de titre de séjour pour soins**
  - Aider à la construction du dossier
  - Rédiger une attestation de difficultés d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine
  
- **Evaluer et témoigner des obstacles à l'accès aux soins et aux droits des personnes**
  - Recueillir des données sur la situation administrative, sociale et médicale des personnes reçues
  - Témoigner de la difficulté d'accès aux soins, auprès des instances publiques, des structures de soins, des instituts de formation et de nos partenaires
  - Participer à des groupes thématiques ou territoriaux
  - Rédiger le rapport annuel d'activité des données recueillies par l'Observatoire de la Mission France de MdM
  
- **Assurer l'accueil et la formation**
  - Des bénévoles
  - Des étudiants et stagiaires

## 1.3 Activités

### A. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION

L'équipe :

Au cours de l'année, 30 intervenants ont participé à l'activité du CASO :

- 10 médecins (dont 2 internes)
- 7 Infirmier(e)s
- 6 accueillant(e)s
- 2 assistants sociaux
- 5 personnes pour la saisie (dont 2 infirmières et une accueillante)
- 1 pharmacienne
- 2 psychologues vacataires assurent le suivi des personnes précaires migrantes en souffrance psychique, à raison de 12h par semaine au total.

# CASO

**Deux salariées :**

- une coordinatrice générale des missions Pays de Loire
- une secrétaire de délégation participe en soutien.

Tous les deux mois, une réunion des bénévoles du CASO permet de faire le point sur l'activité, de discuter des dossiers, de partager les expériences et de réfléchir aux projets, aux actions et aux moyens à mettre en place pour l'évolution de cette action.

Les intervenants peuvent bénéficier de formations proposées par les partenaires ou le siège et à des formations locales internes organisées pour l'ensemble des équipes.

Les psychologues ont suivi un cycle de formation à l'AIEP, à Bobigny Paris 7, sur les demandeurs d'asile et le psycho-traumatisme, formation sous la responsabilité de Thierry Bobet.

Le CASO comme lieu de stage :

- Accueil d'une étudiante en psychologie, dans le cadre de son DU transculturalité de Bordeaux. Thème étudié : la relation à l'interprète, 3 heures par semaine pendant 2 mois.
- Accueil d'un interne de médecine en stage SASPAS (en autonomie). Depuis mai 2011, l'interne assure une permanence par semaine
- Accueil d'une étudiante IFSI : stage d'observation optionnel précarité.

## Les locaux

Nous disposons d'un appartement au 1er étage du 33 rue Fouré que nous partageons avec l'équipe Roms, la Délégation de MdM Pays de Loire et avec la mission Adoption de Nantes.

## Le fonctionnement

### Le parcours de la personne en consultation médico-sociale

Une consultation médicosociale sociale a lieu les **lundis et jeudis de 14h à 17h**, sans rendez-vous, dans les locaux du 33 rue Fouré à Nantes

Les personnes sont accueillies en salle d'attente de façon conviviale : café, thé, jus de fruit et petits gâteaux etc. sont à leur disposition.

Tout le reste de la prise en charge se fait en **individuel** et est soutenu par deux dossiers, un médical et un social. Des fiches de suivi permettent la continuité de la prise en charge. Ceux-ci sont les bases de notre recueil de données informatiques qui alimente l'Observatoire national de l'accès aux soins de la Mission France de MdM.

- La personne est ensuite reçue en entretien individuel par l'accueillante et/ ou l'infirmier pour entendre sa demande ouvrir son dossier et l'orienter en interne vers :
  - Des soins infirmiers préventifs, éducatifs ou curatifs ;
  - Une consultation sociale,
  - Une consultation médicale

## CASO

- Une prise en charge en externe vers nos différents partenaires médicosociaux
  - Un débriefing avec les différents intervenants a lieu en fin de consultation et permet de faire une synthèse de la prise en charge de chaque personne accueillie
  - Les données et codages des dossiers sont rentrés en différé.

Le CASO de Nantes n'offre pas de consultations spécialisées médicales ou dentaires mais fait appel à des partenaires libéraux ou aux urgences si nécessaire pour les personnes ne pouvant pas avoir accès aux droits et oriente systématiquement toute personne ayant des droits effectifs ou potentiels sur les structures de soins adaptées.

La gestion de la pharmacie de toute la Mission France de Nantes est globalisée au CASO de Nantes. La gestion de la pharmacie du CASO d'Angers est indépendante.

### Bilan de la pharmacie 2011 :

Les médicaments sont délivrés gratuitement par les médecins lors des consultations (CASO de Nantes, Roms, Précarité). Les médicaments sont fournis principalement par PHI - Établissement Pharmaceutique (Pharmacie Humanitaire Internationale).

1382 boîtes ont été fournies représentant 270 spécialités et 19 classes.

Le budget correspondant s'élève à presque **7150** euros sans compter les pansements, les médicaments périmés (médicaments présents non utilisés, mais qui sont utiles pour la rotation du stock, non pris en compte dans cette étude), les vaccins.

Les médicaments les plus prescrits sont les antalgiques (463 boîtes), les anti-infectieux (158 boîtes), les spécialités de gastroentérologie (127 boîtes), les spécialités ORL (93 boîtes) et enfin les spécialités de dermatologie (88 boîtes).

| Classes thérapeutiques               | Nombre de boîtes | Prix public  |
|--------------------------------------|------------------|--------------|
| Allergologie                         | 44               | 595          |
| <b>Antalgiques</b>                   | <b>463</b>       | <b>1 106</b> |
| Anti-inflammatoires                  | 85               | 349          |
| Cardiologie                          | 28               | 333          |
| <b>Dermatologie</b>                  | <b>88</b>        | <b>384</b>   |
| <b>Gastroentérologie</b>             | <b>127</b>       | <b>849</b>   |
| Gynécologie                          | 81               | 916          |
| <b>Antibiotiques anti-infectieux</b> | <b>158</b>       | <b>1 312</b> |
| Neurologie                           | 65               | 299          |
| Ophthalmologie                       | 12               | 48           |
| <b>ORL</b>                           | <b>93</b>        | <b>354</b>   |
| Pneumologie                          | 39               | 125          |
| Antimycosiques                       | 37               | 153          |
| Divers                               | 62               | 323          |
| <b>Total</b>                         | <b>1 382</b>     | <b>7 146</b> |

Des consultations psychologiques ont lieu sur rendez-vous dans les mêmes locaux. Une convention avec l'Asamla permet la mise à disposition d'interprètes pour 6 heures de consultations hebdomadaires.

# CASO

## B. DESCRIPTION ET ANALYSE :

### L'activité du CASO

|                                                      | 2009        | 2010        | 2011         |
|------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>Consultations effectuées</b>                      | <b>787</b>  | <b>973</b>  | <b>1 111</b> |
| <b>Passages au CASO</b>                              | <b>696</b>  | <b>866</b>  | <b>1 010</b> |
| <b>File active</b>                                   | <b>248</b>  | <b>299</b>  | <b>352</b>   |
| <b>Nouveaux patients</b>                             | <b>195</b>  | <b>238</b>  | <b>268</b>   |
| <i>Moyenne des passages/patient</i>                  | <i>2,81</i> | <i>2,9</i>  | <i>2,87</i>  |
| <b>Consultations médicales</b>                       | <b>262</b>  | <b>357</b>  | <b>424</b>   |
| <i>Moyenne des consultations médicales/ patients</i> | <i>1,43</i> | <i>1,55</i> | <i>1,56</i>  |
| <b>Soins infirmiers</b>                              | <b>87</b>   | <b>122</b>  | <b>78</b>    |
| <b>Consultations sociales</b>                        | <b>76</b>   | <b>54</b>   | <b>71</b>    |
| <b>Consultations psychologiques</b>                  | <b>360</b>  | <b>437</b>  | <b>484</b>   |

### Analyse

L'activité globale du CASO augmente régulièrement depuis 2009 (+41,1%).

**Les consultations médicales** ont augmenté de 12,5 % cette année. Ceci est dû en grande partie à la prise en charge des demandes de titres de séjour pour raison médicale (70 personnes concernées pour 151 passages au CASO). Cette activité existait déjà mais elle a pris une autre dimension du fait de la formation de toute l'équipe à cette prise en charge, de l'arrivée de la Cimade dans les mêmes bâtiments que MdM et de leur demande de partenariat dans l'élaboration des dossiers des personnes concernées.

#### **Les consultations sociales :**

La présence plus régulière de nos deux travailleurs sociaux se concrétise par une augmentation des prises en charge. Ces permanences restent cependant insuffisantes au regard des besoins des personnes (42 permanences d'AS) et malgré la sensibilisation des accueillants à la prise en charge sociale, notre service rendu reste à améliorer.

#### **Les consultations psychologiques :**

Deux psychologues vacataires formées à la prise en charge de la souffrance et du psycho traumatisme dans une dimension transculturelle accompagnées si besoin d'un interprète de l'ASAMLA assurent depuis 6 ans cette consultation spécialisée. Notre structure est maintenant bien identifiée par nos partenaires.

Avec 484 consultations, pour 70 personnes suivies, les psychologues assurent environ 7 consultations en moyenne par patient. Ces consultations représentent plus de 43.6 % de notre activité.

# CASO

---

## **Les soins infirmiers :**

Les soins infirmiers curatifs diminuent. L'activité a changé. Ce sont des entretiens de prévention, des prises en charges sociales et l'orientation vers les autres structures de soins. Ces actions ne sont pas toujours codifiées ce qui explique la diminution globale des actes infirmiers.

## **Les personnes accueillies**

Les données concernent les 280 nouvelles personnes reçues en 2011.

### **Sexe et âge :**

|                           | Hommes | Femmes |
|---------------------------|--------|--------|
|                           | 52,5 % | 47,5 % |
| Moyenne d'âge             | 32     | 37     |
| Tranche d'âge majoritaire | 25/29  | 40/44  |

Nous recevons plus d'hommes que de femmes. Ceux-ci sont en moyenne plus jeunes que les femmes. 18 mineurs ont été accueillis, contre 11 l'année précédente.

### **La nationalité :**

|                  |                |
|------------------|----------------|
| 94.1 % étrangers | 5,9 % Français |
|------------------|----------------|

Le pourcentage d'étrangers poursuit sa progression cette année (76,5% en 2008 pour 94,20% en 2011).

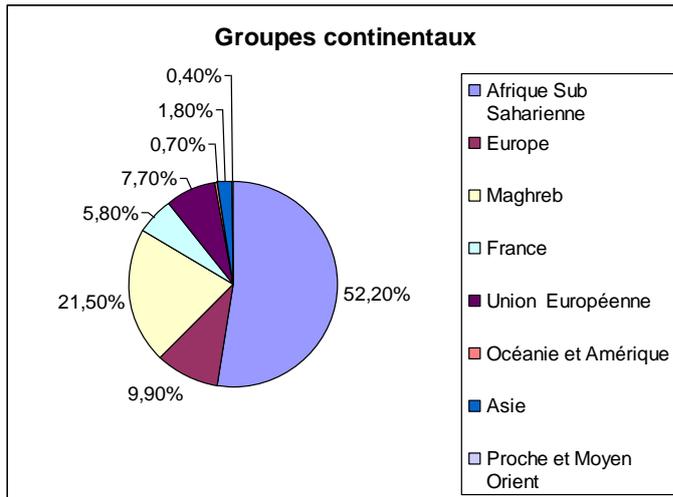
L'augmentation des demandes de titres de séjour pour soins et de la prise en charge psychologique des migrants expliquent ce chiffre.

**Chez les Français**, nous recevons toujours plus d'hommes (64%) que de femmes (36%).

Peut-on en déduire que les femmes prennent davantage leur santé en main et vont plus facilement dans le droit commun et que les hommes, qui ne consulteraient qu'en dernier recours dans nos consultations du CASO ? Nous ne recevons pas la population française en précarité. Pourquoi ? Est-ce par la non identification du CASO sur la ville de Nantes, mais nous savons que le constat est similaire pour la PASS ; ou par abandon de soin de la part de cette population. Comment évaluer cela, sinon en allant vers, par une mission d'exploration auprès de cette population.

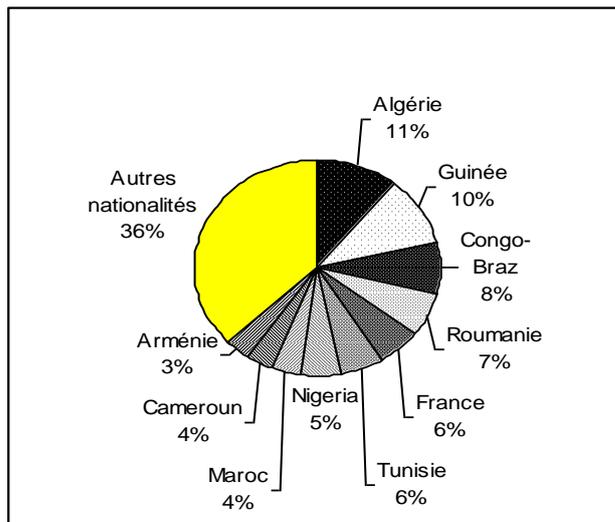
**Chez les étrangers** : le ratio homme/femme est équilibré.

# CASO



Par rapport à l'année 2010, on peut noter une augmentation de 10% de la population de l'Afrique Sub-Saharienne, le Maghreb est passé de 17,4 à 21,5 % le situant ainsi à la deuxième place des groupes continentaux. Les patients d'Europe hors UE ont diminué de 10% contrairement au ressenti de l'équipe.

## Les 10 nationalités les plus représentées en 2011



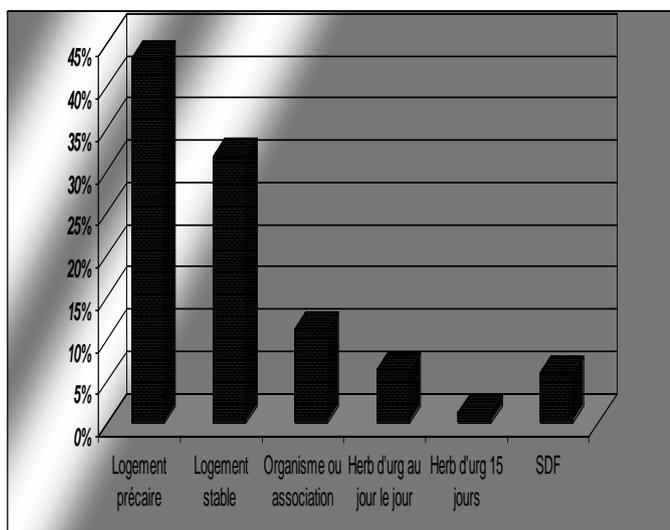
L'Algérie devient la première nationalité rencontrée avec 11% des personnes accueillies.

La Guinée quant à elle est à 10,2%.

Les 3 % d'Arméniens sont pris en charge dans le cadre de la consultation de psycho-trauma.

# CASO

## Le logement :



**31,7%** ont un logement stable, soit le double de l'année dernière (14,5%) ce qui va à l'encontre des notions de difficultés de logement. Est-ce lié à la nature de nos consultations ?

Les femmes sont plus protégées puisque 50 vivent en logement stable pour seulement 29 hommes.

**68,3 %** en logement précaire dont 82,5% logés par des amis, ou de la famille et 10 sont sur des terrains sans droits. 15 sont SDF

Seulement 10 personnes vivent avec tous leurs enfants.

Nous ne recevons pas la population de la rue, ni les squatters. Où vont-ils, se soignent-ils? Nous pensons plus à un abandon de soins, comme pour la population française précarisée.

Comment évaluer cette hypothèse sinon en allant vers eux par une mission exploratoire.

## Pré requis à la couverture maladie :

Nous retrouvons seulement 13 personnes n'ayant pas de domiciliation lors de leur consultation au CASO.

## La couverture maladie :

**PARMI L'ENSEMBLE DES PATIENTS : Droits à une couverture maladie qu'ils relèvent ou non d'un dispositif**

Taux de réponse : **75,7%**

|                                                                    | Nb         | % cit.        |
|--------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Droits non ouverts (aucune couverture maladie ou demande en cours) | 116        | 54,7%         |
| AME                                                                | 41         | 19,3%         |
| Couverture maladie de base et complémentaire                       | 30         | 14,2%         |
| Couverture maladie de base uniquement (SS ou CMU de base)          | 25         | 11,8%         |
| NSP (le patient ne sait pas, document à vérifier, etc...)          | 0          | 0,0%          |
| <b>Total</b>                                                       | <b>212</b> | <b>100,0%</b> |

# CASO

## PARMI LES PATIENTS QUI RELEVANT D'UN DISPOSITIF (AME ou SS et/ou CMUC) :

### Droits effectifs à une couverture maladie

Taux de réponse : **88,7%**

|                                                                    | Nb         | % cit.        |
|--------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Droits non ouverts (aucune couverture maladie ou demande en cours) | 48         | 38,4%         |
| AME                                                                | 35         | 28,0%         |
| Couverture maladie de base et complémentaire                       | 29         | 23,2%         |
| Couverture maladie de base uniquement (SS ou CMU de base)          | 13         | 10,4%         |
| NSP (le patient ne sait pas, document à vérifier, etc...)          | 0          | 0,0%          |
| <b>Total</b>                                                       | <b>125</b> | <b>100,0%</b> |

**Sur 212 personnes reçues pour la première fois, 116 personnes n'ont pas de droits ouverts (54,7%)<sup>2</sup>.**

**41 personnes en visa touristique ne peuvent pas bénéficier de prise en charge des soins.**

**77 personnes ont des droits à ouvrir ou inadaptés. 66 personnes ont été orientées pour l'ouverture ou la révision des droits.**

**Un quart des personnes reçues disent qu'il n'y a pas d'obstacle à l'accès aux démarches d'ouverture des droits.**

**Pour les autres, les difficultés administratives (19 fois) sont évoquées en priorité. Seules 6 personnes ont dit ne pas pouvoir payer les droits d'entrée de 30 euros pour l'AME.**

Il paraît évident que la prise en charge sociale des personnes est plus que nécessaire au CASO pour aider et orienter les personnes dans leur démarche.

**Toutes les personnes connaissent leur couverture ou absence de couverture maladie.**

### La situation économique :

87,8% des personnes interrogées sont sans travail. **93.5%** vivent sous le seuil de pauvreté (908 euros/mois : personne seule). Cependant, nous avons peu de réponses (36,3%) sur les revenus. Malgré l'importance de cette question pour l'orientation vers les droits, il semble toujours tabou pour l'équipe de poser la question.

**Malgré ces résultats, nous pouvons affirmer que cette population est dans une grande précarité économique. A noter que 21,7 % des personnes interrogées déclarent vivre avec moins de 100 Euros par mois.**

# CASO

## Situation administrative :

|                                                                                               | Nb         | % cit.        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Sans titre de séjour (y compris les européens non autorisés à rester en France)               | 85         | 39.9%         |
| Titre de séjour en cours de validité                                                          | 54         | 25.4%         |
| Visa touriste en cours de validité avec ou sans l'intention de résider en France              | 47         | 22.1%         |
| N'a pas besoin de titre de séjour (français, mineurs, européens autorisés à rester en France) | 27         | 12.7%         |
| <b>Total</b>                                                                                  | <b>213</b> | <b>100,0%</b> |

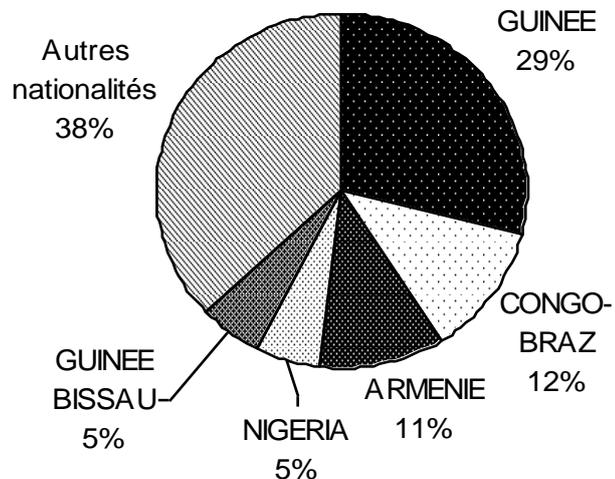
Environ 40 % des personnes sont en situation irrégulière en France.

## Les demandeurs d'asile :

84 personnes sont concernées par la demande d'asile. 73 personnes ont fait la demande, 11 ont l'intention de faire la demande, 15 ont un dossier en cours à l'OFPRA, 21 sont en recours à la CNDA, 28 sont déboutées, 1 seule personne est reconnue réfugiée.

Nationalités les plus représentées parmi les personnes ayant déposé une demande d'asile :

|                        |    |        |
|------------------------|----|--------|
| GUINEE                 | 21 | 28,8%  |
| CONGO-BRAZ             | 9  | 12,3 % |
| ARMENIE                | 8  | 11%    |
| NIGERIA                | 4  | 5,5%   |
| GUINEE<br>BISSAU       | 4  | 5,5%   |
| Autres<br>nationalités | 27 | 37 %   |
| TOTAL                  | 73 | 100,0% |



## CASO

---

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Synthèse:</b> 317 étrangers (94,1%) – 20 Français (5,9%)                                                                                                                                                                                                                |                                   |
| <b>Sur 268 nouvelles personnes accueillies :</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                   |
| 142 sont en France depuis moins d'1 an                                                                                                                                                                                                                                     | 90 depuis moins de 3 mois         |
| 116 n'ont pas de droits ouverts à l'assurance maladie                                                                                                                                                                                                                      |                                   |
| 85 personnes sont sans papier, 47 sont en visa touristique, 54 personnes ont un titre de séjour en cours de validité, principalement des demandeurs d'asile ; 27 personnes n'ont pas besoin de titre de séjour : français, mineurs, européens autorisés à rester en France |                                   |
| 70 personnes sont suivies pour un psycho-traumatisme                                                                                                                                                                                                                       |                                   |
| 70 personnes sont venues pour une demande de titre de séjour pour raison de santé                                                                                                                                                                                          |                                   |
| 108 sont en logement précaire                                                                                                                                                                                                                                              | 16 ont un logement personnel      |
| 191 vivent seuls (avec ou sans enfant(s))                                                                                                                                                                                                                                  | 10 vivent avec tous leurs enfants |
| 93,5% vivent sous le seuil de pauvreté                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |

### Les consultations médicales

424 consultations médicales pour 272 personnes et une moyenne de 1,56 consultation par patient, notre consultation est bien dans l'objectif du diagnostic et de l'orientation des personnes vers le droit commun.

#### La prévention :

Nous avons retrouvé 9 personnes atteintes du VHB et 4 du VIH. Plus de 50% ne connaissent pas leur statut sérologique et pourtant peu ont été orientées sur le centre fédératif. Nous devons améliorer notre efficacité en ce domaine. Dans cet objectif, nous avons monté un projet en partenariat avec AIDES qui doit intervenir dans notre structure pour animer en salle d'attente des actions de RdR en santé sexuelle et proposer des TROD. C'est un moyen de sensibiliser et former notre équipe.

La couverture vaccinale des personnes est très difficilement évaluable auprès d'une population étrangère. Les réponses sont trop évasives.

# CASO

---

## Les violences:

31 personnes ont vécu dans un pays en guerre; 15 ont souffert de la faim; 25 ont été victimes de violence de la police ou de l'armée; 17 ont été battues ou blessées lors de violences familiales ou d'agression; 22 ont été torturées; 18 ont subi une agression sexuelle; 24 ont été menacées physiquement ou emprisonnées pour leurs idées.

## Principaux motifs de consultation par composant

|                                                       | Nb  | % obs. |
|-------------------------------------------------------|-----|--------|
| Symptômes et plaintes                                 | 291 | 69,6%  |
| Rencontre de suivi, certificat, demande d'examen, ... | 161 | 38,5%  |
| Autres diagnostics                                    | 63  | 15,1%  |
| Infections                                            | 13  | 3,1%   |

L'orientation de nos consultations sur l'accès aux titres de séjour pour soins ressort dans ce tableau : 70 personnes, 151 consultations pour une demande de titre de séjour pour soins (pour 99 en 2010).

Pour les diagnostics retenus :

**Par appareil :** Nous retrouvons par ordre de priorité les pathologies ostéo-articulaires, psychologiques, puis digestives, de la peau, respiratoires, cardiovasculaires et métaboliques.

**Par pathologie :** l'hypertension, le diabète et les troubles anxieux sont les trois diagnostics principaux.

63 consultations demandaient une prise en charge à court terme, 97 à moyen terme.

Pour 42,5% des consultations, le traitement a été remis.

Il y a eu 95 orientations dont 26 à la PASS, 24 orientations pour une prise en charge pour le VIH ou des hépatites.

## Les consultations pour titre de séjour pour raisons médicales

### Le contexte général

Médecins du Monde assure depuis 6 ans une aide à la demande de titre de séjour « étranger malade », pour faire aboutir les dossiers qui sont en conformité avec la loi du 11 mai 1998, instituant le Droit Au Séjour pour les Etrangers gravement Malades (DASEM) ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine.

# CASO

Les demandeurs sont accompagnés par diverses structures de soutien aux migrants dont la Cimade, le « Conseil nantais pour la Citoyenneté des étrangers » de la ville de Nantes, la PASS, avant le dépôt du dossier au bureau des étrangers de la préfecture et avis du Médecin Inspecteur de Santé Publique de l'ARS.

MdM, présent dans plus de 50 « pays du Sud », a légitimité à apporter un regard sur les possibilités effectives d'accès aux soins dans les pays d'origine des « étrangers malades ».

Depuis plusieurs années, la délivrance de titres de séjours pour les étrangers gravement malades est d'environ 28 000 par an, chiffre stable, représentant 0,8% de la population étrangère en France. A noter que 90% découvrent leur maladie après leur arrivée sur le territoire français.

La carte de séjour temporaire d'un an, portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : « à un étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire », et précise que « la décision de délivrer la carte de séjour est prise par le Préfet, après avis du Médecin Inspecteur de Santé Publique de l'ARS compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ».

En 2010, deux arrêts du Conseil d'Etat réaffirment très positivement la protection contre l'éloignement et le droit au séjour des étrangers malades résidant en France n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine. Pourtant, et en dépit d'une très importante mobilisation dépassant la seule mobilisation associative<sup>8</sup>, la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité du 16 juin 2011 vide totalement de son contenu le droit au séjour pour raison médicale : elle le conditionne désormais à la notion d' « absence » du traitement approprié dans le pays d'origine, en lieu et place de la notion d'« accès effectif ». Et le préfet est désormais seul juge pour apprécier des éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles » - ce qui conduit dans les faits à une violation du secret médical en obligeant l'étranger malade à dévoiler sa pathologie. Toutefois une instruction récente du ministère de la santé<sup>9</sup> destinée aux médecins d'ARS rappelle plutôt l'esprit initial de la loi (accès affectif au traitement, déontologie médical...), mais il s'agit d'un texte tout en bas de la hiérarchie des normes.

En cas d'expulsion et faute d'un accès effectif aux soins, les étrangers malades (28 000 personnes) peuvent être condamnés à mourir d'une pathologie qui aurait pu être traitée en France.

Face à cette modification de la loi, des associations nantaises (Cimade, Aides, LDH, MdM, le MRAP, le Gasprom) se sont regroupées en collectif de vigilance afin d'observer l'application des nouveaux textes et de se mobiliser collectivement vis-à-vis d'éventuelles demandes abusives de pièces dans la constitution des dossiers.

## Objectif général :

Favoriser l'accès aux droits et aux soins des étrangers malades, en apportant une aide et un accompagnement au montage du dossier de demande de titre de séjour « étranger malade » à déposer en préfecture qui soit conforme aux termes de l'Article 12 Bis 11 de l'ordonnance de 1945, maintenu en 2006 à l'Article L313-11 du « code d'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile ».

<sup>8</sup> Avis du Conseil national du sida, Société française de santé publique, Fédération française d'inféctiologie, Société de pathologies infectieuses de langue française, Société française de lutte contre le sida, Conseil national de l'ordre des médecins, syndicats de médecins et de médecins inspecteurs de santé publique...

<sup>9</sup> Du 10 novembre 2011.

# CASO

---

L'apport de MdM aux étrangers malades est de leur donner un avis médical quant à la pertinence de la démarche de régularisation pour soins au vu des éléments médicaux et des risques encourus (risque d'Obligation à Quitter le Territoire Français (OQTF) en 2011, voire d'Interdiction à Résider sur Territoire Français plus récemment.(IRTF) ; de vérifier la cohérence du dossier au regard des exigences légales de la démarche, d'orienter (prise de rendez-vous et envoi d'un courrier détaillant au médecin les éléments nécessaires) vers les médecins agréés ou praticiens hospitaliers si nécessaire et éventuellement de rédiger une attestation sur les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine. MdM réoriente la personne ensuite vers la Cimade pour l'envoi de la demande complète à la préfecture.

## Objectifs opérationnels :

Attester des difficultés d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine du demandeur, en précisant :

- la situation sociale et géographique du demandeur dans son pays d'origine,
- le niveau de vie et de développement du pays,
- des informations sur le système de santé du pays et le coût des soins,
- la situation géopolitique du pays : discrimination de minorités ethniques, insécurité politique, guerre...

Témoigner des difficultés rencontrées par certains étrangers pour se soigner en France, alors que les possibilités thérapeutiques ne sont pas accessibles dans leur pays d'origine.

Assurer un plaidoyer avec nos partenaires associatifs impliqués auprès les migrants, permettant aux étrangers gravement malades de rester en France pour se soigner dans le respect de la loi.

## Activité :

### A/ - Organisation :

#### **Première étape : rencontre avec le demandeur.**

Un des 3 médecins du CASO qui gère les titres de séjour reçoit le demandeur pour :

1° / Vérifier le dossier médical :

- Pathologie dont le défaut de soins pourrait entraîner une exceptionnelle gravité et estimer le bien fondé de la demande.
- Etablir un certificat médical non descriptif attestant du risque médical et de la nécessité de soins en France.
- Obtenir un rapport médical établi par un médecin agréé, précisant la nature de l'affection - le traitement - la durée des soins.

2° / Evaluer la situation administrative du demandeur : le plus souvent géré en partenariat avec la Cimade :

- Démarches déjà effectuées auprès de la préfecture : demande d'asile - recours - autres
- Sous le coup d'une « Obligation à Quitter le Territoire Français » ?
- Couverture maladie : CMU - CMUC - AME
- Obtention des pièces à fournir : domicile - pièce d'identité du pays d'origine

3° / Evaluer les possibilités d'accès aux soins dans le pays d'origine :

- Situation familiale - revenus - profession - assurance maladie
- Eloignement géographique des centres de soins - moyens de transport.

# CASO

---

- Possibilité effective d'accéder au traitement et au suivi nécessaire.
- Position de la personne face à la situation géopolitique du pays : discrimination - insécurité - guerre...

## **Deuxième étape : soins effectifs dans le pays d'origine.**

Recherche d'informations sur les possibilités de soins dans le pays d'origine et sur le contexte socio-économique et géopolitique du pays.

La recherche d'informations est faite auprès :

- des responsables des missions internationales de Mdm France (90 missions dans plus de 50 pays) et les missions du réseau international de Mdm (Espagne, Canada, Belgique .....)
- de référents médecins dans divers hôpitaux des pays concernés.
- De diverses sources associatives (Comède – Gisti – ODSE)
- Du suivi de l'actualité politique et économique de ces pays.
- Enfin d'internet.

Ces informations sont regroupées dans une « Attestation » destinée au MISp de l'ARS pour lui permettre d'apprécier l'« accès effectif » ou non à un traitement approprié dans le pays d'origine lorsqu'il rend son avis au Préfet (circulaire du 5-5-2000) sur :

- l'état de santé du demandeur nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- le défaut de prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- l'intéressé peut-il bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ?
- pendant quelle durée les soins nécessaires doivent-ils être poursuivis ?

## **B. L'activité**

L'augmentation de l'activité d'accompagnement pour les titres de séjour pour soins est liée en particulier au partenariat établi avec la Cimade depuis 2010.

Au cours des 151 consultations réalisées dans ce cadre, 70 personnes (50 hommes et 20 femmes) ont été reçues.

Les personnes sont orientées vers la consultation spécialisée par le bouche à oreille, les associations (la Cimade majoritairement) et les structures de soins.

Ainsi, en 2011 :

- 32 dossiers ont été accompagnés d'une attestation sur la difficulté d'accès aux soins dans le pays d'origine, adressée au MARS. Pour 6 personnes, il s'agissait d'une demande de renouvellement.
- 38 dossiers sont restés sans attestation pour le MARS, soit parce que le patient n'a pu être suivi jusqu'à l'envoi de son dossier en préfecture (23 dossiers), soit parce que la pathologie ne justifiait pas à l'évidence la demande (15 dossiers).
- 

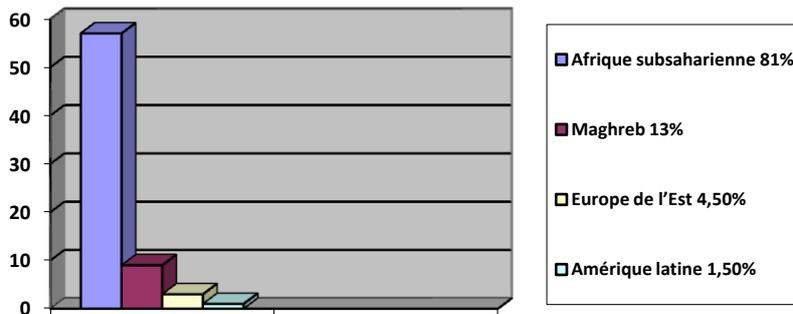
## **Profil des patients :**

# CASO

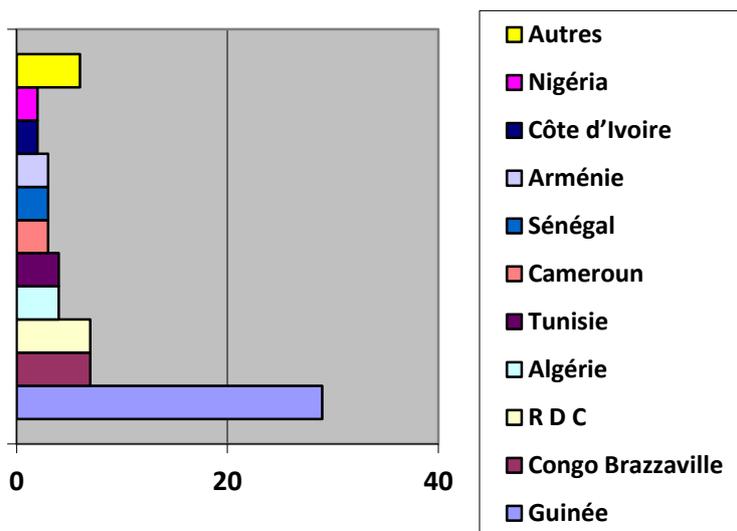
Les 70 patients, 50 hommes (72%) et 20 femmes (28%), ont été vus en moyenne 3 fois. La tranche d'âge la plus représentée est de 25 à 40 ans.

12 personnes ont nécessité l'intervention d'un traducteur, assuré par MdM pour les anglophones et par l'Asamla pour les autres.

## Groupe continental :



## Les 10 nationalités les plus représentées :



## Cadre de vie :

90% des personnes sont des personnes isolées. 45 % vivent en logement précaire (famille, amis), 18 % en hébergement d'urgence ou Sans Domicile Fixe. Seules 22 % sont en logement stable et 14 % sont en CADA.

## Situation administrative :

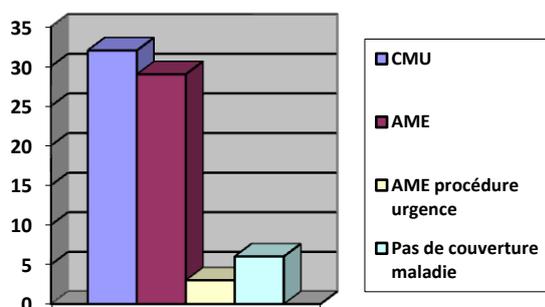
Nombre d'années en France :

|               |                                   |       |
|---------------|-----------------------------------|-------|
| Moins de 1 an | 21, dont 9 depuis moins de 3 mois | 30%   |
| De 1 à 3 ans  | 31                                | 44,3% |
| De 3 à 10 ans | 17                                | 24,3% |

# CASO

|                |   |      |
|----------------|---|------|
| Plus de 10 ans | 1 | 1,4% |
|----------------|---|------|

## Couverture maladie :



Les personnes reçues (91,5%) ont déjà leurs droits ouverts à une couverture maladie, puisqu'elles sont déjà suivies médicalement.

Les 3 patients qui ont obtenu l'AME en procédure d'urgence venaient d'arriver en France (moins de 3 mois) et ont dû être hospitalisés en urgence du fait de leur état de santé. Parmi les personnes sans couverture maladie, 3 sont en visa touristique.

Dès leur arrivée en France, 4 patients ont dû être adressés aux urgences et hospitalisés :

- 2 diabètes décompensés
- Une dialyse rénale
- Une maladie de Vaquez

Il a été estimé que 15 pathologies n'entraient pas dans le cadre d'une demande de titre de séjour pour soins (pathologies ostéo-articulaires, gastro-entérologiques mineures, dermatologiques,.....).

Ces personnes ont été mises en garde du risque d'une OQTF après le refus de leur demande de titre par la préfecture. Elles sont restées libres de déposer leur dossier en préfecture, mais celui-ci n'a pas été accompagné d'une attestation de MDM pour le MARS sur les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine.

## **Les consultations de prise en charge du psycho-traumatisme des migrants**

### **Introduction**

A Nantes, il n'existe toujours aucun lieu spécifique de prise en charge du psycho-traumatisme des migrants dans le droit commun. Face aux orientations et sollicitations de plus en plus nombreuses, depuis la première ébauche de consultation psychologique en 2001, MDM a décidé de se former, de spécialiser sa consultation psychologique dans ce domaine et de militer pour la mise en place d'une consultation transculturelle dans le droit commun.

Depuis 2007, la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale), l'ACSE (Agence de la Cohésion Sociale et de l'Égalité) et le Conseil Général 44 ont reconnu les besoins et ont décidé de financer des vacations de psychologues à MdM, de manière temporaire, dans l'attente de la mise en place d'une consultation transculturelle à l'hôpital. Aujourd'hui, MdM est identifiée sur la place nantaise comme lieu de prise en charge du psycho-traumatisme des demandeurs d'asile et des autres migrants. Nombre de personnes à MDM et en dehors de MDM : psychologues, psychiatres de ville ou hospitaliers, médecins, ARS sont intéressés pour porter cette consultation dans le secteur public. La construction d'une consultation transculturelle, incluant la prise en charge du psycho-traumatisme, au sein de l'hôpital est donc toujours d'actualité dans les projets de Médecins du Monde.

La clinique auprès des migrants demandeurs d'asile, déboutés et sans papiers nous place face à des troubles psychiatriques et médicaux souvent spécifiques en lien avec l'histoire de ces personnes (situations de guerre, de conflits, de discrimination), il en est ainsi de la prévalence des troubles post traumatiques et dépressifs. La prise en charge proposée continue donc à s'inscrire dans la durée et le lien au regard de la spécificité des problématiques des patients accueillis au CASO afin de permettre une permanence des soins cohérente avec la spécificité des troubles rencontrés.

La consultation psychologique du CASO continue également à s'inscrire dans une approche transculturelle qui combine à la fois théorie psychanalytique et données anthropologiques, historiques et politiques. Les deux psychologues en place aujourd'hui bénéficient d'une réunion mensuelle avec une psychologue formée au DU de psychiatrie transculturelle de Bobigny et d'une supervision mensuelle. Elles ont également été soutenues dans leur participation aux séminaires dispensés par l'AIEP (Association Internationale d'Ethno Psychanalyse) de Bobigny sur la question du psycho-traumatisme et de la demande d'asile en 2010/2011.

Les soins psychologiques prodigués aux migrants s'articulent à la fois dans le parcours de soin mais aussi dans le parcours administratif de ces personnes. Il est donc nécessaire de contextualiser au plus près leur situation globale afin d'être à même d'appréhender leurs difficultés et ainsi de proposer des soins adaptés. Nous soulignons à nouveau les effets délétères des évolutions de la politique de l'immigration, notamment le délitement de l'accueil et de la protection des populations demandeuses d'asile, qui ont des conséquences multiples sur la poursuite des soins et ont des répercussions sur la clinique que nous rencontrons.

Ainsi, nous constatons que la violence administrative accrue, la précarisation grandissante, le déni de la parole de ces populations entraînent une souffrance psychique et sociale plus importante voire une possible résurgence traumatique et

## CASO

---

perpétuent le sentiment d'insécurité. D'un point de vue clinique, il est de plus en plus difficile de garantir la poursuite du soin, le soin lui-même se précarise. Or, le temps psychique est bien différent du temps administratif. Nous continuons à rappeler que le soin, la santé et l'accueil des migrants constituent un enjeu majeur de santé publique pouvant permettre une meilleure intégration et ainsi contribuer à travailler les questions identitaires mises en jeu dans la migration.

### **Les constats en 2011 :**

Concernant le projet de créer une structure dans le droit commun, une rencontre a eu lieu en janvier 2011 au sein du CHU entre Mme Lagarde, chef de plateau et les psychiatres, responsables de service de la psychiatrie de secteur 4 et 5. Une relance auprès de l'ARS sur ce projet a également été effectuée auprès de Mr Berlinet. La faute de moyen possible, bien que le projet intéresse vivement, est toujours mis en avant actuellement.

Le CHU monte un nouveau projet, celui de la PASS psychiatrique sur Nantes qui commence à prendre forme depuis novembre 2011 avec l'arrivée d'un médecin psychiatre, que nous allons rencontrer début 2012. Le projet devrait débiter en mars 2012 avec également l'arrivée d'un psychologue à mi-temps sur cette structure. Ce projet n'a pas la même vocation que le lieu que nous souhaitons mettre en place en tant que lieu spécifique à la transculturalité. Bien sûr, nous savons que 80% des patients de la PASS somatique existante sont des demandeurs d'asile. Cependant, la PASS Psy, comme la Pass somatique, ne s'adresse qu'aux patients ne bénéficiant pas de la CMU, de même, elle n'a pas non plus vocation de réaliser des suivis longs. Le projet est donc à suivre sur 2012 et de faire des bilans réguliers concernant, notamment, le désengorgement de notre liste d'attente.

Sur la situation de la consultation à Médecins du Monde, différents faits ont pu marquer cette année 2011 :

- nous avons eu plus de sollicitations par des structures d'accueil pour faire appel à nous comme lieu ressource ou d'orientations. Les différentes demandes de professionnel, parfois psychologue, concernaient notamment la question des mineurs isolés, la transculturalité ou la question du vécu traumatique. La consultation de Médecins du Monde est donc encore une fois reconnue comme lieu spécifique possible sur la place nantaise.

- nos difficultés d'orientation durant cette année 2011 ont encore été marquantes. Nous avons à nouveau du faire face à de nouveaux refus de travailler avec les interprètes, des refus liés à un manque de savoir professionnel sur la prise en charge culturelle ou traumatique.

- notre liste d'attente s'était allongée en 2010, début 2011 à 31 demandes de patients. Cette liste est passée à 6 patients fin 2011. Les raisons de cette baisse sont les suivantes :

- le délai d'attente est passé à 1 an voire 1 an et demi. Lorsque nous avons rappelé les patients de cette liste après autant de temps, certains avaient été déboutés, d'autres n'étaient plus en demande, d'autres ont pu avoir une prise en charge psychiatrique par les CMP et, beaucoup n'étaient tout simplement plus joignables (départ, changements de numéro...)

- notre liste d'attente était surtout remplie de demandes de personnes caucasiennes. Nous avons tenté de demander plus de temps d'interprétariat mais la convention et le nombre d'interprètes dans cette langue et qui souhaite travailler en situation psychothérapique ne le permettaient pas. En général sur cette liste, les 2/3 sont représentés par des demandes de patients en langue russe.

## CASO

---

- enfin, le congé maternité, non remplacé, de l'une de nos psychologues a permis à son retour une ouverture à de nouvelles prises en charge- un nombre équivalent de patients n'ayant pas repris contact suite à leur réorientation.

- pour les mêmes raisons, le temps d'attente pour les patients francophones a pu passer de 1 an à 2 mois depuis la rentrée 2011, au retour de congé maternité de l'une des psychologues. Les demandes de francophones restent moins nombreuses et peuvent être plus vite pris en charge car sans besoin d'interprétariat.

- nous avons également, cette année, été sollicité par des structures extérieures à la Loire-Atlantique (notamment en Vendée et dans le Maine et Loire) sur des questions autour de la prise en charge de patients en demande d'asile et sur la prise en charge d'interprètes. Les constats sont les mêmes, peu de choses existent sur cette question et sur sa prise en charge.

- une stagiaire a été accueillie par l'une des psychologues entre avril et juin 2011 dans le cadre du DU interculturalité de Bordeaux. La stagiaire a pu assister aux entretiens des patients qui ont accepté sa venue et aux différentes réunions de la consultation.

- la supervision des deux psychologues a pu continuer sur 2011 à raison d'une heure par mois auprès d'un psychanalyste libéral.

### **Les consultations**

En 2011, la consultation psychologique du Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Nantes a été effectuée par 2 psychologues vacataires en dehors des plages horaires du CASO.

70 personnes ont été reçues dont 44 nouveaux patients, 484 consultations ont été effectuées soit en moyenne 7 entretiens par personne. Certains rendez-vous n'ont pas été honorés parfois pour des cas de forces majeures (hospitalisations, mise en rétention...) ou en raison de l'état de santé somatique ou psychique de la personne. Certaines demandes formulées n'ont jamais abouti, les patients ne se présentant pas à leur premier entretien. Nous avons mis en place, à cette occasion, trois entretiens d'évaluation de la demande des patients et nous ne sollicitons pas les patients qui n'ont pas assuré trois rendez-vous de suite et sans justification. La durée moyenne des entretiens est comprise entre 30 minutes et une heure.

En 2011, nous avons travaillé avec les interprètes en langue russe pour 24 personnes et pour 1 personne en langue mongole. Enfin, nous avons effectué des entretiens en anglais pour 3 personnes, sans interprètes ou avec le soutien d'ISM par téléphone sur Paris.

Nous regrettons l'absence d'interprètes en langue arménienne, même si l'interprétariat est parfois possible en langue russe, cela ne garantit pas des conditions suffisantes d'expression. Une interprète arménienne a été engagée en 2011 à l'ASAMLA, mais son statut de réfugié, rendant son histoire très proche avec nos patients, ne nous permet pas, pour le moment et sans plus de formation, de pouvoir travailler ensemble.

De fait, nous attirons l'attention sur la difficulté liée à l'intervention des mêmes interprètes pour plusieurs membres d'une même famille ou pour la même personne dans des contextes différents ; cela est lié bien sûr au nombre non suffisant d'interprètes pour une même langue. Aussi, un travail de réflexion nous semblait vraiment important et intéressant à

## CASO

---

mener sur les conditions de l'exercice de l'interprétariat. Nous avons donc, depuis octobre 2011, mis en place un temps de réunion avec les interprètes russes lors de notre réunion mensuelle, permettant de reprendre les différents points importants et la particularité du travail en situation psychothérapique.

Le travail psychothérapique que nous menons auprès des migrants ne saurait se passer de la collaboration des interprètes, sans qui nous ne pouvons exercer. Nous insistons donc à nouveau sur l'importance de la formation des interprètes aux conditions de l'intervention d'interprétariat en situation psychothérapique, qui suppose un positionnement spécifique et distinct de tout autre type d'interventions. Les interprètes ont pu bénéficier d'une analyse des pratiques remise en place en janvier 2011. Cet outil permet la prise de recul avec les situations spécifiques entendues dans le cadre des psychothérapies des demandeurs d'asile.

### **Sexe et âge :**

A l'inverse de la tendance des autres années, nous avons reçu un plus grand nombre d'hommes que de femmes, 41 contre 29. Nous notons également une moyenne d'âge légèrement plus élevée des femmes consultant au regard de la moyenne d'âge des hommes qui ont consulté, 33 ans contre 30.

La population d'adultes entre 20 et 35 ans reste très représentée. Les années précédentes, cette même population était plus généralement âgée de plus de 40 ans.

Les populations migrantes, que nous avons reçues cette année, sont plus jeunes et souvent accompagnées de leurs familles pour les pays du Caucase. On constate par ailleurs, une population plus jeune et seule pour les pays d'Afrique sub-saharienne.

### **Nationalité :**

La consultation psychologique reçoit seulement des personnes migrantes. Ce chiffre a toujours été en constante augmentation depuis plusieurs années, les migrants représentaient pour 2009, 96,6% des personnes accueillies pour 3,4 % de personnes de nationalité française. Depuis, aucun français n'est reçu sur la consultation. On peut supposer qu'elle est bien repérée sur sa spécificité.

Les origines géographiques se répartissent comme suit : 48,5 % d'Afrique, 43,9 % d'Europe (essentiellement des pays de l'Europe Centrale et Orientale), 6,1 % des pays du Maghreb et 1,5% d'Asie.

Parmi les 32 personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les principales nationalités se déclinent comme suit : 9 du Congo (RDC), 4 du Nigéria, 1 du Rwanda, 7 de Guinée, 1 d'Angola, 2 du Tchad, 1 du Congo, 1 du Burkina, 1 du Cameroun, 1 de côte d'Ivoire, 1 de Mauritanie et 1 de Centre Afrique.

Parmi les 29 personnes originaires d'Europe, les principales nationalités se déclinent comme suit : 1 de Roumanie, 13 d'Arménie, 3 d'Ingouchie, 4 du Daghestan, 4 de Tchétchénie.

Parmi les 4 personnes originaires des pays du Maghreb, elles sont algériennes ou marocaines.

Enfin, 1 personne d'Asie, Mongolie, a été reçue également en 2011.

# CASO

---

## **Situation administrative :**

Nous constatons que la moitié des personnes accueillies est en France depuis moins d'un an. Une forte proportion de 22% est en France depuis moins de 3 ans. Enfin, 4% d'entre elles sont en France depuis plus de trois ans et vivent dans des conditions particulièrement difficiles.

L'écart constaté -dans le nombre de nos prises en charges sur les années précédentes- entre les personnes accueillies depuis moins d'un an et celles vivant en France depuis moins de 3 ans s'est amoindri, sans doute du fait que nous mettons beaucoup plus de temps à recevoir les patients à leur premier entretien (délai à plus d'un an avec les russophones).

Seulement 3 personnes accueillies sur la consultation n'ont pas besoin de titre de séjour. Nous ne recevons pas de personnes en Visa touristique. La grande majorité de nos patients (70%) sont en attente de régularisation et 17% sont déboutés ou en attente d'un titre de séjour pour raisons médicales.

Nous sommes à cette occasion de plus en plus sollicités lors de cette démarche complexe pour attester des souffrances psychiques liées au psychotrauma existant, et ainsi d'abonder dans le sens de l'importance majeure d'une continuité de soins en France.

86,2% sont en cours d'examen de leur demande d'asile : 34,5% d'entre eux sont en première instance auprès de l'Ofpra, et 51,7% sont en recours auprès de la CNDA (leur demande d'asile ayant été rejetée par l'Ofpra). Les années précédentes, la tendance était inversée, sans doute est-ce encore lié à notre délai d'attente.

13,8% des personnes sont déboutées de leur recours. Il est à noter que cette année, seuls deux de nos patients ont obtenu le statut de réfugié.

Les décisions arbitraires et souvent non justifiées des instances administratives sont vécues comme une négation de la parole et du vécu de ces personnes. Elles font violence et tendent à réactiver des situations traumatiques précédentes, entraînant une très grande angoisse, des symptômes psychosomatiques, des états de confusion et de panique, parfois un retour des symptômes post traumatiques. Cela est vrai pour les adultes que nous recevons mais également par ricochet pour leurs enfants.

Enfin, les situations administratives étant très complexes, elles peuvent souvent empêcher le travail psychothérapique. Nous soulignons encore l'importance du travail en réseau avec les assistantes sociales de la PASS ainsi qu'avec les bénévoles de tout notre réseau social (Cimade, MRAP, Gasprom, Secours Catholique ...).

## **Logement :**

Environ la moitié de nos patients reste dans une situation précaire au niveau du logement. Les patients arrivés en famille sont hébergés par des associations comme Aïda ou des organismes comme les CADA. Toutefois, leur situation redevient à nouveau fragile quand ils sont déboutés de leur demande d'asile. Les autres peuvent être hébergés par des compatriotes ou au 115 aux aléas des places. Quelques cas sont hébergés par leur famille arrivée en France antérieurement.

Le logement est une préoccupation majeure dans les entretiens avec les patients. La fragilité des femmes et des enfants, la peur des autres, le mélange de problématiques dans les hébergements d'urgence sont largement évoqués durant les échanges avec les patients.

# CASO

---

Enfin, pour un certain nombre, le logement précaire empêche ou, pour le moins, pose aussi la question de la possibilité de mettre en place un traitement psychiatrique qui sera difficile à prendre (en effet, comment s'autoriser ne serait-ce qu'à dormir quand on ne se sent pas en sécurité ?).

## **Couverture maladie :**

Parmi nos patients, la plupart sont couverts durant leur demande d'asile par la CMU soit 76% d'entre eux. D'autres sont couverts par l'AME souvent suite au refus du statut de réfugié (20%). 13% de nos patients sont en attente d'ouverture de droit.

## **Pathologies rencontrées :**

L'essentiel de la clinique rencontrée dans la consultation consiste en des troubles psychiques graves liés aux événements traumatiques vécus par les personnes en demande d'asile. Les syndromes post traumatiques sont au premier plan, on retrouve également de manière massive des manifestations psychosomatiques et des tableaux dépressifs majeurs. La sensibilisation aux questions transculturelles permet un meilleur repérage et une meilleure interprétation de manifestations liées au trauma qui peuvent prendre des formes particulières selon les cultures mais aussi selon les histoires singulières. En effet, les manifestations psychiques liées à l'exil sont prépondérantes ainsi que les tableaux dépressifs en lien avec des situations administratives ne permettant pas une inscription simple dans un présent et un avenir vécus comme insécurisant et précaire. Nous notons également quelques problématiques psychiatriques non décompensées où un travail est effectué, afin de permettre l'accès à des soins psychiatriques.

## **Prise en charge et orientations :**

Le travail en équipe pluridisciplinaire reste prépondérant dans nos pratiques, car il permet un meilleur repérage par les différents intervenants du CASO (accueillants, travailleurs sociaux, médecins...) de souffrances psychiques masquées par des plaintes sociales, somatiques ou des troubles fonctionnels. L'inscription étroite dans le réseau de soins nantais est également essentielle à notre bon fonctionnement ; en effet, cela permet une meilleure identification des problématiques des migrants et contribue à assurer une prise en charge globale, à la fois médico-sociale et psychologique pour un accès facilité aux soins pour ces patients très précarisés et fragilisés ainsi qu'une nécessaire continuité sociale et psychique à l'inscription et à la poursuite du soin.

Les trois premiers entretiens proposés ont pour objectif d'évaluer le tableau clinique ainsi que la demande des patients, cette demande est parfois absente dans un premier temps, mais peut s'élaborer dans un second temps. Cette évaluation permet d'orienter la personne vers le droit commun lorsque c'est possible, vers les urgences psychiatriques lorsqu'un risque majeur de décompensation est décelé ou le plus souvent de proposer un espace d'écoute que constitue une psychothérapie de soutien.

Les prises en charge psychologiques des personnes accueillies au sein de la consultation psychologique reposent sur l'écoute du traumatisme psychique, la réinscription d'une temporalité, l'élaboration psychique permettant des deuils,... le psychologue garantit neutralité et capacité d'empathie toujours dans l'attention aux phénomènes inconscients, aux fantasmes et représentations des personnes accueillies.

Ces accompagnements s'appuient sur les apports théoriques psychanalytiques et transculturels, d'ethnopsychiatrie et d'ethnopsychanalyse, ce qui permet d'élaborer un cadre adapté et suffisamment souple en direction de ces populations.

## CASO

---

L'espace thérapeutique est alors un lieu possible pour travailler la question d'inscription et d'intégration dans le pays d'accueil ou d'évoquer un retour possible dans le pays d'origine. Dans ce cadre, les deux psychologues ont suivi les séminaires de Bobigny sur « les demandeurs d'asile et le traumatisme » lors de 5 réunions sur Paris entre septembre 2010 et juin 2011.

L'orientation des personnes vers les dispositifs du droit commun, spécialement du secteur psychiatrique, est toujours difficile du fait d'une saturation du dispositif et d'insuffisance de moyens à leur disposition pour accueillir les patients migrants, de surcroît non francophones. Nous avons pu constater la difficulté de certains professionnels, des CMP notamment, à travailler avec des interprètes. De plus, un des secteurs de psychiatrie n'a pu assurer de nouveaux suivis avec un médecin psychiatre durant presque 6 mois. Cette difficulté nous a obligés, lorsque le soin était nécessaire, de solliciter les médecins traitants et les psychiatres libéraux. Toutefois, la présence des interprètes dans les cabinets libéraux ne sont pas possibles sans un financement personnel qui ne peut être assumé par les patients. Les patients maîtrisant mieux la langue française ont pu se rendre chez des médecins psychiatres libéraux.

Par ailleurs, les consultations auprès des personnes migrantes nécessitent d'être au fait des spécificités du lien entre demande d'asile et prise en charge psychologique (Certificats dans le cadre de la demande d'asile à l'Ofrpa et à la CNDA, APSS...). Ce n'est pas toujours le cas des professionnels vers lesquels nous orientons nos patients. Les deux psychologues peuvent être alors sollicités par certains professionnels pour mieux comprendre la spécificité de la demande d'asile.

### **Conclusion**

Nos consultations psychologiques, assurées par des professionnels rémunérés qui garantissent la pérennité des soins, semblent donc toujours aussi importantes à conserver au regard des besoins constatés. Toutefois, nous continuons à soutenir que la consultation de Médecins de Monde n'a pas vocation à se pérenniser, mais bien de participer par son expérience à la construction sur l'agglomération nantaise d'une consultation de droit commun pour répondre à ces besoins spécifiques des populations migrantes.

Nous continuons donc à nous engager activement dans la demande de construction d'une consultation transculturelle intersectorielle sur l'agglomération nantaise. Dans l'idéal, il serait important que cette consultation puisse prendre en charge la dimension culturelle dans sa globalité, incluant la prise en compte du psychotraumatisme des patients migrants dans l'expression et le traitement des troubles psychiques et permettrait aussi d'être un lieu ressource pour les professionnels.

Depuis octobre 2006, un groupe de réflexion transculturelle se réunit mensuellement à Médecins du Monde afin d'échanger sur la clinique et sur des éléments théoriques concernant les questions liées à la migration, à l'ethnopsychiatrie et ainsi d'échanger entre professionnels concernés par cette approche et cette pratique. Ce groupe de réflexion réunit différents professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques et assistante sociale) du secteur associatif, libéral et de l'hôpital St Jacques et de Montbert. Il nous apparaît essentiel de réunir les savoirs faire et désirs dans la perspective d'une mise en commun afin d'appréhender cet enjeu de santé de publique qu'est la santé psychique des migrants et des enfants des migrants.

Enfin, notre inquiétude ne cesse de croître face à des pratiques administratives et policières de plus en plus coercitives qui remettent en cause le droit d'asile en France et ont des conséquences graves sur la santé des personnes

## CASO

---

concernées et les criminalisent. La situation des personnes déboutées est particulièrement préoccupante. La non reconnaissance, les situations de non droit ainsi qu'un climat sociétal de traque de l'étranger ont des conséquences très graves sur le psychisme et l'identité de ces personnes et de leurs enfants. Nous ne pouvons qu'être alertés sur les conséquences à plus long terme que cette absence d'accueil et cette violence administrative et policière auront sur la cohabitation et la rencontre des différentes communautés dans notre société où les mouvements migratoires sont importants. Ce constat se poursuit également sur les demandes de régularisation pour soin qui deviennent des procédures de plus en plus longues et de plus en plus complexes concernant les demandes de justificatif.

Les constats perdurent et s'aggravent chaque année un peu plus. Nous réaffirmons donc une fois encore notre engagement clinique auprès de ces personnes ainsi que notre engagement militant fondé sur les droits de l'homme.

## Vignette clinique 1

Mme R a 22 ans, elle vient accompagnée de son fils de 2 ans ½.

Je les rencontre en février de cette année 2012. Ils sont orientés par un CMP, suite à un certain nombre d'entretiens infirmiers. L'infirmière qui a pris rendez-vous, se dit à la fois désemparée par cette situation et limitée par des capacités limitées de prise en charge (cette structure ayant pour vocation de faire de l'orientation et non du suivi psychologique).

Elle sollicite donc notre consultation sans trop savoir si la démarche est celle d'une prise en charge individuelle ou d'une consultation mère-enfant ; L'orientation vers l'Ecole des parents a été faite mais elle ne semble pas avoir eu de suite. Mme R et son fils – que nous prénommerons E-sont Angolais. Ils ont fui leur pays, pour arriver en France en août 2010, le petit garçon n'avait pas un an. Mme m'expose sa situation actuelle en se focalisant sur son fils, sur ses symptômes qui l'inquiètent et surtout sur sa propre difficulté à y faire face.

Le petit garçon, depuis cet été 2011, ne mange presque plus. Madame fait tout de suite le lien avec l'annonce, par téléphone, du décès du papa de l'enfant qui jusqu'alors, était porté disparu. Depuis lors, E refuse toute nourriture solide avec sa mère, il ne boit plus que du lait, dans un biberon et un peu de jus de fruit ; Madame s'inquiète car le mouvement s'accroît : depuis quelques semaines, E fait de même à la crèche (alors que ce n'était pas le cas pendant plusieurs mois) ; et puis surtout, dans le même temps, le petit garçon qui parlait à peine, demande « Papa ». Et cette demande Madame se dit véritablement incapable d'y répondre, cette demande dit-elle, la rend muette. Pourtant, là, dans ce bureau, Madame expose les faits- l'erreur judiciaire, les brutalités policières, l'incompréhension devant la violence, l'arrestation, l'enlèvement, la fuite et l'arrivée dans un pays inconnu alors qu'elle se fait passer pour morte pour sa famille, pour sa sécurité comme pour la leur... et aujourd'hui l'annonce du décès de son mari, sa solitude, le sentiment d'impuissance, la peur de l'avenir et l'épuisement psychique.

Madame fait la démarche initiale pour son fils, pour que nous l'aidions à retrouver une contenance maternelle ; mais, Madame dit aussi comme son énergie à elle est focalisée sur une survie psychique qui ne lui laisse plus d'autre espace à consacrer à son enfant. Elle verbalise ici et en sa présence comme la présence même de son fils l'empêche de commettre le geste suicidaire qui mettrait fin à ses souffrances.

Madame R est dans un no man's land dont elle ne voit pas l'issue : comment être vivante quand l'autre est mort ? Comment être vivante et « désirante » quand sa survie, et celle de sa famille, dépend du fait qu'elle doit être morte pour les siens ? Comment aider son fils à s'autoriser à grandir, à être à son tour vivant et désirant, quand le lien générationnel est, à tout le moins, silencieux ? Dans ce premier entretien et dans l'avenir, Madame demande à ce qu'ils soient reçus ensemble, dans une consultation mère-enfant, pour que nous l'aidions à parler ; Madame demande finalement très clairement un étayage à sa relation parentale, elle nous demande de l'aider ici, à se sécuriser afin de pouvoir, à nouveau, transmettre à son fils cette même sécurité.

Nous voyons trop régulièrement dans nos consultations à quel point les symptômes psychotraumatiques des adultes résonnent sur l'ensemble de la famille : sur les couples bien sûr et leur mal-être mais aussi sur les enfants, que ces derniers soient trop bruyants dans leurs symptômes ou à contrario, trop silencieux.... Nous voyons comme ces adultes sont tellement occupés à trouver et mettre en œuvre des stratégies de survie personnelle (et doublées souvent de survie matérielle familiale) qu'ils se trouvent dans l'incapacité de transmettre autre chose que de l'insécurité à leur famille.

L'enjeu dans nos consultations est alors de les accueillir à temps, de les recevoir tels qu'ils se présentent (seul, en couple, en famille,... en mouvement..) et alors, de pouvoir construire avec eux et selon leur demande une prise en charge qui leur convienne et qui les contienne. L'enjeu est ainsi de leur offrir un étayage qui puisse remettre du sens, du lien et de la temporalité ; un étayage qui leur redonne les clefs d'une sécurité qui soit à son tour retransmise.

## Vignette clinique 2

### *Illustration du travail spécifique du psychotrauma et du lien avec le réseau partenarial.*

Mr R., arménien de 27 ans, se présente chez nous par le biais du CADA, notamment son assistant social, après plusieurs mois d'attente, environ 10 mois. Il est déjà débouté de sa demande OFPRA et commence les démarches du recours. Aucun soin n'a été entrepris depuis sa demande de consultation chez nous. Il ne parle pas de son histoire ou très peu. Il présente les symptômes classiques rencontrés chez nos patients : anxiété, nervosité, peur des autres, plus de sommeil, apathie, difficulté de concentration et de mémorisation, peur de l'avenir... Toutefois, je me pose assez rapidement la question de l'accentuation de ces symptômes entre le moment de sa demande et la première rencontre possible. De plus, je lui évoque rapidement l'idée d'un soutien par un psychiatre qui se heurte à sa représentation culturelle de la psychiatrie en Arménie : refus, peur de l'enfermement, peur d'être fou... D'autant que sa première rencontre à Médecins du Monde était lors d'une consultation médicale du CASO. Amené par un ami, très paniqué, après une tentative de suicide de Mr R..

Certaines difficultés de monsieur sont liées à son histoire et à son passé au pays mais il atteste aussi que certains de ces symptômes sont liés à des rencontres avec d'autres personnes en situation de précarité lorsqu'il était hébergé au 115, notamment un homme fou et toxicomane qui l'aurait menacé alors qu'il dormait avec lui. Malgré tout, sa demande de suivi est assez floue. Il laisse également une impression d'étrangeté à l'interprète ou à moi. Son discours semble différent des discours typiques du traumatisme que nous entendons... Nous laissant même l'impression qu'il pouvait être auteur de quelque chose au pays. Cette étrangeté se révélera plutôt du côté de sa structuration psychique. Il commencera à montrer des épisodes de dépersonnalisation (je ne suis plus dans mon corps), évoque d'entendre des voix et surtout qu'il y a un « être lumineux » chez lui qui le pousse au suicide. Lors de cet entretien il cherche notre protection. J'évoque à nouveau la solution d'une hospitalisation d'urgence pour apaiser les choses. D'abord un refus, puis accepte d'y aller grâce au lien entretenu ici. Ce qui suit met en lumière les difficultés d'accueil des demandeurs d'asile aux urgences. Malgré mon courrier et l'interprète qui l'accompagne, la difficulté des urgences à cerner sa demande ou à l'évaluer va les amener à lui demander de repasser le lendemain, prenant le risque d'une décompensation, voire d'un éventuel passage à l'acte. Le lendemain, il ne se présente pas spontanément obligeant l'interprète à sortir de son cadre de travail pour lui demander de venir. Il acceptera et sera hospitalisé trois semaines. Quelques semaines plus tôt, un début de suivi ambulatoire avec un psychiatre de secteur avait été mis en place.

Dans notre travail partenarial, et notamment dans la situation de Mr R., j'ai été amené à échanger sur sa situation avec son assistant social qui était inquiet de sa situation. Egalement avec son médecin psychiatre vis-à-vis de son traitement pris anarchiquement par monsieur. Il semble important, dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel, de pouvoir partager avec le réseau partenarial sur les inquiétudes ou les avancées d'une prise en charge. Mais ce n'est pas toujours évident de pouvoir réunir les partenaires et d'échanger à l'occasion lors d'une synthèse, laissant chaque professionnel face à sa solitude.

## Conclusion de l'activité du CASO de Nantes :

La consultation du CASO de Nantes est orientée sur trois activités.

- La consultation multidisciplinaire à bas seuil permet l'accès inconditionnel aux soins. Nous sommes attentifs à la problématique de saturation de la PASS de Nantes. Nous constatons ne pas toucher la population française précarisée, faisons l'hypothèse de retard voire de renoncement aux soins de cette population et envisageons la nécessité d'une évaluation de cette problématique. Nous espérons d'autre part pouvoir développer avec la CPAM et la ville de Nantes un partenariat actif pour l'ouverture d'aide à la complémentaire santé. Notre partenariat avec AIDES va nous permettre d'être plus performant dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

- Nous prenons en charge les patients pour une aide à la demande de titre de séjour pour raisons de santé et au regard de la loi de finance de juillet 2011 et des nouvelles exigences de la Préfecture de Nantes, nous continuerons à collaborer à un comité de vigilance avec d'autres associations (Cimade, Aides, LDH...) pour témoigner des difficultés liées à cette nouvelle loi et des mesures illégales appliquées aux personnes.

- Enfin nous avons développé une expertise dans la prise en charge des patients victimes de psychotraumatismes des migrants dans une dimension transculturelle. Nous travaillons depuis plus le début du projet dans la perspective du transfert de cette consultation dans le droit commun. L'ouverture de la PASS psychiatrique permettra peut être d'alléger la question au sein du CHU. La participation à l'organisation d'un séminaire sur cette thématique avec l'UGOMPS et les services de psychiatrie en septembre 2012 permettra, nous l'espérons, d'avancer dans le processus de reconnaissance des besoins et de l'ouverture d'un dispositif

## 2. Le Centre de Soins, d'Accueil et d'Orientation (CASO) d'Angers

La population accueillie au CASO, à l'origine essentiellement des personnes Sans Domicile Fixe, a considérablement évolué, puisqu'actuellement nous ne recevons pratiquement que des migrants, demandeurs d'asile pour la plupart et arrivés très récemment en France (quelques jours au plus). Ces personnes nous sont adressées en grande majorité par Espace Accueil (association qui les prend en charge dès leur arrivée sur le sol angevin)<sup>10</sup>. Les patients étaient jusqu'à maintenant essentiellement des personnes seules venues d'Afrique subsaharienne. Au cours de cette année 2011 nous avons constaté une arrivée conséquente de femmes seules (avec ou sans enfant).

Nous ne recevons que très exceptionnellement les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire qui doivent être pris en charge par les médecins généralistes exerçant en ville.

### 2.1 Objectif général de la mission

La Mission France Angers entend participer à la réduction des inégalités d'accès aux soins de santé (soins, prévention, traitements, couverture maladie...) et ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations les plus vulnérables à Angers. L'activité de la mission contribue avec toutes les associations d'aide aux plus démunis, à réduire un peu la misère médicale des « non-assurés ».

### 2.2- Les objectifs opérationnels de la mission

- Améliorer la santé des personnes en difficulté d'accès aux soins en assurant des consultations médicales.
- Informer et orienter sur l'accès aux dispositifs de soins de droit commun (Permanences d'Accès aux Soins de Santé, CPAM notamment).
- Témoigner sur les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patients.

Il n'y a pas de guérison sans justice, pas de secours durable sans loi sociale. Pour être efficace, la mission de Médecins du Monde va-delà du soin : à partir de sa pratique médicale et en toute indépendance, MdM témoigne des entraves à l'accès aux soins, des atteintes aux droits de l'Homme et à la dignité. Dans ce sens, le CASO d'Angers engage un travail de plaidoyer en 2012 autour de l'accès aux soins des migrants, en particulier demandeurs d'asile, en lien avec d'autres acteurs associatifs angevins.

---

<sup>10</sup> Un travail est en cours avec la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé du CHU d'Angers) qui, conformément à ses missions, devrait théoriquement recevoir et accompagner ces populations.

# CASO

---

## 2.3- Structure et fonctionnement

Le CASO est toujours installé dans des locaux mis à notre disposition par le Conseil Général, dans un ensemble où sont implantés divers services médico-sociaux : service de lutte antituberculeuse, centre de radiologie, centre de planification, protection materno-infantile (P.M.I), circonscriptions sociales qui sont nos partenaires au quotidien.

Les membres de l'équipe du CASO se réunissent une fois par mois pour coordonner les actions de la mission, donner suite aux demandes écrites et téléphoniques et communiquer les informations de notre Délégation Régionale et de la Direction Mission France.

Plus précisément :

- Plannings de l'équipe bénévole.
- Réflexions sur le fonctionnement du centre : dossiers sociaux, médicaux, problèmes rencontrés.
- Réponses aux demandes d'interventions extérieures (établissements scolaires, maisons de quartier, invitations à des formations sur le thème de la précarité par des organismes sociaux et municipaux...).
- Expression des besoins en produits pharmaceutiques, petit matériel médical, fournitures administratives.
- Elaboration des dossiers de demandes de subventions.

### **Permanences :**

Les horaires des permanences ont été modifiés pour s'adapter aux besoins des patients. Au début de l'année 2010 le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation d'Angers était ouvert les vendredis et lundis de 9h30 à 11h30 et les mercredis de 14h15 à 16h15. La permanence du lundi a été déplacée du matin à l'après midi.

### **La mission d'Angers fonctionne exclusivement avec du personnel bénévole, dont :**

19 médecins généralistes, soit : 515 heures de bénévolat.

1 pharmacien, soit : 92 heures de bénévolat.

11 infirmiers et 5 personnes d'accueil et administratifs, soit : 1 202.25 heures de bénévolat.

Total 1 827.30 heures de bénévolat au cours de l'année 2011

Lors de chaque permanence, un médecin généraliste et deux accueillants (dont un infirmier) reçoivent les patients sans imposer de contraintes, les soulagent de leurs maux et les informent sur l'accès aux structures de santé de droit commun. En pratique, tout nouveau patient accueilli est informé sur ses droits en matière d'accès aux soins. Chaque patient qui le souhaite est ensuite reçu en consultation médicale. Une délivrance gratuite de médicaments est assurée en cas de besoin.

En fonction de leurs pathologies, les patients sont orientés vers les partenaires : la PASS au CHU et des médecins spécialistes qui se sont engagés à recevoir les patients adressés par Médecins du Monde.

Pour chaque nouveau patient reçu, un dossier social et un dossier médical sont renseignés. L'analyse de ces dossiers nous permet de connaître plus précisément le profil des patients (sexe, âge, pathologies, type de logement, type de couverture maladie dont la personne relève, principaux obstacles rencontrés .....)

Cette connaissance précise du profil a deux objectifs principaux :

- Mieux connaître les personnes accueillies et ainsi permettre à l'équipe d'adapter ses pratiques et modalités de prise en charge en fonction des besoins ou problèmes exprimés.
- Témoigner des grandes difficultés d'accès aux soins et aux droits rencontrés par les patients, à l'échelle locale comme à l'échelle nationale.

Chaque année, un rapport national est rédigé à partir des données issues des 21 CASO répartis en France (Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de MdM).

# CASO

Par ailleurs, des brochures d'informations sur le VIH, les IST, les hépatites et les vaccinations sont mises à la disposition des patients.

Les médicaments sont commandés à PHI (Pharmacie Humanitaire Internationale) par le pharmacien du CASO qui assure la gestion du stock. Pour l'année 2011 ont été distribués 2 210 boîtes pour une valeur totale de : 4 055,44 Euros.

## 2.4 – Activité

|                                                       |       |
|-------------------------------------------------------|-------|
| - Nombre total de passages sur le CASO                | 1 006 |
| - Nombre de consultations de médecine générale        | 997   |
| - Nombre total de patients différents (file active)   | 615   |
| Dont Nombre de nouveaux patients                      | 528   |
| - Nombre moyen de consultations médicales par patient | 1,64  |

### Population accueillie :

|                          |                                             |              |         |       |
|--------------------------|---------------------------------------------|--------------|---------|-------|
| <b>Motifs de venue :</b> | Voir un médecin généraliste                 | 99,2%        |         |       |
|                          | Voir un dentiste                            | 0,8%         |         |       |
| <b>Mode de contact :</b> | <b>Associations</b>                         | <b>72,7%</b> |         |       |
|                          | Bouche à oreille                            | 19,6%        |         |       |
|                          | Institutions administratives et/ou sociales | 2,9%         |         |       |
|                          | Structures de soins                         | 2,4%         |         |       |
|                          | Autres                                      | 2,4%         |         |       |
| <b>Sexe :</b>            | Masculin                                    | 55,5%        | Féminin | 44,5% |

### Situation des droits par rapport à la couverture maladie :

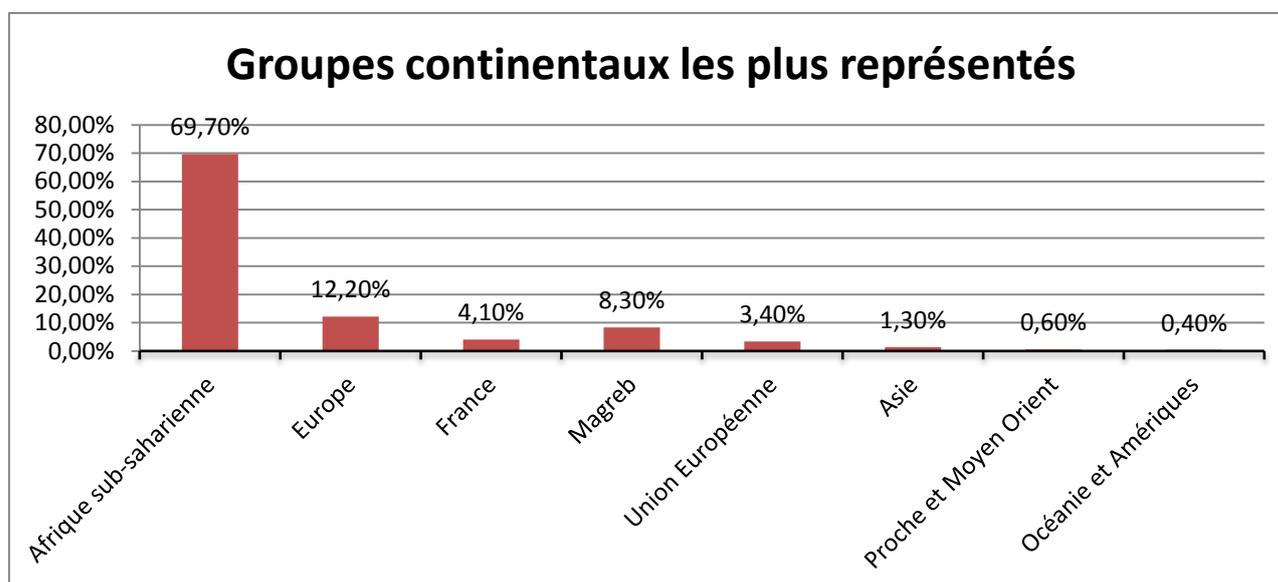
|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Ne relève d'aucun dispositif                 | 83,7% |
| Relève de la CMU complémentaire              | 8,7%  |
| Ne peut relever que de la couverture de base | 3,9%  |
| Relève de l'AME                              | 2,4%  |
| A des droits dans un autre pays européen     | 1,3%  |

### Droits effectifs à la couverture maladie :

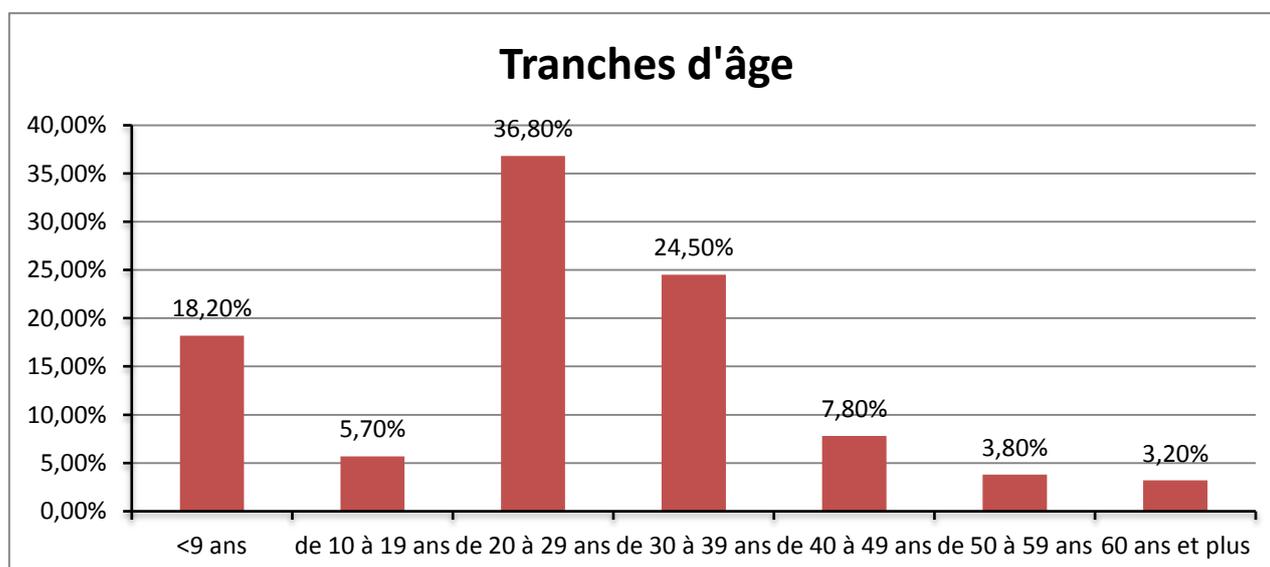
|                                           |       |
|-------------------------------------------|-------|
| Droits non ouverts                        | 97,0% |
| Couverture maladie base et complémentaire | 1,6%  |
| Couverture maladie de base                | 0,9%  |
| NSP                                       | 0,3%  |
| AME                                       | 0,2%  |

# CASO

## Groupes continentaux les plus représentés :



## Tranches d'âge :



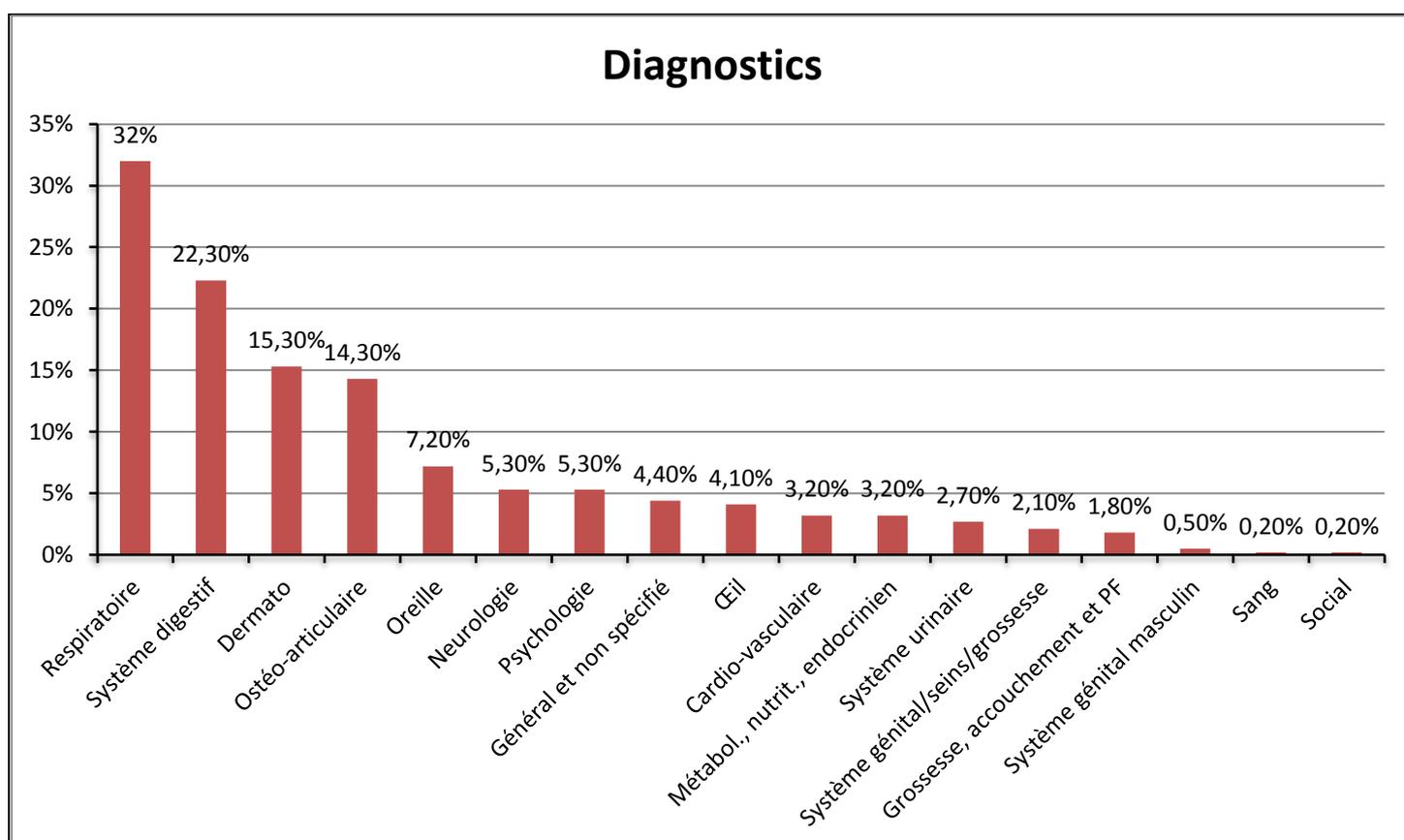
## Conditions de logement

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| En logement précaire                        | 25,4% |
| En logement stable                          | 12,0% |
| Hébergé par un organisme ou une association | 20,4% |
| Sans domicile fixe                          | 42,2% |

# CASO

## Diagnosics (résultats de consultation par appareil)

Sur 997 consultations médicales effectuées en 2011 :



## 2.5 – Actions hors centre

Nous avons été sollicités par différents organismes et sommes intervenus dans des établissements d'enseignement pour faire connaître notre activité :

**CAP SANTE** Participation à l'action de prévention du cancer du col de l'utérus par la distribution de dépliants aux patientes.

**Semaine Européenne de la vaccination** : Participation à l'élaboration des documents d'information et distribution et mise à disposition des patients (calendrier vaccinal 2011 simplifié).

**Forum Santé** à Avrillé : participation à une rencontre des associations en lien avec la santé.

**La PASS Hôpital** : Comité de Pilotage PASS le jeudi 20 octobre 2011 au CHU.

### Assemblée Générale PHI

Réunions mensuelles de la **coordination SDF**

Rencontres avec les représentants de la Délégation de Nantes.

## Conclusion

L'activité du CASO d'Angers n'a pas beaucoup diminué cette année 2011 avec toujours une arrivée massive de migrants.

Depuis la rencontre entre l'adjointe aux affaires sociales de la ville d'Angers, le président du conseil général du Maine et Loire et le ministre de l'intérieur qui a eu pour conséquence l'orientation des migrants isolés vers Nantes, l'activité du CASO semble commencer à diminuer, ce qui nous permettra d'augmenter les activités en dehors du CASO :

- Par la recherche d'accueillants pour renouveler l'équipe.
- Par une participation plus active aux réunions avec nos partenaires (Coordination Migrants – Espace Accueil – Comité de pilotage du PASS hôpital - la PASS hôpital - le PASS mairie - la coordination SDF - etc...) afin de mieux se connaître et d'optimiser nos actions.

Au CASO, les patients bénéficiant d'une couverture santé ne sont vus qu'exceptionnellement en consultation pour raisons particulières. Le fait d'avoir une CMU ou une AME leur permet de pouvoir être suivi régulièrement par un médecin en ville, d'effectuer si besoin des examens complémentaires (ce dont nous ne disposons pas au CASO) et par conséquent de bénéficier d'un meilleur suivi.

Cela nous permet aussi d'alléger nos plages de consultation.

On constate de plus en plus de personnes sans logement (dans la rue ou en squat) notamment les populations africaines (Soudan et Erythrée).

Les structures d'accueil sur Angers ont eu du mal à faire face cette année à l'afflux des migrants.

En 2011, les domiciliations des primo-arrivants ont été contingentées à une seule association (Espace Accueil).

Devant l'afflux massif de ces demandeurs d'asile, rapidement cette association a été dépassée par le flux des arrivants et donc plus en mesure de tous les suivre, ce qui a conduit à la fermeture symbolique de cette association durant une semaine.

L'absence de domiciliation empêche l'ouverture des droits sociaux et rend la prise en charge médicale difficile, la PASS hospitalière acceptant de prendre en charge uniquement les patients domiciliés et ayant eu leur rendez vous auprès de la préfecture. Certains patients étaient néanmoins vus mais l'édition de factures impayées a pu, dans certains cas, leur être préjudiciable pour l'obtention de leur titre de séjour.

Dans ce contexte, nous les avons accueillis majoritairement au sein du CASO adressés par la structure "Espace Accueil".

Ainsi plus de 95 % des personnes accueillies se sont avérées en 2011 être des demandeurs d'asile. Les personnes précaires d'origine française ou européenne nous sont essentiellement adressées par le PASS mairie.

Nous participons le plus possible à la mise en place de la régionalisation demandée par MdM France en travaillant sur le diagnostic régional et sur l'éthique et les valeurs en rencontrant la délégation Pays de la Loire.

Enfin au cours de l'année 2012, nous retournerons vers la PASS hospitalière afin de mieux travailler ensemble et tenter de mettre en place un meilleur fonctionnement.

## CASO

---

Si la baisse d'affluence constatée actuellement dure, il pourrait devenir envisageable de monter d'autres projets, de préférence en partenariat avec les autres associations, dans le but d'aller vers toutes les populations précaires d'Angers (aller vers les Squats, action de réduction des risques liés à l'usage de drogues, d'éducation et de prévention sexuelle etc ...)

Il nous faut également nous préoccuper des demandes de domiciliations qui sont de plus en plus difficiles à obtenir sur Angers.

## 3. Action Précarité menée à Nantes

Conformément aux missions fixées, la délégation nantaise de Médecins du Monde a continué de mener des interventions régulières et programmées auprès des personnes vivant en état de précarité.

De façon préliminaire, remarquons que la précarité est un état de fait qui est la conséquence propre de l'existence d'importantes inégalités sociales et celles-ci créent, induisent et provoquent, aussi, une précarité sanitaire. Les conditions sociales, économiques, culturelles et environnementales constituent des facteurs déterminants à côté de l'âge, du sexe, des facteurs héréditaires et de l'origine ethnique. La façon dont l'ensemble de ces déterminants s'instaure, se combine puis s'imbrique, peut créer des situations sanitaires critiques et préjudiciables conduisant, certes, à la recherche immédiate de solutions ponctuelles mais qui devraient surtout nécessiter de véritables choix politiques en matière de justice sociale. Vouloir supprimer la précarité en matière de santé implique, obligatoirement, de comprendre que la plupart des déterminants socio-sanitaires ont leur origine dans le milieu familial, éducatif et professionnel.

## Modalités d'action et d'intervention

### \* Le site

Les interventions se font au sein du foyer d'hébergement des « Restos du Cœur » nommé « La Pâtur/Maison de Coluche ». Il s'agit d'un immeuble précédemment destiné à recevoir le personnel roulant de la SNCF. Les locaux sont donc parfaitement bien adaptés et fonctionnels. Différents travaux d'entretien et de réhabilitation ont permis d'aménager des locaux dédiés à une fonction bien particulière, comme par exemple la création d'un chenil.

Le foyer se trouve dans un quartier pavillonnaire, à la limite est de l'agglomération nantaise, et est situé au milieu d'un petit parc verdoyant et arboré, avec des espaces de détente. Actuellement, grâce à la relative proximité du réseau de tramway et de bus, les personnes hébergées peuvent se déplacer relativement aisément.

Ce foyer est ouvert tout au long l'année ; l'accueil se fait de 16h à 7h le lendemain, durant la semaine, et toute la journée les week-ends et les jours fériés. Les résidant(e)s bénéficient de chambre individuelle avec un coin lavabo ; 11 chambres sont réservées pour les femmes, 17 pour les hommes et 2 pour les couples et les personnes handicapées. Les parties communes comprennent : une salle à manger, une cuisine, un salon avec télévision, une lingerie, des douches et une terrasse. Un local, relativement spacieux et bien aménagé, est destiné aux différents intervenants extérieurs. Les résidents participent à certaines tâches d'entretien.

L'accès à ce foyer se fait par l'intermédiaire du 115 après accord des gestionnaires. Une prise en charge par des travailleurs sociaux permet aux personnes d'entreprendre les démarches administratives nécessaires et d'envisager l'élaboration d'un projet tant pour trouver un logement que pour obtenir un emploi ou une formation. Dans cette éventualité, il leur est possible de bénéficier d'un accueil continu pour plusieurs jours.

# PRECARITE

---

## \* Les interventions

Elles se font dans le cadre d'un partenariat entre l'association les « Restos du Cœur » et la délégation nantaise de Médecins du Monde.

L'équipe soignante est composée de 7 bénévoles qualifiés : 3 médecins et 4 infirmières ; elle intervient une fois par semaine, le mardi, au cours d'une consultation de 18h30 à 20h30. Les résident(e)s accèdent librement à la consultation après s'être fait connaître auprès d'un responsable du foyer qui dresse une liste.

Au cours des vacances, il est consacré un temps d'échange avec soit les responsables, soit les travailleurs sociaux, soit les éducateurs du foyer. C'est pour les bénévoles de Médecins du Monde un instant privilégié, primordial et indispensable ; en effet, les différents intervenants médicaux et sociaux peuvent ainsi mettre en place ou adapter un projet et/ou une stratégie convergente pour tel(le) ou tel(le) résident(e), et ainsi s'assurer qu'un vrai continuum médico-social peut s'instaurer voire se prolonger quand cela s'avère possible et nécessaire.

## \* Les consultations

Elles sont effectuées par une équipe de deux personnes associant un médecin et une infirmière. Parfois psychologue ou psychiatre y sont associés.

Lorsqu'une nouvelle personne intègre la mission précarité, avant qu'elle puisse exercer de façon autonome, en sus d'une information complète, une « formation » est délivrée par compagnonnage.

Les consultations couvrent le domaine médical, paramédical et médico-social. Chaque consultation permet une prise en charge tant somatique que psychologique ; au curatif s'adjoignent de manière systématique le dépistage, la prévention, l'éducation à la santé et l'orientation vers d'autres structures ou d'autres professionnels de santé, si nécessaire.

Les diverses informations recueillies au cours des consultations sont colligées dans un dossier, étant bien entendu que chaque consultant(e) est informé(e) de la complète confidentialité dans laquelle ces informations sont tenues. Les actes et les pathologies sont identifiés et codés selon la nomenclature de la classification internationale des soins de santé primaires (CISP).

Il est notable qu'assez souvent le motif de consultation est un prétexte ponctuel qui permet d'entrevoir et d'aborder une problématique le plus souvent complexe. En outre, il s'avère qu'une partie des consultant(e)s bénéficient déjà, à leurs dires, d'un suivi médical (médecin généraliste traitant, prise en charge au sein de structures hospitalières, secteur psychiatrique ambulatoire, PASS...) et que des traitements spécifiques sont institués. Néanmoins, il semblerait que des motifs implicites de consultation au sein du foyer soient d'une part la facilité d'accès et d'autre part une demande de prise en charge plus globale et d'une écoute plus adaptée.

Pour les bénévoles assurant les consultations, il apparaît important que chaque consultant(e) prenne conscience que leur action de soignant s'inscrit clairement dans le cadre de réseaux. C'est ainsi que toute orientation vers une structure de soins ou vers tout autre professionnel de santé fait l'objet d'une correspondance appropriée et la remise d'une fiche qui, remplie, sera renvoyée.

## Les objectifs

Ecouter, dépister, prévenir, traiter et témoigner tels sont les maîtres mots, les idées directrices qui sous-tendent les activités des bénévoles de la mission précarité tant sur le plan médical et paramédical que social.

L'écoute se veut être attentive et empathique afin de permettre aux consultant(e)s de verbaliser leur souffrance, de faire connaître leurs problèmes et d'exprimer leurs attentes. Bien entendu, lorsqu'il s'agit d'interlocuteur(trice)s étranger(ère)s la langue peut constituer un obstacle non négligeable ; mais la pratique de l'Anglais par des bénévoles de la mission précarité et le recours à des sites de traduction sur Internet permettent de pallier en partie cette difficulté.

Au cours des entretiens et des consultations, toutes les personnes sont sensibilisées à l'intérêt de dépistages appropriés, si nécessaire est, et sont informées des lieux dédiés où elles peuvent se rendre (PASS, centre de dépistage CDAG-CIDDIST...). Un suivi de l'adhésion à ce type de démarche peut s'effectuer au fil du temps quand les personnes sont revues au cours de plusieurs consultations.

La prévention comprend différents volets.

Il convient de prévenir le retard de l'accès aux soins ; le cas échéant il faut donc favoriser l'accès aux droits.

Il faut prévenir les conduites à risque induites par la toxicomanie, l'addiction, les pratiques sexuelles... ; cette démarche pour la réduction des risques demande un long travail d'écoute, de valorisation et de responsabilisation ; elle nécessite une orientation vers les associations et les structures appropriées, donc un travail en réseau.

Pour traiter de façon adaptée en fonction de la symptomatologie, somatique ou psychique, exprimée il convient d'avoir une bonne connaissance de l'histoire médico-sociale de la personne qui consulte. Parfois le traitement proposé devra s'inclure dans un, voire des, traitements déjà en cours ; il est donc important de veiller à la cohérence et à la compatibilité de la nouvelle prescription et à l'observance de la thérapie déjà établie ; il faut aussi tenir informés les autres professionnels de santé de toute nouveauté thérapeutique, de tout nouvel élément clinique et de l'éventuelle nécessité d'explorations complémentaires.

La connaissance de l'historique et du vécu de chaque consultant(e) permet, par delà les éléments statistiques et médico-sociaux, de témoigner, certes à une petite échelle, d'une vérité de la précarité.

## L'activité

En se référant à la classification commune des « sans-abri », on pourrait distinguer :

- les SDF n'acceptant que de façon limitée voire exceptionnelle un hébergement et/ou une prise en charge ;
- les adultes jeunes en errance, souvent à la suite de situations conflictuelles et de rupture dans le milieu familial, social et professionnel ;
- les adultes, le plus souvent jeunes, ayant un emploi temporaire et peu rémunéré ne leur permettant pas d'accéder à l'obtention d'un logement personnel ;

# PRECARITE

- les étrangers demandeurs d'asile n'ayant pas d'autre alternative que de recourir à un hébergement temporaire.

Il conviendra, à la lumière des éléments statistiques et historiques, colligés de peaufiner cette analyse.

Comme on peut le constater [Cf. tableaux joints], la file active pour les consultations à La Pâtur/Maison de Coluche comprend **73** personnes différentes pour une activité de **221** consultations durant l'année 2011.

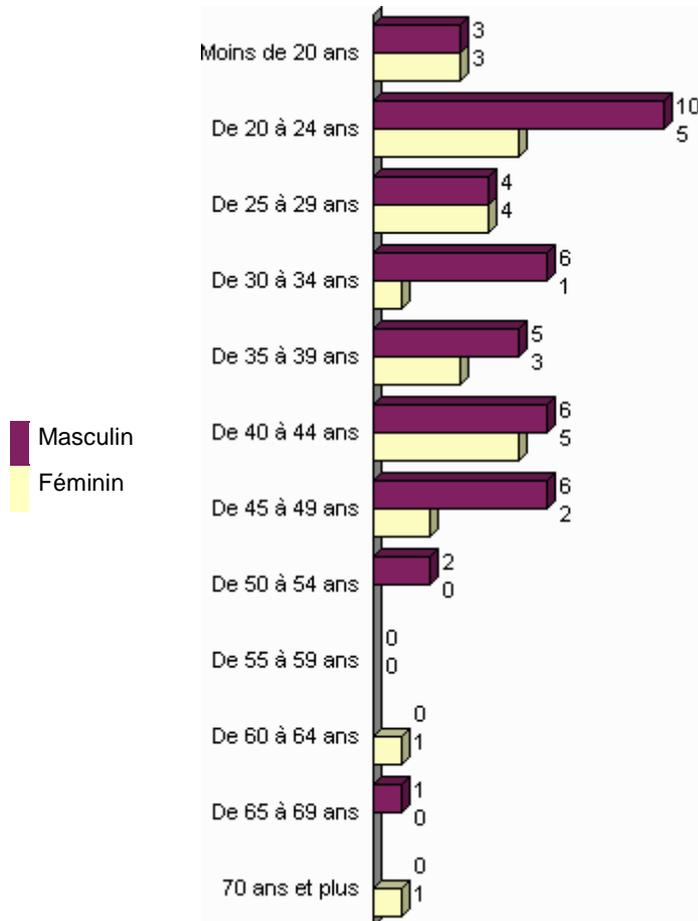
Dans une première approche, il semble intéressant de connaître la répartition des consultants dans le temps, par sexe, par âge et par nationalité.

| Nombre de consultations par mois |            |               |
|----------------------------------|------------|---------------|
|                                  | Nb         | % cit.        |
| Janvier                          | 18         | 8,1%          |
| Février                          | 14         | 6,3%          |
| Mars                             | 14         | 6,3%          |
| Avril                            | 19         | 8,6%          |
| Mai                              | 21         | 9,5%          |
| Juin                             | 15         | 6,8%          |
| Juillet                          | 14         | 6,3%          |
| Août                             | 24         | 10,9%         |
| Septembre                        | 25         | 11,3%         |
| Octobre                          | 19         | 8,6%          |
| Novembre                         | 17         | 7,7%          |
| Décembre                         | 21         | 9,5%          |
| <b>Total</b>                     | <b>221</b> | <b>100,0%</b> |

| Tranches d'âge                 |           |               |
|--------------------------------|-----------|---------------|
| Taux de réponse : <b>93,2%</b> |           |               |
| Moyenne = <b>33,38</b>         |           |               |
| Médiane = <b>33,00</b>         |           |               |
| Min = <b>0</b> Max = <b>71</b> |           |               |
|                                | Nb        | % cit.        |
| Moins de 20 ans                | 6         | 8,8%          |
| De 20 à 24 ans                 | 15        | 22,1%         |
| De 25 à 29 ans                 | 8         | 11,8%         |
| De 30 à 34 ans                 | 7         | 10,3%         |
| De 35 à 39 ans                 | 8         | 11,8%         |
| De 40 à 44 ans                 | 11        | 16,2%         |
| De 45 à 49 ans                 | 8         | 11,8%         |
| De 50 à 54 ans                 | 2         | 2,9%          |
| De 55 à 59 ans                 | 0         | 0,0%          |
| De 60 à 64 ans                 | 1         | 1,5%          |
| De 65 à 69 ans                 | 1         | 1,5%          |
| 70 ans et plus                 | 1         | 1,5%          |
| <b>Total</b>                   | <b>68</b> | <b>100,0%</b> |

# PRECARITE

Nombre des patients hommes/femmes par tranches d'âge



Principales nationalités

|                       | Nb        | % cit.        |
|-----------------------|-----------|---------------|
| <b>FRANCE</b>         | <b>48</b> | <b>65,8%</b>  |
| <b>CONGO - BRAZZA</b> | <b>8</b>  | <b>11,0%</b>  |
| <b>GUINEE</b>         | <b>7</b>  | <b>9,6%</b>   |
| <b>SOMALIE</b>        | <b>2</b>  | <b>2,7%</b>   |
| <b>ARMENIE</b>        | <b>2</b>  | <b>2,7%</b>   |
| <b>RUSSIE</b>         | <b>1</b>  | <b>1,4%</b>   |
| <b>RWANDA</b>         | <b>1</b>  | <b>1,4%</b>   |
| <b>MALI</b>           | <b>1</b>  | <b>1,4%</b>   |
| <b>ANGOLA</b>         | <b>1</b>  | <b>1,4%</b>   |
| <b>ALGERIE</b>        | <b>1</b>  | <b>1,4%</b>   |
| <b>GUINEE BISSAU</b>  | <b>1</b>  | <b>1,4%</b>   |
| <b>Total</b>          | <b>73</b> | <b>100,0%</b> |

Puis de répertorier les motifs de consultations et les résultats des consultations.

# PRECARITE

## 25 principaux motifs de consultation

|                                                | Nb         | % obs.        |
|------------------------------------------------|------------|---------------|
| Perturbation du sommeil (P06)                  | 29         | 13,2%         |
| Hypertension non compliquée (K86)              | 11         | 5,0%          |
| Infection aiguë voies respiratoires sup. (R74) | 10         | 4,6%          |
| Toux (R05)                                     | 10         | 4,6%          |
| Mal de tête (N01)                              | 9          | 4,1%          |
| Traumatisme/lésion traumat. NCA (A80)          | 6          | 2,7%          |
| Alcoolisme chronique (P15)                     | 5          | 2,3%          |
| S/P de la jambe et de la cuisse (L14)          | 5          | 2,3%          |
| Bronchite aiguë, bronchiolite (R78)            | 4          | 1,8%          |
| Dépression (P76)                               | 4          | 1,8%          |
| Prurit (S02)                                   | 4          | 1,8%          |
| S/P de la main et du doigt (L12)               | 4          | 1,8%          |
| S/P dents/gencives (D19)                       | 4          | 1,8%          |
| Sensation anxiété/nervosité/tension (P01)      | 4          | 1,8%          |
| Trouble anxieux/ état anxieux (P74)            | 4          | 1,8%          |
| Autre maladie de la peau (S99)                 | 3          | 1,4%          |
| Autre perturbation de la vision (F05)          | 3          | 1,4%          |
| Constipation (D12)                             | 3          | 1,4%          |
| Diarrhée (D11)                                 | 3          | 1,4%          |
| Doigt/orteil infecté (S09)                     | 3          | 1,4%          |
| Douleur/crampes abdominales gén. (D01)         | 3          | 1,4%          |
| Effet sec. subst. médicamenteuse (A85)         | 3          | 1,4%          |
| Maladie du foie NCA (D97)                      | 3          | 1,4%          |
| P. social NCA (Z29)                            | 3          | 1,4%          |
| Peur de l'hypertension (K25)                   | 3          | 1,4%          |
| autres motifs de consultation                  | 126        | 57,5%         |
| <b>Total</b>                                   | <b>219</b> | <b>122,8%</b> |

## 25 principaux résultats de consultation

|                                                |            |               |
|------------------------------------------------|------------|---------------|
| Perturbation du sommeil (P06)                  | 31         | 14,4%         |
| Infection aiguë voies respiratoires sup. (R74) | 13         | 6,0%          |
| Hypertension non compliquée (K86)              | 12         | 5,6%          |
| Alcoolisme chronique (P15)                     | 11         | 5,1%          |
| Dépression (P76)                               | 5          | 2,3%          |
| Mal de tête (N01)                              | 5          | 2,3%          |
| Traumatisme/lésion traumat. NCA (A80)          | 5          | 2,3%          |
| Trouble anxieux/ état anxieux (P74)            | 5          | 2,3%          |
| Bronchite aiguë, bronchiolite (R78)            | 4          | 1,9%          |
| Maladie du foie NCA (D97)                      | 4          | 1,9%          |
| S/P de la main et du doigt (L12)               | 4          | 1,9%          |
| S/P dents/gencives (D19)                       | 4          | 1,9%          |
| Autre maladie de la peau (S99)                 | 3          | 1,4%          |
| Autre maladie urinaire (U99)                   | 3          | 1,4%          |
| Diabète non insulino-dépendant (T90)           | 3          | 1,4%          |
| Doigt/orteil infecté (S09)                     | 3          | 1,4%          |
| Effet sec. subst. médicamenteuse (A85)         | 3          | 1,4%          |
| Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire (L81)    | 3          | 1,4%          |
| P. social NCA (Z29)                            | 3          | 1,4%          |
| Prurit (S02)                                   | 3          | 1,4%          |
| S/P des lombes (L03)                           | 3          | 1,4%          |
| S/P du pied et de l'orteil (L17)               | 3          | 1,4%          |
| Syndr. dorso-lombaire et irradiation (L86)     | 3          | 1,4%          |
| Syndrome du colon irritable (D93)              | 3          | 1,4%          |
| Toux (R05)                                     | 3          | 1,4%          |
| <b>Autres résultats de consultation</b>        | <b>130</b> | <b>60,2%</b>  |
| <b>Total</b>                                   | <b>216</b> | <b>125,9%</b> |

# PRECARITE

Enfin d'identifier les contextes sociaux.

## Logement ressenti par la personne

Taux de réponse : 95,9%

|                      | Nb        | % cit.        |
|----------------------|-----------|---------------|
| <b>Sans logement</b> | <b>67</b> | <b>95,7%</b>  |
| Précaire             | 3         | 4,3%          |
| Fixe                 | 0         | 0,0%          |
| <b>Total</b>         | <b>70</b> | <b>100,0%</b> |

## Montant des ressources par mois

Taux de réponse : 58,9%

Moyenne = 334,35

Médiane = 400,00

Min = 0 Max = 980

|                       | Nb        | % cit.        |
|-----------------------|-----------|---------------|
| <b>Moins de 100 €</b> | <b>14</b> | <b>32,6%</b>  |
| De 100 à 199 €        | 0         | 0,0%          |
| De 200 à 299 €        | 1         | 2,3%          |
| De 300 à 399 €        | 6         | 14,0%         |
| De 400 à 499 €        | 12        | 27,9%         |
| De 500 à 599 €        | 1         | 2,3%          |
| De 600 à 699 €        | 2         | 4,7%          |
| De 700 à 799 €        | 6         | 14,0%         |
| De 800 à 899 €        | 0         | 0,0%          |
| De 900 à 999 €        | 1         | 2,3%          |
| <b>1 000 et plus</b>  | <b>0</b>  | <b>0,0%</b>   |
| <b>Total</b>          | <b>43</b> | <b>100,0%</b> |

## Situation familiale

Taux de réponse : 100,0%

|                             | Nb        | % cit.        |
|-----------------------------|-----------|---------------|
| <b>Avec famille ou amis</b> | <b>0</b>  | <b>0,0%</b>   |
| En couple                   | 1         | 1,4%          |
| <b>Seul</b>                 | <b>72</b> | <b>98,6%</b>  |
| <b>Total</b>                | <b>73</b> | <b>100,0%</b> |

## Droits potentiels à la couverture maladie

Taux de réponse : 100,0%

|                                    | Nb        | % cit.        |
|------------------------------------|-----------|---------------|
| <b>Couverture maladie de base</b>  | <b>10</b> | <b>13,7%</b>  |
| <b>CMU (base + complémentaire)</b> | <b>44</b> | <b>60,3%</b>  |
| <b>AME</b>                         | <b>13</b> | <b>17,8%</b>  |
| <b>Pas de droits</b>               | <b>6</b>  | <b>8,2%</b>   |
| <b>Total</b>                       | <b>73</b> | <b>100,0%</b> |

## Droits effectivement ouverts

Taux de réponse : 75.6%

|                                 | Nb        | % cit.        |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| Oui                             | 49        | 79.0%         |
| Non (ou en cours d'instruction) | 13        | 21.0%         |
| <b>Total</b>                    | <b>62</b> | <b>100.0%</b> |

Lorsqu'on considère l'ensemble de la population concernée, l'âge moyen tant pour les femmes que pour les hommes se situe alentour de 33 ans. Au sein de ce groupe, les étrangers demandeurs d'asile représentent une proportion du tiers. Il est de plus notable, quand on reprend les dossiers cas par cas pour les personnes d'origine française, qu'une grande majorité de celles-ci se sont retrouvées à la rue à la suite d'une rupture familiale et/ou sociale et/ou professionnelle ; de tels évènements entraînent des réactions d'exclusion associées, la plupart du temps, à des conduites addictives (alcoolisation, psychotropes, toxicomanie...), assez souvent préexistantes mais à un moindre degré. Une majorité de ces personnes possède un niveau scolaire relativement convenable voire bon et même très bon et aussi une formation et une expérience professionnelle. Beaucoup exprime la grande difficulté d'adopter une conduite cohérente dans les arcanes des démarches sociales, en particulier à cause de la fragmentation de la prise en charge et de la multiplicité des

# PRECARITE

---

interlocuteurs. Pour un grand nombre, l'impossibilité d'avoir un hébergement stable reste le principal handicap pour le retour à l'emploi.

Il semble donc, pour ce qui est des personnes vues lors des consultations à la Pâture/Maison de Coluche, qu'on assiste à une modification de la typologie de cette population en état de précarité ; à côté des « professionnels » de la rue, dont le nombre est en diminution, apparaît tout un ensemble de personnes jeunes pour qui précarité et exclusion aboutissent à une inéluctable marginalisation.

L'âge moyen chez les étrangers demandeurs d'asile se situe, aussi, autour de 33 ans. Les deux tiers ne parlent pas la langue française d'où une plus grande vulnérabilité liée à la difficulté de communication ; néanmoins une majorité s'exprime en langue anglaise. La plupart a un niveau scolaire, voire un niveau universitaire, appréciable ainsi qu'une formation et une expérience professionnelle.

Dans ce groupe de personnes, on ne retrouve que très peu de dépendance au tabac, à l'alcool, au psychotrope ou autres produits psycho-actifs.

## **Conclusion**

A la lecture des tableaux rendant compte de l'activité santé précarité, il apparaît indispensable de maintenir au sein de cette structure, « La Pâture/Maison de Coluche », une prise en charge médico-sociale sur un modèle proche de ce qui se pratique actuellement.

Compte tenu des nouvelles dispositions du code de la Santé publique et des prérogatives données aux agences régionales de la santé, grâce au projet régional d'accès à la prévention et aux soins, n'existe-t-il pas une opportunité de faire prendre en charge cette action par le droit commun ? Il paraîtrait nécessaire et intéressant d'évoquer, dans le cadre du partenariat en cours, cette alternative avec les représentants de l'association des « Resto du Cœur ».

Il est à noter que des demandes d'intervention émanant d'autres associations gérant des foyers d'hébergement ont été reçues.

Certes l'équipe de la mission précarité s'étoffe et se structure ; néanmoins les moyens humains disponibles ne permettront pas de répondre ni de satisfaire toutes les demandes.

## 4. La mission auprès des Roms

### 1. La mission auprès des Roms

Initiée en 2002 l'action auprès des Roms migrants de la délégation des Pays de la Loire de MdM fêtera bientôt ses dix ans. Même si les avancées sont indéniables en termes d'accueil sur l'agglomération nantaise, les difficultés sont encore nombreuses. Le discours de Grenoble stigmatisant les Roms et les gens du voyage n'a eu qu'un impact limité, plusieurs municipalités de l'agglomération, soutenues par des collectifs ou associations de citoyens se sont mobilisées pour améliorer le quotidien de certaines familles. Hélas, le plus grand nombre vit encore dans une précarité extrême sur des terrains sans aucun équipement, soumis aux évacuations itératives avec leur cohorte d'effets pernicioseux sur l'accès aux soins et l'état de santé des plus faibles. Pour ces derniers, l'accès aux soins est semé d'embûches : éloignement du centre ville, mouvements permanents, saturation de la PASS et taxe de 30€ pour l'ouverture des droits à l'AME.

En début d'année, nous avons mis en œuvre un projet rénové, aboutissement de la démarche d'autoévaluation des missions menée en collaboration avec la direction des missions France de MdM. Suite aux constats de terrain, en cohérence avec notre implication dans le projet de médiation sanitaire, nous avons donné une orientation plus ciblée à nos actions en les centrant sur la santé des femmes et des enfants. Les critères d'évaluation retenus serviront de trame à ce rapport d'activité.

#### 4.1. Le contexte d'intervention

### Une situation contrastée

La ville de Nantes fut pionnière dans l'accueil de familles roms avec un accompagnement par des travailleurs sociaux. A ce jour, une quarantaine de familles ont eu accès à des logements sociaux. Dans d'autres communes, le modèle diffère un peu. C'est une mobilisation citoyenne soutenue par une volonté politique qui a permis de trouver des solutions humainement acceptables. Des terrains ont été équipés avec l'accès à l'eau, à l'électricité, à des équipements sanitaires. Ainsi des projets d'insertion ont vu le jour dans les communes de Sainte-Luce et Indre en premier lieu et plus récemment : Treillières, Vigneux-de-Bretagne, Saint-Jean de Boiseau, La Montagne, Le Cellier, Couëron. Des nouvelles initiatives associatives ont émergé à Montaigu et à Clisson. Enfin, les communes du Pellerin et de la Chapelle-sur-Erdre ont accueilli quelques familles en logement d'urgence. Ces actions citoyennes sont des éléments très favorables à l'accès aux soins grâce à l'orientation possible vers la médecine de proximité, c'est pourquoi nous avons fait le choix de ne plus visiter les groupes ainsi accompagnés et de concentrer notre activité sur les lieux de vie les plus déshérités.

Les groupes vivant sur les terrains squattés se sentent d'autant plus discriminés et rejetés, espérant qu'une solution d'accueil leur sera proposée.

Cependant les pouvoirs publics non engagés développent des arguments pour ne pas agir :

- C'est de la responsabilité de l'Etat.

# ROMS

---

- Nous nous occupons déjà des gens du voyage
- Les riverains nous demandent d'intervenir.
- Des conditions favorables d'accueil vont provoquer un « appel d'air »...

Les constats sur le terrain sont tout autres, ce qui fait « appel d'air » c'est l'inorganisation. En effet les communes engagées dans un processus d'accueil sont en mesure de maîtriser les nouvelles arrivées. D'autre part, les Roms, comprenant les enjeux positifs pour eux-mêmes, participent de manière informelle à la régulation. On constate une stabilité du nombre de personnes sur les communes qui se mobilisent. L'accueil se fait dans une relation donnant/donnant où l'établissement de règles de vie contribue à la restauration de l'image des Roms, à la reconnaissance mutuelle et à la responsabilisation des familles et des individus.

A contrario, la vie sur les terrains squattés est de plus en plus pénible pour les Roms mais aussi difficile à supporter pour les habitants des communes concernées. Sur les terrains squattés, les problèmes d'accès aux soins sont nombreux et les conditions de vie ne s'améliorent guère :

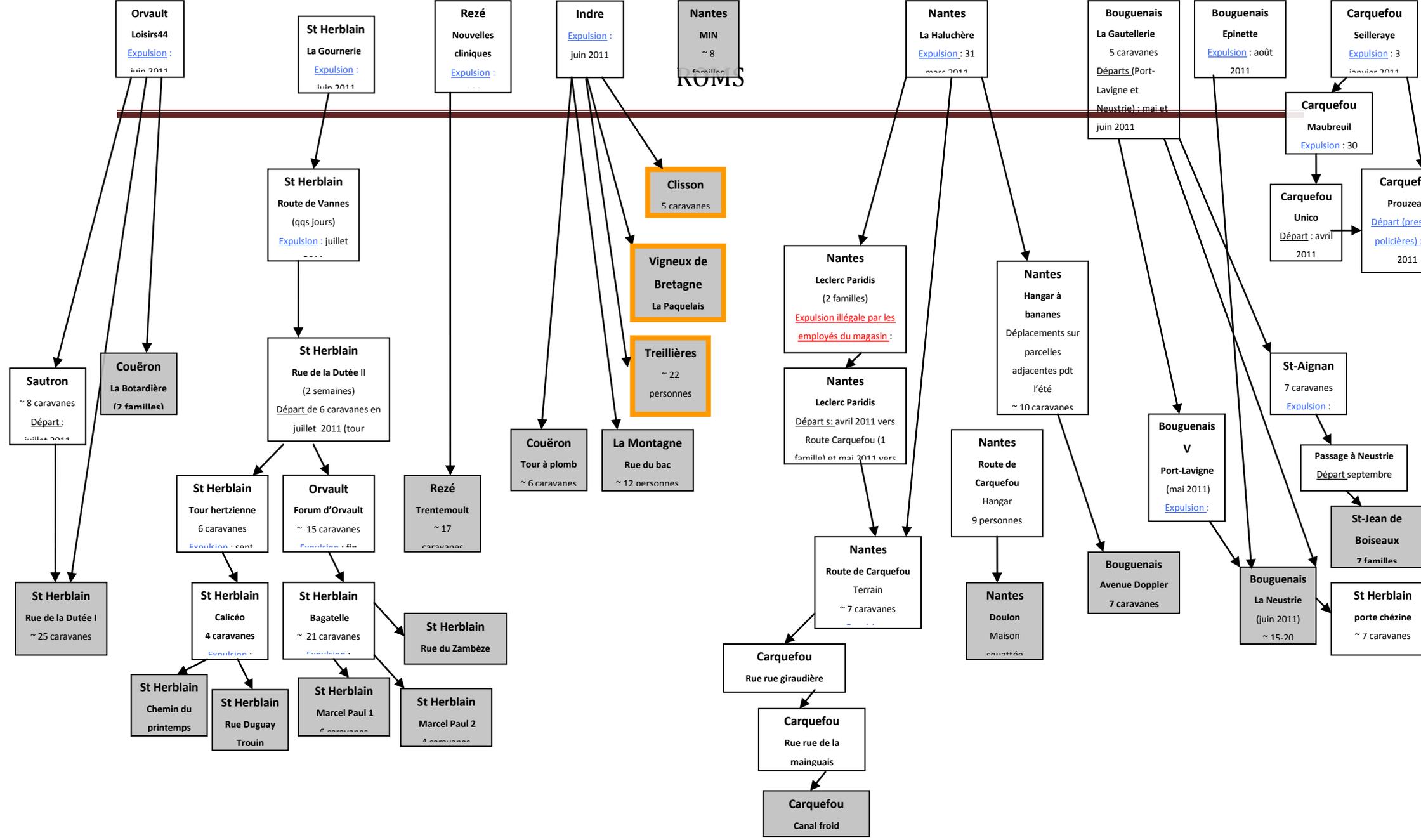
- Eloignement des lieux de soins, relégation dans des zones industrielles sans accès au transport en commun
- Expulsions itératives avec toutes les ruptures qu'elles entraînent,
- Scolarisation régulière et suivie difficile, voire impossible pour les enfants
- Insécurité permanente...

Les expulsions précarisent à l'extrême les familles, l'absence de dialogue avec les autorités municipales les renvoie à l'instauration de règles de vie internes comme dans tous les lieux d'exclusion. Les terrains grossissent, éclatent, se multiplient avec des conséquences néfastes sur la salubrité, la sécurité et le respect des droits des plus faibles. L'exaspération, la peur, l'intolérance du voisinage qui se sent dépassé par tant de misère, grandit.

Les mesures transitoires limitent encore fortement l'accès au travail et donc aux revenus réguliers. Les aides sociales sont réduites, les familles présentes avant la fin 2007 bénéficient des allocations familiales uniquement pour les enfants nés avant cette date. Les aides du conseil général, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, ont été fortement réduites à partir de juillet 2009. Les familles qui s'installent dans le département depuis juillet 2009 perçoivent une seule fois une allocation forfaitaire de 140 Euros quelque soit la composition de la famille. Toutes ces dispositions restrictives font le lit d'une économie de subsistance parfois en marge de la légalité avec le risque de renforcement de la stigmatisation et de l'exclusion.

La politique de l'expulsion, du délaissement, se veut être une politique ferme et résolue. Cependant les faits font la preuve de son inadaptation. En effet nous constatons que ces terrains de la honte se multiplient ou grossissent sur le territoire des communes qui refusent de prendre en compte cette question. Les familles ne partent pas, leur situation se dégrade en même temps que leur image et le cercle vicieux de l'exclusion et du rejet se perpétue.

Le rythme des évacuations de terrains s'est accéléré et il devient impossible de resituer les familles dans ces mouvements permanents. Contrairement à l'année 2010, les familles n'ont pas bénéficié d'une trêve hivernale avec jusqu'à 7 lieux de vie pour certaines familles.



# ROMS

---

Tout au long de l'année le nombre de personnes est resté relativement stable : aux alentours de 800 personnes. La migration est majoritairement familiale incluant les différentes générations : jeunes adultes avec ou sans enfants, parents plus âgés avec bien souvent de lourds problèmes de santé. La majorité des résidents sont présents sur le territoire depuis plusieurs années, une minorité se renouvelle périodiquement au gré des allers retours au pays ou des visites à la famille. Comme un certain nombre de pays de l'Union Européenne, la Roumanie s'enfonce dans la crise avec un fort taux de chômage et une politique de rigueur qui touche les plus pauvres. Cette situation fait redouter une augmentation de la migration à la recherche de conditions plus favorables.

## Des difficultés pour l'accès aux soins

Depuis le mois de mars 2011, l'ouverture des droits à l'Aide Médicale d'Etat pour les adultes est conditionnée par le versement d'une taxe de 30 €. Au fur et à mesure des nouvelles arrivées ou des renouvellements, les difficultés se font jour. Comment payer 60€ pour le couple lorsqu'il n'y a pas de revenus. Les hommes jeunes restent le plus souvent sans couverture maladie. Pour les personnes plus âgées, le plus souvent atteintes de pathologies chroniques, il reste le recours à des associations comme le Secours Catholique qui accepte d'étudier la situation et de financer la taxe afin que la continuité des soins puisse être effective.

D'autre part, la Consultation Jean Guillon de la PASS de Nantes, victime de son succès, malgré les moyens mis en place, peine à recevoir les personnes qui se présentent à la consultation sans rendez-vous. Tous ne peuvent pas être vus le jour même, il faut revenir et attendre encore. L'éloignement des lieux de vie du centre ville complique les déplacements en particulier pour les mères de famille qui doivent venir avec leurs enfants.

La grande mobilité de certains groupes empêche un recours habituel à un médecin référent. A cela il faut ajouter la non maîtrise de la langue et l'absence de traducteur dans les cabinets de médecine de ville.

## Des mesures abusives à l'encontre des populations dites roms

En ce qui concerne les évacuations de terrains, on note le recours de plus en plus fréquent à des procédures non contradictoires (qui ne permettent pas aux familles de faire un recours) au motif que l'identification des habitants n'a pas été possible. Pourtant, la majorité des personnes sont répertoriées par les services du conseil général par l'intermédiaire de la Permanence Chaptal et d'autre part les personnes disent ne pas avoir été sollicitées pour donner leur identité. Ces dispositions ne permettent aucun délai et pèsent fortement sur le sentiment de sécurité des familles qui doivent trouver un point de chute dans la précipitation.

Dans un contexte de stigmatisation et de rejet certains se croient autorisés à se faire justice eux-mêmes.

# ROMS

En mars 2011, suite à l'expulsion imminente d'un terrain squatté, deux femmes seules avec leurs enfants installent leurs 3 caravanes délabrées sur un terrain vague en face d'un centre commercial nantais. Des personnes, salariés de la grande surface viennent demander aux deux familles de quitter les lieux. Ne pouvant se faire bien comprendre, ils montrent aux femmes la photo d'un bulldozer. Trois jours plus tard vers 10h du matin, alors que les femmes sont absentes et l'aîné au lycée, les plus jeunes enfants sont à l'intérieur des caravanes, ils entendent un grand bruit et voient un gros engin labourer le terrain et amonceler des monticules de terre au ras des habitations de fortune, les enfants sont effrayés, paniqués. Peu après, alors que les mères de famille sont de retour, une douzaine d'employés venus avec leur supérieur poussent, tirent, soulèvent sans ménagement les caravanes pour les sortir du terrain et les déposer sans précaution sur le trottoir le tout en se montrant très menaçants. Une des trois caravanes ne résiste par à la manœuvre. Les femmes font appel aux associations qui aussitôt demandent l'intervention de la police. A l'arrivée des forces de l'ordre les « gros bras ont disparu ». Sachant qu'aucune plainte n'avait été déposée par le gérant de la grande surface, propriétaire du terrain, il a considéré que face à deux femmes seules et roms de surcroit, il pouvait se faire justice lui-même.

Lors de l'arrestation d'un couple pour mise en examen sur le terrain situé à Neustrie sur la commune de Bouguenais, les forces de police ne prennent pas en compte les enfants mineurs laissés sur le terrain, les services sociaux ne sont pas alertés. Les enfants roms ont-ils droit comme les autres à la protection de l'enfance ?

Les ordures ne sont plus ramassées sur le terrain de Neustrie à Bouguenais. Dans un premier temps, Nantes Métropole interrogé répond que la mairie s'oppose à la mise en place de bennes. Dans un second temps, les employés de Nantes Métropole viennent expliquer aux familles qu'il faut trier les déchets. Les ordures s'accumulent à l'entrée du terrain au motif qu'elles ne sont pas triées alors que la ville de Nantes elle-même n'est pas soumise au tri des ordures ménagères.

Au mois de juillet 2011, la commune d'Orvault fait fermer une bouche d'incendie pour interdire l'accès à l'eau aux personnes installées à proximité. Pourtant, le 28 juillet 2010 l'Assemblée générale de l'ONU a adopté une résolution dans laquelle elle déclare que le droit à une eau potable, salubre et propre est un « droit fondamental, essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de l'homme ».

## Les moyens de la mission

Deux personnes salariées concourent au bon fonctionnement de la mission Roms : la coordinatrice générale y consacre environ 20% de son temps, la médiatrice sanitaire, employée à temps plein, consacre l'essentiel de son temps au programme expérimental de médiation sanitaire. Sur l'année 2011, 14 bénévoles ont participé aux différentes activités :

|              |    |
|--------------|----|
| Médecins     | 3  |
| Infirmières  | 10 |
| Non médicaux | 1  |
| Total        | 14 |

Un étudiant en médecine en stage d'internat de médecine générale est venu rejoindre l'équipe pour une sortie hebdomadaire à partir du mois d'avril 2011 remplacé par un autre étudiant à partir de novembre 2011.

Le déficit de bénévoles déjà constaté en 2010 n'a pas été compensé en 2011. L'élaboration du projet régional devra être l'occasion de mettre en place une politique active de recrutement de nouveaux bénévoles.

L'ASAMLA a mis à notre disposition une traductrice roumaine pour les deux sorties hebdomadaires sur le terrain. D'autre part, tout au long de l'année nous avons accueilli par période de 6 mois 2 stagiaires master 2 « gestion de l'humanitaire » avec pour mission de coordonner l'organisation des actions sur le terrain et d'assurer le suivi du projet révisé de l'action (saisie des données, liens avec les partenaires hospitaliers, enquête AME...).

Chaque mois, l'équipe se rencontre au cours d'une réunion spécifique à l'action Roms. Cette réunion est l'occasion d'échanger autour du fonctionnement de l'action, de réfléchir aux projets actuels et à venir, d'évoquer la situation sur les terrains. Par ailleurs, ces points sont repris dans un document mensuel nommé Fil Info, rédigé par la stagiaire, à l'intention de toute l'équipe.

Le vécu de certaines situations sur le terrain mériterait sans doute des temps plus structurés d'échange de pratiques et de partage des valeurs qui portent l'action. Après plusieurs tentatives insatisfaisantes pour mettre en place des temps d'analyse de pratiques, nous nous orientons vers des temps de formation à l'accueil et à la relation qui seront l'occasion de partager nos expériences avec les collègues des autres missions. Ce projet a débuté en décembre 2011.

Au printemps, le premier groupe de travail international sur la population rom organisé par le siège de MdM fut l'occasion d'échanger sur différents projets européens mis en place auprès des Roms dans différents pays en particulier une action de médiation sanitaire dans la ville de Sliven en Bulgarie menée avec des médiatrices issues de la communauté. Ces échanges furent très instructifs et constructifs.

Nous avons d'autre part participé à des réunions du collectif Romeurope au niveau local et national.

Toutes ces rencontres sont des temps importants de formation, de réflexion.

## 4.2 Bilan de l'activité 2011 de la mission de l'équipe bénévoles auprès des Roms

Le projet initié en 2011 a pour objectif d'améliorer la santé maternelle et infantile dans la population Rom vivant sur les terrains squattés de l'agglomération nantaise, dans le respect de l'autonomie des personnes, de leur culture et en s'appuyant sur les savoirs existants en 3 ans de janvier 2011 à décembre 2013.

Malgré des conditions difficiles liées à l'instabilité des lieux de vie et à la dispersion des groupes, nous continuons à promouvoir une démarche qui consiste à aller vers les populations sur les lieux de vie sans jugement et en respectant une temporalité qui n'est pas la nôtre. Les rencontres avec les femmes, le plus souvent en individuel sur les terrains instables, sont des temps rares de parole où les sujets principaux comme la contraception ou la crainte d'être enceinte sont souvent abordés en fin d'entretien.

Nos visites sur le terrain sont pour certains groupes isolés le seul contact avec la population française en dehors des policiers ou des administratifs. C'est en créant une relation de confiance dans la continuité que nous espérons susciter une mobilisation au sein de la communauté autour de préoccupations concernant la santé.

Dans le même temps le projet expérimental de médiation sanitaire soutenu par la DGS et l'INPES s'est mis en place. Les liens entre la médiatrice et l'équipe des bénévoles sont fréquents. Plusieurs sorties conjointes sur les lieux de vie où séjournent les familles intégrées dans le programme ont été organisées. Cependant l'action de médiation fera l'objet d'un rapport séparé requis par le cadre de la recherche action.

## Evaluation des objectifs spécifiques du projet de la mission

Le projet se décline en 5 objectifs :

- Développer les aptitudes individuelles et collectives des femmes pour limiter les risques de problèmes de santé pour elles et leurs enfants
- Renforcer la capacité des femmes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes et leurs enfants
- Favoriser l'accueil par les structures de santé ou la médecine libérale des mères et de leurs enfants
- Lutter contre les discriminations et pour un accès aux soins des Roms dans le droit commun
- Identifier les facteurs favorables à une action communautaire dans les 3 ans, en s'appuyant sur les médiatrices et sur l'éducation à la santé.

Pour chaque objectif, un certain nombre de critères serviront de base à l'évaluation.

### **Développer les aptitudes individuelles et collectives des femmes pour limiter les risques de problèmes de santé pour elles et leurs enfants**

Les critères de réalisation retenus en regard de cet objectif sont :

- Le nombre de sorties sur le terrain et le nombre de personnes rencontrées
- Les thèmes abordés, l'intérêt perçu pour les thèmes abordés, les outils réalisés ou adaptés
- Le nombre d'actions de promotion de la santé ou de dépistage organisées et menées avec des partenaires
- L'évolution du suivi de grossesse
- L'évolution du suivi du développement de l'enfant

#### **Le nombre de sorties sur le terrain et le nombre de personnes rencontrées**

Au cours de ces différentes sorties, nous avons rencontré environ 670 personnes, 239 consultations médicales ont été effectuées. La file active des consultations compte 209 patients avec un nombre moyen de consultation par patient de 1,14.

#### **Les sorties régulières**

Nous organisons 2 sorties régulières par semaine. Les sorties se font le plus souvent avec notre unité mobile, cela nous permet de disposer d'un lieu où recevoir les personnes en respectant la confidentialité. C'est aussi un lieu neutre où certains thèmes peuvent être abordés en toute confiance.

Etant donné la situation locale, nous avons fait le choix de ne plus nous rendre sur les sites où un accompagnement est assuré par d'autres associations. En effet, la stabilité du lieu de vie a permis aux résidents d'accéder le plus souvent à la médecine de proximité.

Nous essayons de concentrer nos actions sur les lieux de vie instables où les personnes vivent dans une extrême précarité. Nous sortons sur les terrains squattés le mercredi et le jeudi en fin d'après-midi. Ces visites ont pour but

# ROMS

d'aller vers la population Rom pour évaluer les besoins et les aider à se repérer dans le système de soins. Nous établissons un tour de rôle des terrains en nous adaptant à l'actualité.

Pour les sorties, chaque équipe est idéalement constituée d'un médecin, d'une infirmière, d'une interprète de l'ASAMLA et de la stagiaire.

On note une diminution des consultations médicales. En effet, l'axe prioritaire du projet 2011 est la promotion de la santé ce qui explique une baisse de l'activité de soin. Certaines sorties sont assurées par les infirmières qui réalisent des actions d'information santé, de surveillance de l'état de santé des enfants et des orientations lorsque cela est nécessaire.

## Les sorties occasionnelles

Elles sont motivées par:

- La coordination avec les structures de santé, pour informer ou rappeler un RDV, accompagner des familles ou des personnes vers la PASS ou d'autres services.
- Le témoignage, pour accompagner des journalistes, des bénévoles d'autres associations ou des professionnels de santé travaillant auprès des Roms.
- La coopération avec le CLAT, le centre de vaccination, le centre de dépistage anonyme et gratuit, l'Agence Régionale de Santé...

## Les thèmes abordés, l'intérêt perçu pour les thèmes abordés, les outils réalisés ou adaptés

Les relevés d'activité n'ayant pas été faits de manière continue en début d'année, ces résultats sont partiels et couvrent la période de mai à décembre 2011

| Thème abordé                                                                                               | Nombre de personnes concernées |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Suivi de grossesse                                                                                         | 16                             |
| Contraception vie génitale                                                                                 | 25                             |
| Soins bébé enfant                                                                                          | 10                             |
| Alimentation                                                                                               | 15                             |
| Information sur : la pathologie, le traitement les résultats, les facteurs de risques, le suivi médical... | 86                             |
| hygiène bucco dentaire                                                                                     | 58                             |
| Information sur les droits et modalités de vie en France                                                   | 43                             |
| TOTAL                                                                                                      | 253                            |

Nous intervenons fréquemment pour apporter des informations complémentaires sur une prescription, un traitement le but d'un examen...

Les personnes rencontrées se plaignent fréquemment du mal de dent et nous constatons un état bucco dentaire très dégradé, aussi avons-nous mis l'accent sur l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Pour cela, nous avons organisé une soirée de sensibilisation des bénévoles par un responsable de l'Union Française de Santé Bucco Dentaire. Un petit groupe a réalisé un jeu interactif permettant d'identifier les aliments favorables ou défavorables à la santé des dents à destination des enfants. Le service prévention de la CPAM nous a prêté du matériel de démonstration et a fourni des coloriations pour les enfants.

D'autre part, nous avons bénéficié d'une subvention de la mutuelle Harmonie Mutualité de Loire-Atlantique qui nous a permis d'acquérir du matériel de démonstration et des Kits d'hygiène bucco-dentaire. Ces derniers sont remis à l'issue

# ROMS

d'un temps d'information en particulier auprès des enfants. Ces temps que nous voulons ludiques sont très appréciés des enfants même si les comportements ne sont encore inchangés.

En ce qui concerne la contraception, nous disposons de planches anatomiques et de la mallette pédagogique « informations sexuelles, contraception » de Migrations Santé. L'UGOMPS nous a remis pour démonstration les différents modes de contraception (stérilet, pilules, implant, préservatifs...).

Nous n'avons pas encore élaboré d'outil d'évaluation de la satisfaction du public par rapport aux actions proposées.

Au cours de ces sorties, une enquête sur l'accès à l'AME a été réalisée auprès de 76 familles entre le mois de mai et le mois de septembre 2011. Les résultats collectés au niveau national seront accessibles prochainement.

## **Le nombre d'actions de promotion de la santé ou de dépistage organisées et menées avec des partenaires**

Notre collaboration avec le centre fédératif du CHU de Nantes se poursuit. Les actions de dépistage font apparaître une forte prévalence de la tuberculose et des hépatites, une couverture vaccinale insuffisante : 11,9%<sup>11</sup> de vaccination à jour tout vaccin et tout âge confondu. Ces informations démontrent la nécessité de mettre en place des actions d'information sur les mesures de prévention, la nécessité de la vaccination et du suivi médical.

| Date       | Partenaire | Lieu                                   | Thème abordé                                |
|------------|------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 18 01 2011 | CLAT       | Nantes Haluchère                       | Info dépistages tuberculose                 |
| 20 01 2011 | CLAT       | Nantes Haluchère                       | Lecture IDR orientation CLAT                |
| 18 04 2011 | CLAT       | Nantes Hangar à bananes<br>St Herblain | Info dépistages tuberculose                 |
| 20 04 2011 | CLAT       | Nantes Hangar à bananes<br>St Herblain | Lecture IDR orientation CLAT                |
| 23 05 2011 | CVP        | Carquefou Epinay                       | Vaccinations dépistages hépatites           |
| 31 05 2011 | CVP        | Carquefou Epinay                       | retour suite à trois cas de VHB<br>dépistés |
| 20 06 2011 | CVP        | Carquefou Epinay                       | Rappels vaccins                             |
| 27 06 2011 | CLAT       | Rezé Trentemoult                       | Info dépistages tuberculose                 |
| 30 06 2011 | CLAT       | Rezé Trentemoult                       | Lecture IDR orientation CLAT                |
| 06 09 2011 | CIDDIST    | Nantes Route de Carquefou              | Information IST dépistages                  |
| 07 09 2011 | CVP        | St Herblain La Dutée                   | Information Vaccinations                    |
| 12 10 2011 | CVP        | St Herblain La Dutée                   | Rappels vaccinations                        |

D'autre part, la survenue de cas groupés de méningite à méningocoque sur le terrain situé à Indre en avril a été l'occasion d'une collaboration fructueuse avec l'ARS pour informer les familles, rechercher les cas contacts et organiser l'accès aux soins.

<sup>11</sup> Chiffre fourni par le Centre de Vaccinations Polyvalent

## Collaboration ARS-Médecins du Monde autour de 2 cas de méningite à méningocoque sur le terrain d'Indre

Avril 2011

### Contexte

Intervention en urgence non programmée  
Présence d'une stagiaire roumanophone à MdM

### Recherche de sujets contacts

1<sup>er</sup> cas

Appel de l'ARS à MdM le 11 avril pour intervenir en pédiatrie auprès d'une famille Roumaine vivant à Indre et dont l'enfant est hospitalisé pour méningite à méningocoque.

Demande d'interprétariat pour recueillir les informations sur les contacts dans l'entourage de l'enfant, puisque l'Asamla n'avait pas d'interprète disponible.

La rencontre avec la famille se passe bien. Les parents sont très inquiets pour leur enfant et ne comprennent pas bien la situation.

Hormis la famille proche, la maman ne peut désigner des personnes ayant été en contact avec son enfant :

-ne connaît pas le nom de ses voisins (aspect culturel : on ne parle pas de ses voisins, peur d'être perçus comme apportant la maladie...)

-ne peut pas se repérer dans le temps, 10 jours, un mois, difficulté à se repérer sur un calendrier)

2<sup>ème</sup> cas

Appel de l'ARS pour un 2<sup>ème</sup> cas : un enfant vivant avec sa famille sur le même site est hospitalisé en réa pédiatrique pour la même pathologie.

Nous suggérons un recours aux services d'ISM (inter service migrants) pour l'interprétariat. Devant la difficulté de mise en œuvre de cette solution, la stagiaire de MdM intervient à nouveau.

Finalement sortie conjointe MdM et un médecin de l'ARS sur le terrain avec 2 bénévoles et la stagiaire pour évaluer la situation.

### Transmettre les recommandations

MdM assure la traduction des consignes données par le pédiatre à la famille. Dans le même temps, nous activons le réseau local. L'association ROMSI qui intervient auprès des familles vivant de manière très précaire sur un terrain privé de la commune d'Indre, prendra le relais pour assurer le suivi des consignes.

### Organiser l'accès au soin

Consultation médicale à la PASS pour la famille proche avant la mise en route du traitement prophylactique.

### Les difficultés rencontrées

La consigne a bien été comprise mais les enfants se sont présentés à la PASS accompagnés par la tante âgée de 13 ans. Il a donc fallu rechercher les parents pour que le traitement soit prescrit en leur présence.

La PASS ne disposant pas de la totalité du traitement, il a été nécessaire d'adresser la famille dans une pharmacie de ville.

## **Se faire comprendre par la famille**

Les atouts

Traduction : possibilité de répondre rapidement à la demande, présence d'une stagiaire roumanophone

Un lieu de vie stable où les personnes sont identifiées

Un relais local avec l'association ROMSI

## **Les handicaps**

Déficit d'interprétariat professionnel

ASAMLA difficile ou impossible à mobiliser en situation d'urgence

Recours à ISM ne peut être mis en œuvre

Pas de médecin traitant pour les familles suivies médicalement par la PASS

Méconnaissance des conditions de vie sur les terrains squattés

## **Conclusion**

Une collaboration réussie

Recours à MdM aléatoire compte tenu de sa structure de fonctionnement : présence ou non de bénévoles ou de roumanophones

**Au total, c'est plus de 140 passages que les équipes de MDM ont effectués sur les terrains squattés en 2011, et 780 personnes environ ont été rencontrées.**

## **L'évolution du suivi de grossesse**

Ce critère est mal renseigné dans le dossier médicosocial de l'Observatoire de l'accès aux soins de MdM, de plus l'éparpillement des groupes sur de nombreux sites au gré des expulsions sans compter l'éloignement des centres de soins, ne nous permet pas d'évaluer ce critère en dehors de l'action de médiation sanitaire. Dans ce cadre, 7 femmes ont débuté une grossesse en 2011. Seul un accompagnement régulier par la médiatrice a permis de mettre en place un suivi régulier.

## **L'évolution du suivi du développement de l'enfant**

Le conseil général de Loire atlantique a mis en place un service dédié aux populations roumaines en ce qui concerne le suivi social et la PMI. Au cours de l'année 2011, la consultation de PMI a été mise en place à raison d'une vacation par quinzaine.

Malgré certains atouts, comme la présence d'une traductrice lors des consultations, il semble que ce dispositif ne corresponde qu'imparfaitement aux besoins spécifiques de cette population :

- Difficultés d'accès dû à l'éloignement
- Repérage des jours de consultation compliqué
- Lieu de la permanence Chaptal assimilé à un lieu de contrôle...

MdM milite pour un accès dans le droit commun par les CMS de quartier et un travail en commun pour une meilleure information des familles sur la nécessité du suivi de l'enfant même en l'absence de maladie et sur l'importance des vaccinations. Il est vrai que cette préoccupation est bien secondaire pour les familles confrontées à la précarité des lieux de vie. La proposition de sorties conjointes PMI MdM, comme c'est le cas dans d'autres villes en France, constituant, à notre avis, une première approche, n'a jamais pu aboutir.

## **Renforcer la capacité des femmes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes et leurs enfants**

### **Nombre d'accompagnement de femmes dans les structures de santé de droit commun dans le cadre du projet de médiation**

Pour des raisons d'indisponibilité des bénévoles en journée, il ne nous est pas possible d'envisager des accompagnements par ces derniers. La présence en journée, la permanence et le suivi sont des conditions nécessaires pour optimiser l'accompagnement en créant un climat de confiance. C'est pour cette raison que nous prendrons en compte les accompagnements réalisés par la médiatrice sanitaire dans un cadre professionnel.

Dans le cadre du projet de médiation, ce sont plus de 90 accompagnements physiques des personnes qui ont été effectués vers les structures de santé : consultations hospitalières, médecine de ville, consultation obstétricales... Quelques accompagnements ont été effectués par la stagiaire(5).

Ils ont concerné les 25 foyers inclus dans l'étude. Leur nombre varie de 2 à 10 pour une même personne, l'accompagnement des femmes enceintes pour le suivi de grossesse représente la plus grande part.

Au-delà de la consultation qui motive l'accompagnement, c'est un moment de proximité entre la personne et l'accompagnatrice où les échanges autour de la santé sont toujours très riches.

## **Favoriser l'accueil par les structures de santé ou la médecine libérale des mères et de leurs enfants**

Les critères de réalisation retenus sont :

- Nombre de sorties avec un médecin
- Nombre de familles suivies par un médecin traitant ; un dentiste libéral ou intervenant paramédical
- Nombre de médecins de ville contactés ou autres actions
- Nombre d'enfants suivis en PMI
- Nombre et type de rencontres ou contacts avec des structures de santé
- Nombre et type d'actions d'informations réalisées (participation ou organisation) sur la culture Rom et leurs conditions de vie.

### **Nombre de sorties avec un médecin**

Sur les 97 sorties régulières effectuées, 59 sorties ont été des sorties médicales. A partir du mois d'avril, nous avons pu bénéficier de la présence de l'étudiant en médecine en stage de médecine générale qui assure régulièrement les sorties du mercredi.

# ROMS

---

## **Nombre de familles suivies par un médecin traitant ; un dentiste libéral ou intervenant paramédical**

La vie sur les terrains squattés est peu compatible avec l'instauration d'un suivi médical par un médecin référent. A propos de cet objectif, nous sommes confrontés à de nombreux obstacles :

- En lien avec l'équipe de bénévoles
  - Majoritairement constituée de personnes en activité professionnelle et ne disposant pas de temps en journée pour accompagner les familles
- En lien avec les familles roms
  - L'instabilité des lieux de vie,
  - Le manque de maîtrise de la langue et l'absence de traducteur auprès des médecins de ville
  - La difficulté à se repérer dans le temps et à honorer les rendez-vous

Grâce au travail de proximité des bénévoles des différentes associations œuvrant sur les terrains stabilisés, l'accompagnement vers les médecins de la commune se fait sans trop de difficulté. Par contre, les chirurgiens dentistes se montrent plus frileux pour assurer les soins.

## **Nombre de médecins de ville contactés ou autres actions**

Compte tenu des effectifs et de la disponibilité des bénévoles, il ne nous a pas été possible de prendre contact avec des médecins généralistes pour organiser un suivi de proximité. Les seuls contacts effectués l'ont été par la médiatrice dont la disponibilité et le temps de travail le permet.

## **Nombre d'enfants suivis en PMI**

Nous ne sommes pas en mesure de donner un reflet fiable de cette réalité. En effet, nous disposons rarement des carnets de santé lors des rencontres avec les familles. D'autre part, il ne nous a pas été possible de connaître la file active de la consultation dédiée à la permanence Chaptal.

## **Nombre et type de rencontres ou contacts avec des structures de santé**

Les contacts avec la Consultation Jean Guillon du dispositif PASS et le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD) sont réguliers. La collaboration avec le CFPD est l'objet d'une réunion annuelle de coordination avec chaque service : CDAG, CLAT, CVP. Ces rencontres ont pour but d'organiser le planning des sorties conjointes et de faire le bilan des actions menées.

D'autre part, nous sommes identifiés comme relais par différents services avec lesquels nous collaborons pour assurer la continuité des soins.

**Novembre 2011** : Monsieur S est à nouveau hospitalisé en pneumologie pour tuberculose pulmonaire. Un traitement déjà été prescrit quelques mois auparavant n'a pas été suivi, Monsieur S étant reparti en Roumanie. L'interne du service nous contacte pour mettre en place un protocole de soins infirmiers dans le but d'accompagner Monsieur S pour la prise de son traitement antituberculeux. Nous prenons contact avec l'Association des Centres de Soins de la Région Nantaise pour la mise en place de ce suivi. La coordination est assurée entre l'infirmière de l'ACSRN et le service de pneumologie. MdM accompagne l'infirmière pour sa première visite sur le terrain.

**Ce sont environ 130 contacts que nous avons relayés auprès des populations au cours de l'année 2011**

**Nombre et type d'actions d'informations réalisées (participation ou organisation) sur la culture Rom et leurs conditions de vie.**

# ROMS

---

Plusieurs actions ont été menées pour répondre à cet objectif.

En février 2011, nous avons organisé, en partenariat avec l'UGOMPS et Gynécologie sans Frontières, une journée d'information : ciné-débat (projection du documentaire le « Bateau en Carton ») puis conférence de l'anthropologue Martin Olivera spécialiste de la culture rom. Au-delà de la mise en perspective sur l'approche historique et sociologique des Roms en Europe, cette rencontre a également permis aux divers partenaires intervenants auprès des Roms dans l'agglomération nantaise de présenter leur action au public.

Cette journée, qui a touché un large public (plus de 200 personnes), a permis d'informer des professionnels de la santé et du secteur social et des bénévoles d'associations diverses sur les habitudes et les conditions de vie en France des Roms migrants et de mesurer l'impact sur leur santé et leur parcours de soins.

Nous avons présenté nos actions et notre collaboration avec les traductrices de L'ASAMLA au cours du colloque régional organisé par ces derniers sur le thème : « Migrants et santé, se comprendre pour accéder aux soins »

D'autre part, nous avons participé à plusieurs réunions publiques soutenues par les municipalités engagées dans un processus d'accueil comme à Couëron ou au Cellier.

Quelques actions plus ciblées ont permis de toucher des publics plus spécifiques :

- Présentation des résultats nationaux de l'enquête vaccinale réalisée par Mdm auprès des populations Roms migrantes en 2010-2011 au cours des journées de la prévention organisées par l'INPES à Paris en mai 2011.
- Participation à la Journée régionale de veille sanitaire des Pays de la Loire organisée par l'ARS où nous avons relaté notre collaboration autour de cas groupés de méningite survenus sur un bidonville occupé par des Roms migrants.

Plusieurs actions de formation ont été menées auprès de différents publics en formation initiale auprès :

- des étudiants éducateurs spécialisés de La Classerie, avec pour cadre la présentation de nos actions sur Nantes « Mdm : une association humanitaire de santé et le travail en réseau. Dimensions locales, nationales, internationales : tisser des partenariats pour pouvoir disparaître... »
- des étudiants Infirmiers de l'IFSI du CHU de Nantes, dans le cadre du module « Santé dans le monde et action humanitaire », sur le thème de « La santé des Roms migrants ».
- des personnes en formation d'animateurs socioculturels : « Présentation du projet de médiation sanitaire ».

Enfin nous avons collaboré avec l'ARIFTS (Association Régionale des Instituts de Formation en Travail Social), la construction d'une session de formation continue sur quatre jours à destination des travailleurs sociaux, des professionnels de santé, des agents des collectivités locales, des enseignants, des élus et militants associatifs. Cette formation intitulée « Politiques publiques et action sociale auprès des Roms migrants » a pour objectifs de :

- présenter quelques repères fondamentaux concernant la communauté rom migrante
- mettre au débat les représentations sociales la concernant
- présenter les initiatives locales de mobilisation
- élaborer collectivement les conditions d'une relation équilibrée entre les membres de la communauté rom et les intervenants.

La formation se déroulera en avril 2012.

## **Lutter contre les discriminations et pour un accès aux soins des Roms dans le droit commun**

Les critères retenus sont :

- Participer activement aux actions menées par le réseau local de Romeurope agglomération nantaise et du collectif national lorsque ces actions sont en accord avec les objectifs de MdM.
- Recueillir des témoignages sur les conditions de vie et l'accès aux soins des Roms.
- Concevoir des messages à destination des médias
- Solliciter les décideurs pour une amélioration de l'accueil des Roms.
- Faire entendre le message de MdM dans diverses réunions sur le thème de la situation des Roms

### **Participer activement aux actions menées par le réseau local de Romeurope agglomération nantaise et du collectif national lorsque ces actions sont en accord avec les objectifs de MdM.**

Nous sommes actifs au sein du réseau Romeurope tout d'abord sur un plan national en participant aux réunions bisannuelles qui nous permettent d'échanger sur nos pratiques et nos observations. Sur le plan local, nous sommes fortement impliqués dans la coordination du collectif Romeurope agglomération nantaise qui regroupe des associations de portée nationale comme la LDH, le MRAP, MdM et des associations plus locales constituées autour de l'accueil de petits groupes de Roms migrants sur plusieurs communes de l'agglomération nantaise.

### **Recueillir des témoignages sur les conditions de vie et l'accès aux soins des Roms.**

Au cours de l'année 2011, dans le cadre d'une enquête nationale menée par MdM nous avons interrogé une centaine de foyers pour évaluer les difficultés rencontrées dans l'accès à l'Aide Médicale d'Etat suite à la mise en place de la taxe de 30 €. D'autre part nos sorties régulières sur les terrains nous permettent d'évaluer les conditions de vie des personnes en particulier l'accès à l'eau, aux sanitaires ainsi que l'enlèvement des ordures ménagères. Nos prises de parole que ce soit dans la presse auprès de publics plus ou moins ciblés sont aussi des occasions relater des situations emblématiques sur les conditions de vie ou les mesures abusives dont les Roms font l'objet.

### **Concevoir des messages à destination des médias**

Hormis notre participation à 3 conférences de presse sur l'année, il est difficile de comptabiliser avec précision les interventions de MdM dans la presse. Cependant, nous nous efforçons de répondre aux sollicitations des médias dans la limite des intérêts que nous défendons.

### **Solliciter les décideurs pour une amélioration de l'accueil des Roms.**

Cette sollicitation a pris différentes formes au cours de l'année 2011. Suite à notre demande de la tenue d'une table ronde réunissant les autorités de l'état et des collectivités locales, nous avons été reçus avec le collectif Romeurope agglomération nantaise par le préfet de Loire-Atlantique. Etaient présents autour de la table le Maire de Nantes, le président du conseil général, des élus de Nantes Métropole, plusieurs maires de l'agglomération nantaise, ou leurs représentants, les représentants des administrations comme la DIRECT, le rectorat... Nous fondions quelques espoirs sur cet événement ; en fait nous n'avons guère avancé sur le fond chacun restant sur ses positions : le préfet rappelle la loi et les élus pensent qu'ils ont déjà fait beaucoup. Enfin nous avons rencontré un élu de la mairie de Rezé qui se

montre sensible à la situation d'un groupe de familles installé sur la commune mais sa position ne fait pas l'unanimité au sein du conseil municipal.

## **Faire entendre le message de MdM dans diverses réunions sur le thème de la situation des Roms**

Nous avons participé à plusieurs réunions publiques comme à Couëron ou au Cellier pour informer les populations sur la vie quotidienne des roms migrants, les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins, au travail, à des conditions de vie dignes. Le débat est parfois vif cependant la majorité des participants se montrent ouverts même si une certaine crainte de l'étranger marquée par les stéréotypes n'est jamais absente.

## **Identifier les facteurs favorables à une action communautaire dans les 3 ans, en s'appuyant sur les médiatrices et sur l'éducation à la santé**

### **Observer la circulation de l'information concernant la santé au sein de la communauté**

L'instabilité des lieux de vie, la composition inconstante des groupes ne permet pas de mesurer de manière fiable ce critère. Cependant, nous observons une très nette évolution des demandes d'information sur la contraception, la grossesse et la vie génitale. La contraception primaire chez les jeunes filles demeure encore un tabou. En effet la virginité est une valeur incontournable et lors d'une union, la maternité permet à la jeune femme d'affirmer sa position au sein du groupe familial. Les demandes émanent essentiellement des femmes ayant déjà plusieurs enfants. Même si elle est imprécise ou déformée, il est évident que l'information sur ce thème circule au sein de la communauté des femmes et que nous sommes identifiés comme source d'informations et aide à l'orientation. D'autre part, une action menée par la médiatrice, en collaboration avec le service prévention et de promotion de la santé de la CPAM offert à plusieurs femmes l'opportunité de bénéficier d'un bilan de santé. Cette démarche, de la préparation à l'analyse des résultats leur a permis de faire évoluer leur conception de la santé et d'exprimer des demandes d'informations, sur l'alimentation et le sevrage tabagique, par la suite, elles ont participé à l'élaboration et à la réalisation d'une action d'information sur l'alimentation des enfants autour de la composition d'un goûter et de l'utilisation des produits laitiers distribués par les restaurants du cœur. Dans un second temps, un temps d'information sur les méthodes de sevrage du tabac a été animé par un tabacologue a remporté un vif succès. Ceci a été rendu possible par l'intervention régulière de la médiatrice sur un lieu de vie stable géographiquement et dans la composition du groupe.

### **Conclusion**

Au cours de l'année les 140 passages sur le terrain ont permis de maintenir un contact avec le plus grand nombre de personnes. La consultation médicale demeure un point d'entrée en contact avec les familles, très souvent la consultation pour un enfant permet à la mère de parler de sa propre santé et de poser les questions qui la préoccupe.

Compte-tenu de l'instabilité des terrains, il est encore difficile d'envisager des actions programmées de promotion et d'éducation à la santé. Les bénévoles doivent être réactifs pour saisir les occasions de comprendre les besoins des personnes et de susciter l'intérêt des mères et des enfants sur des sujets touchant leur santé. On peut noter que 253 personnes adultes et enfants sur 7 mois ont pu bénéficier de messages d'éducation à la santé et de promotion de la santé entre le mois de mai et le mois de décembre 2011.

# ROMS

---

Une formation actualisée et concertée des bénévoles sur les différentes thématiques abordées doit permettre de délivrer des messages précis et adaptés à la situation des personnes. Des outils de prévention et d'information sont à créer ou à ajuster pour les mettre à la portée de tous.

Les accompagnements (environ 95) vers les structures de santé représentent incontestablement un moyen capable d'influencer positivement le recours à des soins de santé adaptés en particulier pour les suivis de grossesse. D'autre part, on peut espérer que les nouveaux repères acquis pourront se transmettre dans la communauté.

Cette année a vu l'amélioration très nette des conditions de vie des familles accueillies dans des dispositifs soutenus conjointement par certaines municipalités et par des associations nouvellement créées. Pour les autres familles la situation est toujours aussi inacceptable. Les conditions de vie ont un impact direct sur la santé des personnes et l'instabilité des terrains entraîne la multiplication des obstacles à l'accès aux soins de santé.

L'errance, la dispersion des groupes sur un territoire de plus en plus vaste en dehors de l'agglomération nous impose d'espacer les visites sur les lieux de vie au détriment de l'instauration d'un climat de confiance qui requiert la régularité.

Nous aurons à prendre position entre une action de fond sur un nombre limité de sites et une action plus générale visant à garder le contact avec l'ensemble des personnes.

## 4.3. Bilan de l'activité 2011 du projet expérimental de médiation sanitaire -

### Introduction

Le programme national de médiation sanitaire auprès des femmes et des jeunes enfants Roms est un projet de recherche-action reposant sur 4 projets pilotes homogènes et coordonnés au niveau national (à Lille, Bobigny, Fréjus et Nantes). Mis en œuvre par plusieurs structures associatives membres du Collectif National Romeurope, il est piloté notamment par la Direction générale de la santé (DGS) avec un suivi méthodologique par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Une coordinatrice nationale assure le suivi et l'évaluation du projet. Ce programme, initialement prévu pour une période de 18 mois, durera finalement 24 mois (décembre 2010 – décembre 2012).

Après avoir obtenu l'engagement de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Régional, une médiatrice sanitaire roumanophone a été recrutée par Médecins du Monde à Nantes en décembre 2010.

### Historique

Depuis sa création en 2000, le collectif national Droits de l'Homme Romeurope a alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une meilleure prise en compte des difficultés d'accès aux soins des populations Roms étrangères vivant en France. Au regard des expériences et constats recueillis sur le terrain, le développement d'expériences de médiation sanitaire a toujours fait partie des préconisations formulées auprès des autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale par les associations membres du collectif.

A l'issue d'échanges approfondis et dans l'optique de vérifier la pertinence de ces préconisations, la Direction générale de la santé a soutenu en 2008-2009 une action d'ingénierie de projet portée par le collectif Romeurope, dont l'objet était de préfigurer la mise en place d'expériences pilotes de médiation sanitaire en direction d'un public rom vivant en France en situation de grande précarité. Le projet de recherche-action s'inscrit dans le prolongement de cette étude.

L'objectif du programme national est d'évaluer la pertinence de la médiation sanitaire auprès d'un public rom ou de tout autre public en précarité. L'évaluation doit permettre de démontrer une efficacité de la médiation à travers l'amélioration concrète, sur chacun des sites et au regard de contextes initiaux différents, d'indicateurs simples concernant : l'ouverture effective des droits (notamment à la domiciliation et à la couverture maladie), l'accès (que l'on voudrait au fur et à mesure de plus en plus autonome) au système de santé et à la prévention, la salubrité et la sécurité de l'environnement, et la prise en compte par les structures sociales et médicales des difficultés que connaissent les migrants en situation de grande précarité pour accéder à leurs services. Des outils de recueil de données ont été élaborés avec l'appui méthodologique de l'INPES. Les résultats (à 0, 9 et 18 mois) traités informatiquement seront analysés en fin d'action à la lumière d'entretiens qualitatifs avec les médiateurs, les structures et les partenaires, par la coordinatrice nationale du projet qui proposera un rapport d'évaluation final et des préconisations pour la reproduction de ces expériences à plus grande échelle. La présentation de ces résultats sera effectuée à l'occasion d'un colloque, prévu le 14 décembre 2012.

## Définition de la médiation sanitaire

La médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est en France se situe dans le champ de la médiation sociale qui s'inscrit depuis 2001 dans un cadre éthique et déontologique formalisé à travers la Charte de référence de la médiation sociale. Cette charte définit la médiation sociale comme « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose. »

### Objectif général

Ce programme a pour objectif de promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants en améliorant notamment les indicateurs ci-dessus.

Il vise pour cela à agir sur les principaux déterminants de cet état de santé des femmes et enfants roms :

- en améliorant l'environnement physique des personnes
  - 1) avec a minima sur les squats et bidonvilles l'accès à l'eau, aux sanitaires et le traitement des déchets
  - 2) et in fine une stabilisation dans un habitat digne
  
- et par l'accès aux soins de santé à travers
  - 1) l'ouverture des droits à une couverture maladie
  - 2) l'accès et l'amélioration de la prise en charge par les structures de soins de droit commun : PMI, planning familial, maternités et services de pédiatrie des hôpitaux.

### Objectifs spécifiques

- Favoriser l'ouverture des droits à la couverture maladie pour les femmes et les jeunes enfants
- Réduire les refus de soins discriminatoires (discrimination à l'encontre des femmes roms ou des bénéficiaires de l'AME / CMU)
- Renforcer la capacité des femmes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes ou leurs jeunes enfants
- Promouvoir les initiatives des structures de santé pour améliorer l'accueil de ce public
- Développer la connaissance des femmes concernant la prévention des risques sanitaires
- Limiter les malentendus qui peuvent nuire à la qualité du suivi médical, liés à la méconnaissance par les professionnels de santé des conditions de vie et des déterminants sociaux et culturels des comportements.

Il s'agit là de visées à long terme dont la réalisation ne sera pas directement observable à l'issue du programme expérimental.

- Diminuer les risques sanitaires pour les femmes et les jeunes enfants liés à l'environnement physique

Les actions mises en œuvre cibleront des facteurs situés en amont, dont l'évolution peut être évaluable sur du court terme.

Au niveau local, l'objectif est de promouvoir la santé de femmes et des jeunes enfants Roms, résidant en France dans des conditions de grande précarité, à travers des actions de médiation en santé publique favorisant leur accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun.

Ces actions se déclinent sur 3 niveaux :

- Développer les connaissances et les capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun
- Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public
- Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique

La médiatrice assure le suivi de 25 familles (121 personnes dont 52 personnes intégrées à l'étude pour le suivi des indicateurs) réparties initialement sur deux terrains (quatre en décembre 2011, suite à plusieurs procédures d'expulsion), sur les communes de Rezé et Saint-Herblain.

## Modalités d'intervention

Le travail de terrain auprès des familles accompagnées suppose qu'un lien de confiance puisse être établi et entretenu au quotidien.

En pratique :

- la médiatrice rencontre régulièrement les personnes sur les terrains, les informe et les accompagne vers l'obtention de l'Aide Médicale d'Etat, anticipe avec elles son renouvellement afin d'éviter les ruptures de soins.
- Elle oriente les familles vers les structures de santé de droit commun, les accompagne physiquement lorsque cela s'avère nécessaire, les informe sur leur fonctionnement, aide à la prise de rendez-vous, à la mise en place de suivi de grossesse, suivi des jeunes enfants, suivi des pathologies chroniques.
- Elle facilite l'organisation d'actions de prévention et de promotion de la santé sur et en dehors des terrains, en partant des demandes et des préoccupations des familles, en lien avec les partenaires acteurs de santé (alimentation, hygiène bucco-dentaire, contraception, suivi de grossesse, vaccination, sevrage tabagique, dépistage et information autour de la tuberculose, des IST-MST, du diabète...)

La médiation sanitaire suppose également un travail en collaboration avec un réseau de partenaires, acteurs de santé et collectivités, associatifs et institutionnels.

En pratique, en 2011, la médiatrice a développé les activités suivantes :

- Participation régulière aux réunions déjà instituées avec les partenaires de Médecins du Monde, rencontres et mise en place d'un Comité de Suivi Local réunissant l'ensemble des acteurs susceptibles de soutenir le programme de médiation sanitaire et de rencontrer le public (A.R.S., Conseil Régional, Conseil Général, services Prévention et Accès aux Soins de la CPAM, services du CHU : urgences, service social, unité de gynécologie, centre de soins dentaires, PASS..., association locale d'interprétariat professionnel, Elus locaux et techniciens des collectivités...). Le comité a été réuni à deux reprises en février et octobre 2011.
- Participation à la dimension nationale du programme de médiation sanitaire piloté par le collectif national Romeurope. Formations, échanges de pratiques, évaluation, comité de pilotage national.
- Mise en place d'actions spécifiques avec le service prévention de la CPAM (organisation de bilans de santé, actions de prévention sur les terrains...), le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (dépistages TB sur les terrains, création d'outils de prévention adaptés...)

- Visites terrain avec les partenaires pour la mise en place d'actions de prévention, de suivi médical, de lien avec les structures de santé de droit commun (médecins et infirmières UGOMPS et CLAT, agents CPAM, sages-femmes de PMI...)
- Echanges avec les collectivités locales autour de la domiciliation par les CCAS et actions de plaidoyer pour l'amélioration des facteurs environnementaux (accès à l'eau et aux sanitaires, ramassage régulier des ordures, accès à l'électricité, viabilisation à minima, suivi des procédures d'expulsion...)
- Travail avec les cabinets de médecine générale, laboratoires d'analyses, cabinets de radiologie, pharmacies, proches des lieux de vie en lien avec les familles pour un accès facilité à la médecine de proximité.
- Promotion du recours à l'interprétariat professionnel dans les structures de santé.
- Actions de formation dans le cadre de la formation continue auprès des professionnels du secteur sanitaire et social.

## Evaluation des objectifs spécifiques du projet

### **Faciliter l'accès aux soins des femmes et des jeunes enfants vivant en bidonville dans les services de santé de droit commun**

Résultat recherché : amélioration de l'accès à la couverture maladie pour les femmes et les jeunes enfants

#### **- Domiciliation de droit commun/CCAS**

La domiciliation de droit commun devrait être effectuée dans les CCAS. A Nantes, la majorité des femmes accompagnées sont domiciliées au GASPROM. L'objectif du projet de médiation sanitaire étant de permettre un accès au droit commun le plus normalisé possible, cela signifie une domiciliation par les CCAS. La question n'a pas encore pu avancer.

#### **- Service AME CPAM : accès à la couverture maladie**

Nous constatons plutôt un bon accès à la couverture maladie mais aussi quelques difficultés depuis la mise en place du droit de timbre. Les personnes qui ne sont pas accompagnées par une assistante sociale de la PASS ou d'une autre structure ne savent pas forcément que l'AME est gratuite pour les mineurs. Les modifications de la loi de finances quant au droit d'entrée à l'AME a induit pour plusieurs femmes de l'étude une rupture ou un retard dans l'accès aux soins (ainsi que pour leurs enfants).

Sur 64 mineurs, 6 ont été perdus de vue au cours de l'étude. Les 58 restants ont leurs droits ouverts au 31 décembre 2011, soit 100 % contre 78% en début d'action.

#### **- Développement du recours à la médecine libérale**

Trois familles ont été orientées vers deux médecins libéraux de Rezé. Une famille a déclaré le médecin traitant et a quitté le dispositif PASS. Cette orientation a nécessité beaucoup d'accompagnements. Les obstacles initialement étaient :

- linguistiques, impliquant un accompagnement de la médiatrice pour l'interprétariat puisque les médecins libéraux ne disposent pas de moyens pour accéder à l'interprétariat professionnel,
- difficulté pour la prise de rendez-vous,
- manque de connaissances du fonctionnement du système en dehors de l'hôpital (prise de rendez-vous, repérage des lieux, accès en bus et compréhension des ordonnances pour un usage adapté : délivrance des médicaments ou examens sanguins ou radiologiques).

Le temps de médiation pour une réussite dans ce type d'accompagnement est ainsi très long et ne peut concerner toute la population accompagnée. L'entrée en logement de la famille qui a bien investi le médecin généraliste est un facteur favorable.

Pour les familles résidant sur St-Herblain, l'orientation vers la médecine de ville n'a pu se faire en raison de l'éloignement du terrain de la Gournerie des réseaux de transport et des expulsions régulières à partir de l'été 2011.

## **Développer les connaissances des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.**

Résultat recherché : amélioration des connaissances et capacités des femmes pour solliciter de manière pertinente et autonome les structures de santé pour elles-mêmes et pour leurs jeunes enfants.

### **- Séances d'information sur l'accès aux droits et sur l'organisation du système de soins**

La médiatrice a organisé 4 séances formelles d'information sur ces questions. A la suite de ces séances, 17 foyers ont ouvert ou renouvelé leurs droits. Aussi, au cours des accompagnements, la médiatrice profite de ces temps pour expliciter l'organisation du système de soins.

### **- Collaboration PASS/MdM/CPAM/ASAMLA : outils système de soins**

Dans le cadre du projet, un rapprochement avec le service prévention de la CPAM a conduit à diverses actions de prévention mais aussi à la constitution d'un groupe de travail CPAM/PASS/MdM/Asamla. Les quatre structures coopèrent sur la conception d'un guide explicitant le fonctionnement du système de soins pour un public précaire allophone. Cet outil s'adresse à un public plus large, et n'est pas spécifique au programme de médiation sanitaire, mais on peut supposer que ce travail aura des retombées positives quant à une meilleure connaissance du système de soins et des différentes structures pour le public-cible.

### **- Accompagnements dans les structures de santé**

108 accompagnements ont été effectués dans différentes structures en 2011 (PASS, CLAT, UGOMPS, Simone Veil, Gynéco, CSD, NCN, SIG, pédiatrie, médecin vasculaire, CPAM, CES St Nazaire, cabinet généraliste, labo d'analyses, Resodiab44...) ce qui a permis chaque fois d'aider les personnes à mieux se repérer vis-à-vis des différents services et en saisir le fonctionnement. On peut également noter une évolution d'orientations appropriées au niveau communautaire (les femmes commencent à se diriger d'elles-mêmes vers les services, orienter leurs proches et échanger des informations : prise de rendez-vous, constitution dossiers CPAM...)

## - **Actions de promotion de la santé**

### **UGOMPS**

Une sortie conjointe de la médiatrice avec l'UGOMPS (Unité Gynéco Obstétrique Médico Psycho Sociale) a été organisée en fin d'année. La rencontre entre les femmes et le médecin a été bénéfique. D'autres sorties sont prévues dans les semaines à venir.

### **Centre de Lutte Anti-Tuberculeux**

La médiatrice a participé aux deux sorties du CLAT organisées sur les terrains de St-Herblain et de Rezé et au suivi que ces dépistages ont occasionné.

### **Participation à des sorties avec l'équipe bénévole de Médecins du Monde :**

La médiatrice a pu se joindre à des sorties Mdm orientées vers l'éducation à la santé : suivi de grossesse, contraception et hygiène bucco-dentaire.

### **Service Prévention de la CPAM**

## **Bilans de santé avec le service prévention de la CPAM**

Des bilans de santé ont été co-organisés avec la CPAM dans le centre de bilan de St-Nazaire pour quatre femmes.

Le bilan de santé a intéressé des femmes en raison :

- du principe du bilan qui permet aux personnes de voir plusieurs spécialistes sur un temps très court.
- du déplacement sur une journée, ce qui impliquait pour les femmes de faire garder leurs enfants. Au lieu de considérer cette implication dans le temps comme un frein, elles l'ont considéré comme un motif acceptable pour solliciter leur entourage.
- de la notion du prendre soin de soi en dehors du temps de la maladie. Pour une fois, les femmes habituées à toujours faire passer leurs enfants avant elles ont pris le temps de s'occuper d'elles.

La médiatrice a trouvé très intéressant le questionnaire préalable au bilan rempli à la CPAM quelques jours avant de se rendre à St-Nazaire. Cet outil qui évoque beaucoup de questions relatives aux habitudes de vie concernant la population française générale, a permis aux participants de s'acculturer.

La CPAM a organisé le transport des femmes à St-Nazaire. Une certaine réticence a été perçue chez quelques professionnels de santé du centre de bilan. Les examens ont pu avoir lieu. Malheureusement, l'interprète de l'Asamla n'avait finalement pas pu participer à cette journée, ce qui a réduit les possibilités pour les femmes d'être comprises et de comprendre les intervenants de santé.

Une réunion post bilan a eu ensuite lieu à la CPAM afin d'évaluer les attentes des femmes. Celles-ci ont exprimé 3 demandes :

- la présence du **Centre de Lutte Anti Tuberculeux** sur le terrain (qui a pu rapidement intervenir par la suite). Des actions de dépistage sur St Herblain et Rezé ont été organisées.
- les conseils sur **l'alimentation** des enfants : un atelier sur ce thème a été mis en place avec le service prévention de la CPAM, co-construit avec les femmes. Avec les produits fournis par les Restos du Cœur, les femmes ont préparé le goûter. La médiatrice et l'intervenante de la CPAM ont pu identifier une sous utilisation des colis alimentaires : par exemple, le lait n'était pas utilisé ; depuis l'atelier, elles l'utilisent davantage.
- demande d'information sur le **sevrage tabagique**. La CPAM a pu faire intervenir une spécialiste sur le terrain. Les femmes, mais aussi leurs maris, des belles sœurs... ont participé.

Toutes ces interventions ont reçu un très bon écho car elles étaient issues de la demande des femmes.

### **Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public.**

Résultat recherché : réduction des refus de soins discriminatoires/initiatives des structures pour améliorer l'accueil du public/réduction des malentendus, pouvant nuire à la qualité du suivi médical (information sur les conditions de vie et déterminants socioculturels).

#### **- Refus de soins discriminatoires**

Aucun refus de soins discriminatoire n'a été constaté par la médiatrice.

#### **- Initiatives des structures de santé pour améliorer l'accueil de ce public et le suivi médical**

La PASS fonctionne bien avec des plages horaires sans rendez-vous.

Le recours à l'interprétariat professionnel est de plus en plus répandu au CHU mais il demeure insuffisant. Le colloque ASAMLA de février 2011 a pu permettre de sensibiliser davantage les professionnels à la question.

La co-organisation d'un ciné-débat UGOMPS-MdM avec la présence de l'anthropologue Martin Olivera a permis également de faire passer des messages auprès des professionnels sur les conditions de vie des Roms en France et sur leur impact sur leurs parcours de soins.

#### **- Formations en direction des acteurs des secteurs sanitaire et social**

La médiatrice est intervenue en 2011 sur deux formations continues de l'ARIFTS dans un module sur les Roms dans le cadre d'une formation de 4 jours sur les Gens du Voyage. De la même manière, en 2012, elle interviendra sur une formation continue à destination des travailleurs sociaux et acteurs sanitaires sur les Roms. Ces formations permettent de rencontrer et de sensibiliser des personnels du médico-social en poste qui peuvent mettre cette sensibilisation acquise à profit dans leur pratique.

Par ailleurs, la rencontre avec le Centre Simone Veil a abouti à une perspective d'inter-formation entre les équipes des deux structures (MdM : connaissance du public Roms – Centre Simone Veil : contraception).

### **Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique.**

Résultat recherché : développement des connaissances des femmes concernant la prévention des risques sanitaires.

#### **- Situation des terrains : évolutions depuis le début de l'action**

##### **St Herblain**

Le soir du **24 décembre 2010**, la mairie de St Herblain prend l'initiative d'installer une 15aine de familles roms sur le parking d'un parc appartenant à la municipalité.

Ces familles occupaient précédemment un terrain que la mairie souhaitait vendre. L'acquéreur potentiel du terrain ayant posé la condition du départ des caravanes avant la reprise de toute négociation autour du contrat de vente, la commune

# ROMS

---

avait finalement décidé de proposer aux familles de se déplacer sur ce nouveau terrain, en collaboration avec le collectif de soutien aux habitants roms de St Herblain, contre la promesse de la recherche de solutions plus pérennes et d'un projet d'installation ultérieure sur un terrain viabilisé.

Dans l'attente, les services municipaux ont procédé à l'installation d'un bloc sanitaire, d'un compteur électrique, d'un raccordement à l'eau, et au ramassage régulier des ordures. Une navette de ramassage scolaire a même été instituée.

La ville a rejoint par ailleurs le programme de médiation sanitaire en participant notamment aux comités de suivi local du **25 février et du 10 octobre 2011**.

De son côté, le collectif de soutien s'est constitué en association, proposant cours de français, activités extrascolaires pour les enfants et accompagnement global des familles.

Toutefois dès le mois de **mars 2011**, la mairie commence à exprimer la volonté de voir partir les familles roms du terrain, n'évoquant plus du tout la question d'un projet d'intégration.

En fin d'année scolaire (juin 2011), les familles sont parties sous la menace d'une expulsion et depuis elles ont été déplacées 5 fois. Au cours de cette errance pendant l'été, les familles se sont temporairement installées sur Orvault. Le 1<sup>er</sup> adjoint au maire d'Orvault avait alors coupé l'eau des bornes à incendie à proximité, rendant très difficile l'accès au droit fondamental qu'est l'accès à l'eau.

Les familles sont depuis septembre sur le terrain actuel. La police nationale a tenté de couper l'eau, mais elle s'est heurtée à la résistance des familles.

Le groupe de St Herblain s'est scindé en deux car les familles ont rejeté un groupe où une personne développait une tuberculose maladie. Dans ces situations d'urgence provoquée par les expulsions, les familles s'éloignent des problématiques de santé et il est difficile de les accompagner dans cette situation.

Fin décembre 2011, la médiatrice intervient toujours auprès des mêmes foyers éclatés sur 4 terrains différents. Les familles qui étaient sur Orvault sont revenues sur St-Herblain.

Les conditions sanitaires liées à l'environnement sur le terrain de St-Herblain à fin décembre 2011 sont nettement dégradées par rapport au début de l'action. Au comité de suivi d'octobre 2011, la mairie de St-Herblain n'a pu nous exposer les motifs de ce revirement de position.

## **A Rezé :**

En début d'année, le groupe de Roms suivi par la médiatrice vivait sur un délaissé de voirie, avec accès ponctuel à l'électricité, la présence de nuisibles, une procédure d'expulsion en cours...

Aujourd'hui, on assiste à une inversion de la situation par rapport à début 2011 : la mairie de Rezé a accepté de se joindre au projet de médiation sanitaire.

Des poubelles individuelles ont été mises en place, le terrain a été viabilisé.

La mairie marque sa volonté d'améliorer la dignité de l'accueil des familles Roms sur son territoire.

Dans ce contexte plus favorable, la médiatrice remarque une plus grande autonomie du groupe de Rezé autour de la santé (certaines familles ont renouvelé de manière autonome leur AME à la CPAM...).

## Autres activités en lien avec le projet de médiation sanitaire

- Participation au colloque transnational Roma, colloque franco-roumain qui s'est tenu à Lille en novembre 2011 : « Quel accompagnement des familles roms en France et en Roumanie ? ». Intervention de la médiatrice de Mdm Nantes sur l'atelier : « santé et médiation : comment penser la médiation santé auprès des Roms et quelle place pour la médiation sanitaire ? » avec un regard croisé entre les programmes nationaux de médiation sanitaire roumain et français.

- La médiatrice a pu bénéficier du programme ROMED, formation interculturelle pour les Roms, organisée par le Conseil de l'Europe à Strasbourg, en mai et novembre 2011 sur deux sessions de 7 jours au total. Cette formation était dispensée simultanément à plus de 500 médiateurs à travers 16 pays de Conseil de l'Europe. En France 24 médiateurs ont ainsi été formés. Cette formation a permis d'élaborer un code d'éthique européen à l'usage des médiateurs. Un réseau européen de médiateurs se constitue.

### Conclusion

Les objectifs du projet de médiation sanitaire ont été plus faciles à atteindre sur Rezé que sur St-Herblain en raison de :

- La stabilisation du terrain de Rezé avec une expulsion unique sur l'année 2011,
- La connaissance par la médiatrice du groupe de Rezé préalable au projet
- La viabilisation du nouveau terrain de Rezé en cours de programme (accès à des latrines, à l'eau, à l'électricité, ramassage des ordures plus régulier avec des poubelles individuelles).
- Un groupe familial à Rezé relativement soudé et stable au cours de la période

A St-Herblain, après avoir essuyé plusieurs échecs dans les interventions en termes d'éducation à la santé proposées aux familles (proposition d'interventions par la CPAM, intervention du médecin de l'UGOMPS...), la stratégie utilisée a été d'accompagner les femmes en dehors du terrain, en particulier les femmes enceintes. L'explication de ce non intérêt pour les actions de prévention proposées par la médiatrice relève de plusieurs niveaux :

- l'instabilité des terrains avec 5 expulsions entre fin juin et fin septembre 2011.
- les préoccupations des familles étaient d'ordre juridique, social et les sollicitations auprès de la médiatrice allaient dans ce sens
- les mouvements au sein du groupe avec des arrivées de nouvelles familles et d'hommes seuls.

Les demandes des familles relèvent plutôt de l'accompagnement vers l'accès aux droits et au système de soins.

La première année du projet de médiation sanitaire a permis d'améliorer l'accès aux soins des familles Roms accompagnées par la médiatrice. L'action de la médiatrice a également un impact sur les personnes qui ne sont pas directement concernées par l'étude :

- soit parce qu'elles étaient présentes sur le terrain au moment des séances d'informations sur l'accès aux droits ou aux soins ou lors d'ateliers sur la santé
- soit par transmission d'informations au sein des familles.

Une évaluation a été réalisée afin de mesurer cet impact (annexe 3).

En perspective pour la suite du programme en 2012, plusieurs points doivent retenir l'attention :

## ROMS

---

- Une attention particulière doit être accordée à l'évolution de l'AME : poursuivre le plaidoyer concernant la domiciliation de droit commun, vigilance vis-à-vis de l'accès à l'AME, éventuels retards de soins, non-renouvellement, couverture des enfants, etc...)
- Une prospection est prévue auprès de nouveaux cabinets généralistes pour accueillir des familles
- Les actions d'éducation à la santé en lien avec les structures de soins, au travers de constructions d'outils, de sorties communes, et d'actions spécifiques (en particulier en matière de vaccination) devraient se poursuivre
- Développer les pratiques communautaires en matière de santé : Faciliter l'autonomie des personnes et les accompagner vers l'évolution de leurs propres pratiques pour une santé mieux préservée
- Le recours à l'interprétariat systématique doit être encouragé

A l'issue du projet expérimental de médiation sanitaire en décembre 2012, l'équipe de MDM Nantes ne souhaite pas mettre un terme à ce long travail de mise en confiance mais envisage de le prolonger dans des modalités qui différeront de celles de la recherche-action jusqu'à une reprise de la médiation par un partenaire dans des conditions satisfaisantes. Une évaluation au niveau national comparant le diagnostic initial et le diagnostic final sera effectuée et ses résultats seront présentés lors d'un séminaire le 14 décembre 2012. Il s'agira alors de s'interroger sur l'apport de la médiation sanitaire en matière d'accès aux soins des personnes vulnérables, sur la facilitation du travail des services de santé de droit commun, et sur l'intérêt des pouvoirs publics à se doter de médiateurs à l'avenir. (...)

## 5. Réduction des risques en milieu festif

La priorité de l'action Raves de Médecins du Monde Nantes en 2011 a porté sur la préparation du transfert de nos actions vers le droit commun, c'est-à-dire les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) et vers le milieu associatif d'auto-support : Techno +. En effet, le principe d'intervention de Médecins du Monde est basé sur la mise en place de dispositif adapté pour faire face à un besoin de santé non couvert par le droit commun. Lorsque ces dispositifs ont fait leur preuve, l'objectif de MdM est qu'ils soient reconnus et repris par le droit commun. Il est dans les missions des CAARUD de sortir de leurs murs et de mener des actions de Réduction des Risques (RdR) dans le milieu festif. Il devenait par conséquent pertinent que MdM se désengage de ces actions.

Saisis sur la question par MdM en début 2011, les deux CAARUD de Loire-Atlantique (l'Acôthé à Nantes et la Rose des Vents à St-Nazaire) ont ainsi élaboré conjointement courant 2011 un projet présenté à l'ARS au cours du second semestre 2011 proposant d'intervenir sur la Réduction des Risques dans le milieu festif. Ce projet a été validé par l'ARS en décembre 2011. En 2012, après un travail d'élaboration plus précis des modalités de mise en œuvre du projet, les CAARUD vont pouvoir organiser des interventions adaptées.

Quant à la branche nantaise de l'association Techno +, elle a pu s'étoffer en nombre de volontaires en 2011 arrivant en fin d'année à près d'une quinzaine de volontaires. Un travail de formalisation important a été réalisé : la préparation d'un nouveau projet pour les 3 années à venir, la mise en place d'outils de recueil de données relevés lors de leurs interventions, des formations... L'association est devenue un acteur incontournable reconnu et demandé par le milieu techno et autres milieux festifs pour intervenir lors des événements se déroulant dans la région.

L'année 2012 sera donc l'année de la réalisation effective de ce transfert.

Tout en travaillant sur ce transfert visant à un arrêt de nos actions en milieu festif fin décembre 2011, MdM a poursuivi tout au long de l'année les interventions dans le milieu festif. Cette année, le contexte n'a pas été favorable à l'organisation des multi-sons par les préfectures puisque seule la Préfecture de Loire-Atlantique a joué le jeu. Ainsi MdM a participé à une seule intervention en multi-sons au lieu de 3 interventions initialement prévues. Au global cette année, Médecins du Monde est intervenue sur une teuf en salle, six free party et un multison soit huit événements couverts pour 9 nuits sur le terrain.

# FESTIF

## Valeurs et engagements

Des valeurs humaines nous rassemblent :

- L'idée que les plus exclus méritent qu'on leur porte attention.
- L'idée qu'un être humain ne peut être pénalisé par la justice s'il a perdu sa liberté face à la consommation de drogue.
- Le non jugement et la confidentialité restent une base éthique pour tout professionnel membre de l'action.
- La certitude que seule la prévention reste l'outil incontournable d'une société qui se dit évoluée face à la consommation de drogues.

## Principes d'intervention

### 5.1 Objectifs opérationnels

- Gérer l'organisation sanitaire autour des événements festifs auxquels nous participons activement.
- Proposer des outils de prévention adaptés au public et des entretiens personnalisés dans le but de sensibiliser, informer, prévenir, orienter.
- Répondre aux besoins psychologiques engendrés par la consommation de drogue par des soins relationnels.
- Mettre en place des actions de formation adaptées aux bénévoles MdM et à toute personne faisant de la prévention en milieu festif.

### 5.2 Description de l'activité et organisation

#### L'organisation sanitaire

- Si un médecin est présent dans notre équipe, un pôle de soins somatiques se met en place proposant les premiers soins et orientant vers les secours des pathologies plus graves pouvant nécessiter des évacuations sur le Poste Médical Avancé (PMA) ou l'hôpital.
- Si MdM n'intervient pas avec un médecin, elle reste tout de même l'association qui organise les soins sanitaires sur site, que ce soit dans une « free » ou par l'appel du centre de régulation (numéro d'appel d'urgence 15) qui reste incontournable avec un protocole déjà écrit et validé en interne, ou dans un rassemblement festif légal (multi-sons ou teknival), où le lien avec les secours ou le PMA est effectué dès l'arrivée sur site.

MdM fait le lien entre les usagers et les secours et plaide pour une organisation sanitaire où l'utilisateur est au centre des préoccupations.

Des maraudes sont effectuées avec ou sans les secours permettant :

- l'évaluation rapide de l'état d'un sujet couché,
- l'appel ou non de secours,

# FESTIF

---

- la mise en place des premiers secours (exemple : recouvrir la personne d'une couverture de survie en cas de besoin ou de grand froid).

## L'accueil

L'accueil est l'élément central du dispositif auquel tout le monde s'adresse car c'est la partie visible des moyens mis à disposition. Ce stand permet au dispositif de droit commun, aux « teuffeurs » de visualiser notre présence et d'être un repère en cas de besoin.

La prévention sur table nous met directement en contact avec l'utilisateur en première ligne. Il s'agit d'orienter, sensibiliser, informer et prévenir.

Un bénévole de MdM se détermine comme référent de l'accueil sur le plan organisationnel pour la soirée.

## L'orientation

Si nous n'avons pas de pôle somatique, des demandes peuvent parvenir à l'accueil qui seront orientées vers les secours ou nécessiteront un appel des secours sur place ou ailleurs.

Une demande de réassurance (principe d'intervention expliqué ci-après) peut être formulée à l'accueil et sera renvoyée vers le réassureur présent.

Une demande d'entretien peut être faite à l'accueil, elle sera relayée vers une personne présente à la table. Ces entretiens de prévention permettront au sujet d'obtenir une information plus personnalisée.

## La sensibilisation, l'information et la prévention

L'accueil humain nécessitant un esprit ouvert, syntone avec l'entourage, sans jugement, va permettre une sensibilisation aux mots d'ordre de prévention, de créer du lien pour informer par les outils de prévention qui sont :

- Brochures d'information sur chaque produit (cocaïne, héroïne, LSD, speed, sniff, kétamine, ecstasy, champignons, drug mix), expliquant leurs effets et conséquences.
- Brochures d'information sur l'hépatite C, le VIH, les IST et les centres de dépistages.

Nous proposons du matériel de prévention des risques :

- Préservatifs et gels lubrifiants : kit de prévention incontournables et très demandés sur les IST et le VIH.
- Roule Ta Paille (RTP) et sérum physiologique : kit sniff permettant de rouler une paille après avoir lu le message de prévention précisant de ne jamais passer sa paille après consommation, le sérum permettant de se rincer le nez avant et après consommation.
- Bouchons d'oreilles : prévention des risques auditifs.
- Kits injection stériles et stérifiltres : matériel donné sur demande et après un court entretien permettant une consommation à moindre risque pour l'utilisateur de drogues par injection. Le stérifiltre permet de filtrer le produit pour éliminer les impuretés et diminuer les risques d'infections dus au « shoot ».
- Des éthylotests pour la prévention des risques dus à l'alcool au volant.

# FESTIF

---

Des affiches de prévention très explicites peuvent être exposées pour une visualisation rapide des messages de prévention. Des collecteurs de seringues et d'aiguilles sont mis à disposition pour leur élimination, habitude de prévention importante à communiquer.

## La réassurance

La réassurance psychologique est un soin relationnel consistant à accompagner un sujet en difficultés psychologiques après consommation d'un produit. Il est nécessaire qu'un bénévole soit référent de l'organisation et de la gestion des entrées et des sorties de la tente prévue à cet effet.

Ce travail nécessite une formation théorique et pratique des intervenants bénévoles ainsi qu'une tente éclairée d'une lumière feutrée avec quelques lits de camp.

Gestion de mauvais trip, comas kétaminiques, troubles anxieux, bouffées délirantes, voyages oniriques, troubles à type interprétatifs sont le quotidien des équipes faisant de la réassurance dans le milieu festif.

Ce travail psychologique d'accompagnement permet d'éviter des hospitalisations qui seraient traumatisantes et non justifiées, ménageant ainsi à la fois les usagers et les services d'urgence.

A la fin de la prise en charge, le questionnement sur la consommation du sujet, lorsque cela est possible, permet une réflexion prenant du sens pour la personne ayant bénéficié de nos soins.

## L'évaluation

Notre travail est évalué quantitativement et qualitativement chaque année et fait l'objet de remise en question permanente.

## 5.3 Activités réalisées en 2011

### FREE PARTIES LEGALES OU ILLEGALES :

A) **MYSTIC ETHNIC**.le. 09 avril 2011 à ST GILDAS DES BOIS 44 :

500 personnes ont participé à cette fête trance qui se déroulait sur un terrain avec l'accord du propriétaire.

MdM a mis en place le protocole d'appel en début de soirée du centre 15, une table de prévention, a effectué des maraudes dans la nuit et au petit matin.

4 bénévoles de MdM ont permis d'assurer plus d'une nuit de présence, deux ont été présents 18h, deux 20h30.

Substances présentes : cannabis, speed, coke – LSD - champignons.

4 réassurances ont été faites pour keta+ alcool et mdma +alcool –montée de trip avec délire mystique.

Matériel distribué : 50 flyers - 50 préservatifs masculins - 50 bouchons d'oreille - 100 roule ta paille - eau donnée aux teufeurs grâce à 2 jerricans.

# FESTIF

---

## B) **Woowootek label bass 44**, le 16 juillet 2011

300 personnes ont participé à cette free malgré la pluie.

MdM a mis en place le protocole d'appel en début de soirée du centre 15, une table de prévention, a effectué des maraudes au petit matin.

MdM est intervenue pour une personne ayant pris une dose trop forte de kétamine, deux comas kétaminiques et une réassurance.

Substances présentes : cannabis fumé en bang - speed – mdm – héroïne - keta- coke - LSD

Supports de prévention donnés : 100 flyers - 50 préservatifs - 50 bouchons d'oreille - 250 RTP-10 KITS injection et 20 stérifiltres.

## C). **SYSTEME NITRIK PLESSE 44** : le 30 juillet 2011

300 personnes d'un public averti (son hardcore), ont participé à cet événement.

Ce son existe depuis un an .Les gendarmes avaient été prévenus par les paysans qui apparemment les alertent lorsqu'ils voient des camions suspects. La présence de MdM et de Techno + les a rassurés.

Le protocole d'appel du centre 15 a bien été appliqué. L'équipe a effectué des maraudes. Aucune intervention particulière ni de réassurance n'ont été nécessaires.

Substances présentes : cannabis - Lsd – kétamine - coke - speed - alcool.

Supports RdR donnés : 98 flyers - 295 rtp - 80 sérum phy - 5 kits injection - 5 stérifiltres - 50 bouchons d'oreille

## D) **FREE LABEL BASS 44** entre Nozay et Treffieux : le 24 septembre 2011

Environ 1 000 personnes ont participé à cet événement caractérisé par une scène reggae et une scène électro techno drum and bass.

3 réassurances ont été réalisées pendant la nuit.

Substances présentes : mdma – cannabis – héroïne – cocaïne – speed - Lsd - kétamine.

Supports donnés : 98 flyers - 30 strawbags - 60 sérum physiologique - 485 RTP - 75 bouchons d'oreille - 80 préservatifs masculins - 6 kits injection et 5 stérifiltres

## E) Participation non active de MdM à la free de **ST ETIENNE DE MONTLUC** : le 15 octobre 2011

Petite participation de MdM:

- Visite de terrain du responsable de mission Raves de MdM pour rencontrer de nouveaux bénévoles techno+.
- Don de 20 flyers hépatite C à Techno +

# FESTIF

---

## F) FREE HALOWEEN FAR WEST –PIXEL ST LEGER LES VIGNES 44 le 29 octobre 2011 :

Caractéristiques de cette fête : teuf trance –electro-hardtek –hardcore

Deux personnes de MdM ont participé à l'action RdR dans cette free qui au plus fort de la nuit a accueilli de 500 personnes à 700 personnes. L'équipe a assuré 17h de présence par bénévole.

Le centre 15 a été appelé..

Substances présentes : cannabis – coke - speed Lsd – héroïne - mdma.

La table a été particulièrement animée avec beaucoup de jeunes consommateurs. Beaucoup de questions sur des sujets divers, car cette free était fréquentée par des jeunes consommant du speed avec peu d'information sur la prévention. Ces rencontres ont été nécessaires pour leur information.

3 réassurances ont été faites dans la nuit.

Supports donnés : 90 flyers- 500 RTP - 20 strawbags - 50 préservatifs masculins - 30 gels - 10 flacons sérum physiologique - 50 bouchons d'oreille.

## G) FREE SYSTEME NITRIK 12 novembre 2011 PLESSE 44:

Cette fête hardcore s'est déroulée près du village de St-Hubert à Plessé dans une clairière en plein milieu d'un sous bois. 300 personnes y ont participé.

Le centre 15 a été appelé en lien avec les organisateurs ce qui permet de les responsabiliser. Deux bénévoles de MdM ont assuré 18h de présence chacun autour de la table de prévention et au corus de maraudes.

Cet événement a été fréquenté principalement par des très jeunes (17-18 ans) et des anciens.

Aucune réassurance n'a été nécessaire, seuls quelques recalages dans la montée à la table ont été nécessaires.

MdM ayant annoncé que cet événement serait le dernier couvert par l'association dans la région, les teufeurs ont manifesté leur reconnaissance pendant la nuit pour le travail effectué par Médecins du Monde de manière constante ces dernières années.

Matériel donné : 400 RTP- 20 bouchons d'oreille - 50 préservatifs - 30 flacons de sérum physiologique - 100 flyers.

## MULTISONS 2011 :

Les préfectures de Sarthe, Mayenne et Maine et Loire n'ont apparemment pas trouvé opportun d'organiser un multi-son dans leur département, ce qui fait que seul le département 44 a été à la hauteur des engagements pris .

Ne nous étonnons pas si de grands rassemblements sont organisés en 2012, ce sera les conséquences de ces désengagements, le milieu techno peut devenir réactif.

## MULTISON 44 : du 20 au 21 mai 2011 à MOUZEIL

Une équipe constituée de 5 bénévoles de MdM a participé à ce multi-son pour 86h30 de présence sur le terrain.

Des éducateurs du CAARUD de Nantes (l'Acôthé) ont renforcé l'équipe de prévention dans la nuit de samedi à dimanche.

# FESTIF

---

Une table de prévention a été mise en place avec une aire de réassurance et quelques maraudes avec les secours (Croix-Blanche aguerrie à ce type d'intervention).

Après un vendredi plutôt calme, en dehors d'un soin de réassurance à un usager ayant consommé de la kétamine, le samedi a été plus agité et a nécessité 5 réassurances dont une pour une jeune femme violente après une forte consommation de LSD : elle a nécessité l'intervention de MdM, des secours et de l'organisateur.

Matériel distribué : 500 strawbags - 500 eau stérile -300 préservatifs hommes et 30 femmes - 50 sterifiltres - 200 flacons sérum physiologique - 300 bouchons d'oreille - 400 RTP - 326 flyers -160 kits injection (320 seringues), deux collecteurs aiguilles de 1,8litres.

## FETES EN SALLE, AUTRES EVENEMENTS FESTIFS

### 1) **TEUF EN SALLE** : le 12 mars 2011 : salle Nantes Erdre 44

Cette fête en salle, de musique techno hardcore, a attiré 300 participants.

MdM a tenu une table de prévention commune avec techno+. La table a surtout été fréquentée par les participants en début de soirée, surpris de voir MdM dans une action de prévention en salle.

Substances présentes : kétamine, lsd en gouttes, héroïne, ecstasy, speed, coke, cannabis

Matériel distribué par MdM : 50 bouchons d'oreille -5 kits injection donnés -10 flyers -hépatite C -50 dosettes sérum physiologique.

### 2) **PROSPECTION HELLFEST** :

Le hellfest est un grand festival de hardrock se déroulant à CLISSON dans le 44 ne cessant de se développer chaque année.

Le CAARUD et des bénévoles MdM trouvaient intéressant d'y faire de la prospection pensant intuitivement que des gros festivals de ce type pouvaient avoir des besoins en prévention sur des consommations à risque.

Une action a été mise en place par une éducatrice du CAARUD et une bénévole MdM connaissant le milieu hardrock avec le collectif de prévention take care et l'anpaa 44.

13 heures de présence sur 3 jours sur des temps ciblés ont été nécessaires à ce travail dont vous retrouverez le rapport en annexe.

Leur conclusion amène à penser qu'une intervention pour 2012 pouvait se matérialiser par la création d'un chill-out où pourrait se parler la consommation de drogues sous l'angle de la prévention et créer des liens.

Le travail du collectif Take Care et l'ANPAA ont toute leur place dans ce dispositif vu la consommation excessive d'alcool qui est le premier risque dans ce genre d'événement.

MdM transférant ces actions festives, nul doute que le CAARUD, l'ANPAA et le collectif Take Care pourront reprendre l'action.

# FESTIF

## Evaluation quantitative :

### Heures de bénévoles :

- 562 heures de bénévoles ont permis de mener l'action en 2011..

### Nombre total de consommables distribués sur l'année :

| Consommables                   | Quantité |
|--------------------------------|----------|
| Préservatifs masculins         | 580      |
| Préservatifs féminins          | 30       |
| Eau stérile (ampoule)          | 200      |
| Kits d'injection stérile       | 186      |
| Bouchons d'oreille             | 595      |
| Stérifiltres                   | 80       |
| Dosette de sérum physiologique | 450      |
| Roule Ta Paille                | 2 430    |

4 collecteurs d'aiguille de 1,8 litres ont été utilisés

### Nombre de documentations distribuées :

| Consommables | Quantité |
|--------------|----------|
| Flyers       | 894      |

**16 soins relationnels de type réassurance** ont été prodigués.

Nous ne faisons plus de soins somatiques, quelques pansements ont été faits lors de free parties.

**Contacts table de prévention : en moyenne 12 contacts par quart d'heure soit 48 contacts de l'heure.**

## EVALUATION OBJECTIFS 2011

### Rappel des objectifs 2011 et résultats obtenus :

#### 1. Mettre en place au sein du groupe rave un groupe permanent de réflexion et de mise en action du transfert de l'action

- Les 4 réunions de l'équipe RdR de MdM ont abordé la question du transfert.

#### 2. Transfert de compétences de MdM à Tekno + : accompagnement sur le terrain – transfert de savoir-faire

# FESTIF

---

- sur les événements officiels (multison – teknival)
- dans les frees
- au cours de formation sur certains thèmes (réassurance)
- au cours de leurs réunions d'équipe : appui à la structuration de Tekno + 44

- Afin de positionner techno+ dans une position d'autonomie et de responsabilité comme acteur incontournable dans le milieu festif techno, l'équipe MdM a pris une position basse pour les laisser organiser eux-mêmes les interventions communes. Des points de faiblesse apparaissent bien sûr et il faudra en 2012 les aider même s'ils ont fait un gros travail de structuration en se partageant les tâches dans leur petit groupe. Ils ont accueilli de nouveaux bénévoles et sont très dynamiques. Trois réunions communes de l'équipe MdM et Tekno + ont eu lieu en 2011. Le responsable de l'action raves de MdM a participé à une réunion interne de Tekno +.

Une réunion de debriefing du multi-son 44 à laquelle participaient Tekno+, les éducateurs du CAARUD et l'équipe MdM s'est tenue au CAARUD l'Acôthé.

### 3. Transfert de compétences de MdM vers les partenaires institutionnels :

- Former les intervenants de la Croix-Blanche sur les effets des drogues et sur la réassurance.
  - Renforcer le travail en réseau avec tous les acteurs concernés : ARS, Préfecture, les communes, les organisateurs, la Croix-Blanche, la Croix-Rouge...
  - Participer au Comité de pilotage régional qui se met en place sur le milieu festif.
  - Susciter l'orientation des activités et de la culture des CAARUD vers le milieu festif.
  - Poursuivre les interventions conjointes avec les CAARUD dans le milieu festif.
  - Plaidoyer auprès des ARS pour qu'elle attribue davantage de moyens aux CAARUD sur le festif.
- La formation des intervenants de la Croix-Blanche sera faite à la Croix-Blanche en février 2012.
  - Nous avons contribué à l'information prévention drogues dures pour Avenir Santé, Sida Info Service, les veilleurs de soirée, ANPAA et Unis-cité sur 3 demi-journées en février et mars 2011. Nous avons aussi rencontré les Narcotic Anonymes.
  - Divers membres de l'équipe ont participé à une réunion du comité de pilotage régional sur la prévention en milieu festif à Angers, à la Mutualité Française. MdM étant en phase de désengagement, la participation à ce nouveau réseau ne semblait pas pertinente, aussi cette participation n'a pas été renouvelée.
  - plaidoyer MdM pour des moyens conséquents pour les CAARUD 44 afin d'envisager un engagement plus important dans leur mission dans le festif : à plusieurs reprises, MdM a alerté l'ARS de l'arrêt de nos actions de RdR en milieu festif et la nécessité de soutenir les associations qui vont reprendre ces activités. Grâce au concours de la direction et des éducateurs, un projet commun des CAARUD a été présenté à l'ARS et est validé.
  - Une intervention conjointe avec le CAARUD de Nantes pour le multi-son 44.
  - Transférer les actions par une formation des acteurs institutionnels : la formation des équipes de secours.

# FESTIF

---

## Objectifs 2012 et conclusion

- accompagner TECHNO+ vers une structuration de leur organisation en participant à leurs réunions et leurs interventions sur le terrain. Evoquer la notion de qualité des pratiques.
- soutenir l'action des CAARUD à travers des réunions de rencontre avec Techno + (une réunion a déjà eu lieu en 2011 avec un responsable national) et en leur facilitant l'accès aux événements de manière ciblée.
- poursuivre le plaidoyer auprès de l'ARS pour une reconnaissance de la RDR en milieu festif.
- former les équipes de secours, acteurs institutionnels (Croix-Blanche, Croix-Rouge) sur l'approche RdR et une information sur la prise en charge spécifique des usagers de drogue en milieu festif.

En 2012, les multi-sons seront gérés par le collectif de sons UNISONS. Techno+ est une porte d'entrée incontournable pour un lien avec les sons.

Après de nombreuses années d'intervention sur les événements festifs, l'équipe exprime à quel point ce travail a été riche et passionnant. En 2012, l'accent portera sur l'accompagnement du processus de transfert en 2012.

## 6. Programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés

### Introduction

A l'heure où les débats sur la question de la prostitution se concentrent uniquement sur une idéologie moralisatrice, Médecins du Monde rappelle à travers son programme que les lois actuelles, ou à l'étude, malgré la volonté première affichée de ces dispositifs législatifs, accroissent la vulnérabilité des personnes et nuisent aux enjeux de santé et ne protègent en rien les personnes (lire à ce propos l'article en annexe 3).

Médecins du Monde mène un programme de réduction des risques depuis près de 12 ans auprès de personnes qui proposent des prestations sexuelles tarifées. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et aux droits dans une démarche d'empowerment.

Le programme à Nantes s'adresse essentiellement à des personnes migrantes qui méconnaissent le système de soins et leurs droits à une couverture maladie et pour qui la complexité des démarches fragilise l'accès effectif aux soins.

Ainsi, les politiques répressives exercées à l'encontre des personnes migrantes aggravent leur situation et la santé tend à ne plus être prioritaire face aux risques encourus pour s'en préoccuper.

### 1. Ethique de la mission

#### 2.1 La réduction des risques appliquée à la pratique prostitutionnelle

Le travail de l'équipe repose sur une éthique opérationnelle de réduction des risques. Si cette approche est davantage connue à travers le travail effectué avec les usagers de drogues, sa philosophie s'adapte parfaitement à la pratique prostitutionnelle. La base de toute activité de réduction des risques, est le non jugement des pratiques : principe fondamental et irrévocable. L'enjeu est d'accompagner la personne dans sa pratique, partir de son vécu, de sa réalité, respecter son choix et travailler ensemble les questions de santé.

Elle nécessite pour l'équipe de certes bien connaître les risques liés aux activités, de disposer de moyens, d'outils d'information et de prévention, mais aussi de construire les réponses avec l'usager puisque c'est lui, et nul autre, qui peut réduire les risques dans ses propres pratiques.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

## 2.2 L'empowerment

Les actions favorisant l'empowerment accompagnent la démarche de réduction des risques. Ce terme n'a pas vraiment de traduction en français, on parle de « capacitation » et plus généralement d'autonomisation mais ce mot est réducteur d'un processus plus complexe.

On peut définir l'empowerment par le processus d'acquisition d'un pouvoir, d'un cheminement pour que l'individu puisse prendre en charge sa propre destinée économique, professionnelle, familiale, sociale ...

Il s'agit de soutenir les efforts de la personne pour amplifier ou retrouver les capacités d'actions de manière autonome, de développer notamment l'estime de soi et les compétences psychosociales pour favoriser le développement d'un contrôle sur la santé. Cela peut se décliner dans l'opérationnel par :

permettre aux personnes d'être reconnues dans leur identité et leur dignité,

permettre aux personnes d'être en capacité de se protéger (mise à disposition de matériels, informations sur les lieux de vente, informations techniques),

lutter contre la victimisation et permettre de passer de la position de victime à celle d'actrice pour elles-mêmes,

exclure une position d'experts des membres de l'équipe et favoriser l'apprentissage mutuel en étant « facilitateur ».

## 2.3 Une pratique médicale de proximité

A partir de son expérience de terrain, MdM requiert une pratique médicale de proximité qui répond à un cadre et à des critères précis :

- Affirmer la place essentielle occupée par la santé pour entrer en contact avec les personnes les plus démunies, les rendre visibles à la société et permettre une approche globale de leurs détresses,
- Mettre en place des structures professionnelles de proximité, à bas seuil d'exigence d'accès, travaillant dans un contexte difficile, dans une pluridisciplinarité nouvelle et citoyenne,
- Aller à la rencontre des personnes dans une démarche non intrusive,
- Assurer une présence médicale sans jugement s'inscrivant dans la durée : celles des personnes.

## 2.4 Le non faire et l'aller vers

Les missions mobiles de MdM font un constat essentiel : pour accéder aux personnes de la rue quelles qu'elles soient, il est nécessaire de créer des **structures de proximité à bas seuil d'exigence d'accès**, c'est à dire où les populations peuvent accéder, sans exigence préalable, à un accueil, une écoute, à la prévention et aux soins adaptés à leur état, et ce, quelle que soit l'étape de leur trajectoire de vie. L'objectif de ces structures est d'aller vers, d'entrer en contact avec les personnes les plus marginalisées, celles qui n'ont ni les moyens, ni les papiers, ni l'argent, ni la connaissance, ni la patience, ni la santé, ni le désir de se rendre dans des lieux de soins ordinaires, afin de leur proposer des prestations nécessaires, acceptables, adaptées. Ces structures sont à la fois un lieu d'accueil, d'observation, de prévention, de soins et une passerelle vers le système de soin classique. Leur fonction est de favoriser l'accès vers les structures à plus haut seuil et aussi de transformer les pratiques des professionnels sanitaires et sociaux en les sensibilisant à des personnes, des personnalités, des communautés, des modes de vie, des situations de vie, des attitudes, des comportements et des expressions psychopathologiques différents.

Cette proximité est **fondatrice du lien**. Aller vers, comprendre les codes, la langue, reconforter, créer une relation de confiance, accepter un travail parfois furtif, adopter une démarche de petits pas, finalement « en prendre soin »

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

peuvent construire un espace à l'intérieur duquel une reconnaissance se crée, un lien se noue. Ainsi l'écoute, présente dans toute consultation médicale classique, prend ici une dimension particulière : elle permet au professionnel d'adapter son intervention médicale à la situation présente de la personne. Une notion nouvelle, née de la rencontre avec la personne, apparaît comme préalable pour le professionnel : « le non faire ». Le professionnel accepte le « non faire » alors que sa formation universitaire dans des lieux de soins classiques l'a habitué au « faire ». Le professionnel ne renonce pas à son savoir, mais recherche progressivement les modalités de « faire avec » la personne. Pour le médecin, la santé est le résultat d'un processus cumulatif, le patient lui révèle que la qualité de l'inscription sociale fait partie du processus. L'inscription sociale négative induit une souffrance psychique.

La pratique médicale de proximité, de bas seuil d'exigence envers le patient mais de haut seuil d'exigence et de tolérance pour le professionnel, est le contraire d'une médecine bas de gamme, bas seuil de service. Cette proximité comporte cependant des risques : le rejet, la complicité, la fascination, l'identification. Ce travail exige donc un appui fort des équipes.

Ce travail implique pour le professionnel un haut seuil de tolérance : contexte difficile, écoute et « non faire » préalables. Ce haut seuil est une des conditions pour favoriser l'émergence de la demande de soins.

Ces structures professionnelles de proximité requièrent la création d'une **pluridisciplinarité** nouvelle. En effet, elles associent professionnels médico-sociaux aux compétences complémentaires et personnes de proximité issues du milieu, de la communauté, du lieu. Cette pluridisciplinarité permet la rencontre avec les bénéficiaires, la prévention et la réduction des risques avec des outils spécifiques et adaptés, l'éducation à la santé par les pairs, l'information sur l'accès aux droits et aux soins, le soin.

## 2.5 Un positionnement pragmatique sur la prostitution

Dans les études, rapports et écrits sur la prostitution, on souligne souvent une certaine bipolarisation. Tantôt les personnes se prostituant sont présentées comme des travailleuses du sexe, assumant leur activité qui propose des services sexuels, tantôt la prostitution est présentée comme une atteinte à la dignité humaine qui doit disparaître, les personnes se prostituant étant des victimes. Elles sont alors présentées comme des esclaves, soumises à des réseaux de trafic d'êtres humains.

De par sa pratique de terrain, MdM considère que la position de victime est stérilisante pour la personne et inhibante pour les intervenants. C'est à partir des demandes remontant des femmes et hommes concernés que se conçoit une action et qu'elle évolue.

Les termes d'abolitionnisme, de prohibitionnisme et de réglemmentarisme, définissant les politiques de la pratique prostitutionnelle ne sont pas des notions opérationnelles pour MDM, car ces notions sous-tendent des jugements de valeur et augmentent donc les risques de stigmatisation.

Le terme prostitution est un concept qui regroupe plusieurs types de publics. Médecins du Monde mène des actions auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés, les plus vulnérables, qu'elles soient victimes de trafic ou non.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

## 2.6 Une pensée critique permanente

Il est important pour l'équipe de pouvoir, en parallèle des actions menées sur le terrain, réfléchir à ses pratiques et se fédérer autour d'un travail de réflexion commun. Aussi, en 2011, dans le cadre d'une démarche interne à l'association et portant sur l'évaluation de tous les programmes intervenant auprès de personnes se prostituant en France, l'équipe s'est mobilisée pour évaluer son action et écrire un programme sur 5 ans. Ce travail a été l'occasion de constater qu'indéniablement, les actions réalisées contribuent à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes se prostituant. L'équipe a dès le départ considéré la question des droits de façon large, ne se limitant pas aux seuls droits à la couverture maladie. L'équipe, non jugeante, bienveillante et de confiance, à travers ses actions, et notamment la mise en place d'un lieu ressource, a pu créer une passerelle avec le droit commun. Le public trouve en MdM un « partenaire » fondamental pour répondre à ses besoins d'ordre médical, social et juridique. En ayant un lieu ressource pour exprimer toute demande dans un contexte sécurisant ; l'équipe répond aux demandes et attentes de la population cible. L'équipe est toutefois vigilante à ne pas favoriser un « contrôle social » et c'est pour cette raison qu'elle souhaite renforcer ses actions auprès des interlocuteurs du droit commun.

## Objectifs de la mission

La mission se décline en 3 grands pôles :

- une unité mobile pour aller à la rencontre des personnes : le Funambus
- un espace pour favoriser les échanges collectifs et individuels : le local
- une action indoor pour aller vers les personnes proposant des services sexuels tarifés ailleurs que dans la rue

Notre mission de promotion de la santé et de réduction des risques repose sur les principes dictés par la Charte d'Ottawa : la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. La promotion des droits est considérée comme un déterminant essentiel de la santé. La mission de MDM auprès des personnes se prostituant continue d'œuvrer pour améliorer l'accès aux soins et aux droits et constitue une veille en matière de lutte contre la discrimination.

*Les objectifs plus précis sont décrits dans la partie programme 2012 - 2017, suite au travail que l'équipe a réalisé en 2011 sur la planification de l'action.*

## Fonctionnement

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

## 1. L'unité mobile

Le « Aller vers » est un choix d'intervention inhérent à la volonté de faciliter la rencontre avec certains publics pour lesquels une démarche spontanée vers des professionnels de santé est complexe, voire impossible. Pour les personnes se prostituant, et en particulier pour les migrantes, cette approche est rendue nécessaire car la pratique prostitutionnelle engendre le plus souvent des réactions sociales négatives. De l'apitoiement au rejet, de la victimisation à la criminalisation, la stigmatisation est telle que les personnes concernées ont pris l'habitude de taire leur activité face aux divers professionnels rencontrés. Parfois même, elles évitent de recourir à leurs services et s'isolent ainsi du tissu social et médical. Mdm n'échapperait pas à cette règle si l'équipe n'avait pas opté pour une démarche d'« aller vers ».

La création du lien de confiance, le respect de l'autre en tant qu'individu dans ses choix de vie et de la confidentialité des informations partagées sont la base de la relation avec le public qui travaille dans la rue.

C'est le caractère de l'intervention de Mdm, pragmatique, neutre et bienveillant, qui permet qu'une relation de confiance s'installe petit à petit. Ne pas préjuger de leur réalité, ne pas désirer à leur place, par exemple une sortie de prostitution ou au contraire une posture revendicative, permet que les femmes rencontrées n'aient pas besoin de développer un discours normatif. Ce faisant, elles échangent et questionnent en fonction de leurs réels intérêts. La réponse de Mdm s'appuie généralement sur leurs connaissances déjà partielles ou pressenties, elle se co-construit pour trouver des solutions qui leur ressemblent. Ce regard confiant en leurs capacités et savoir faire renforce clairement la confiance établie : elles ont des savoirs et l'équipe en a d'autres.

L'équipe propose donc 2 tournées par semaine sur deux secteurs différents : une tournée le jeudi soir et une le vendredi soir. Deux personnes de Mdm sont présentes (2 bénévoles ou 1 bénévole/1 salarié) et un jeudi sur 2, une interprète roumaine de l'Asamla<sup>12</sup> se joint à l'équipe. Quelques tournées spécifiques sont organisées avec des partenaires : CDAG, CLAT, ... afin de renforcer le lien entre ces structures de droit commun et les personnes.

Dans le bus, grâce à différents supports de discussion mis en évidence sur la table du bus (cartes avec des questions, cartes info/intox, outils de démonstration de pose de matériel de réduction des risques, speculum, etc...), des échanges ont lieu, en groupe, entre les personnes présentes dans le bus. Ces temps spontanés sont précieux car les personnes expriment leurs idées, leurs expériences, leurs questions. Ce lieu est un espace participatif et les discussions sont souvent très animées. Elles mélangent dialecte et anglais et s'expriment librement sur les sujets. Certaines n'hésitent pas à expliquer à celles qui n'ont pas compris et la participation de l'intervenant MDM est moindre.

## 2. Le lieu fixe

4 ans après la mise en place de l'unité mobile, l'équipe a souhaité pouvoir proposer un accueil en journée devant les difficultés que les personnes rencontraient pour accéder aux soins. Le local permet ainsi de prendre le relais

---

<sup>12</sup> Association Santé Migrants Loire Atlantique

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

sur ce qui a pu être discuté la nuit et donne la possibilité d'aller plus loin dans la démarche (ouverture des droits à la couverture maladie, ...).

La présence régulière du travailleur social sur les tournées contribue à tisser un lien, un fil rouge entre la nuit et la journée : il constitue un point de repère manifeste. Les entretiens de prévention, les échanges autour de la réduction des risques liés à telle ou telle pratique, les focus groups réalisés la nuit ont souvent pour incidence un passage au local ensuite pour reparler du sujet et/ou prendre un rendez-vous médical en conséquence. De nombreuses personnes passent au local en semaine pour prendre du matériel de prévention lorsqu'elles n'ont pas croisé le bus la nuit ou si elles ne travaillent plus en rue.

L'accueil est inconditionnel, sans rendez-vous, le local reste un lieu confidentiel et privilégié pour maintenir la relation de confiance.

Il arrive parfois que la personne souhaite un accompagnement physique. Il constitue un point fort du travail car il permet la réassurance, la création du lien et de la confiance avec la personne et garantit souvent une efficacité de la démarche entreprise. L'enjeu est d'évaluer en amont avec la personne la nécessité d'un accompagnement dans une démarche d'empowerment.

## Temps collectifs :

Le lieu fixe permet également d'organiser des « animations thématiques ». Il s'agit d'optimiser le temps d'attente pour sensibiliser sur des sujets choisis. L'équipe décore le local de façon différente selon le sujet développé et crée ainsi une surprise lorsque les personnes entrent. Les murs et le sol deviennent les supports des messages de prévention, d'information et de questions. L'intervenante santé peut alors facilement rebondir sur les sujets, en groupe si plusieurs personnes sont présentes, et individuellement dans son bureau. Grâce aux temps collectifs, chaque participant est reconnu comme expert et peut faire profiter aux autres de son expérience. Cela peut permettre aussi aux personnes de se rendre compte qu'elles ne sont pas seules dans telle ou telle situation. Enfin peut se créer une dynamique de groupe communautaire, d'entraide, de soutien et de relais. L'idée est de partir de leurs besoins, leurs croyances, leurs représentations pour aborder des discussions ou créer des outils de prévention par elles, avec elles et pour elles. En 2012, la première animation concernera le système de soin et l'accès à la couverture maladie.

L'équipe organise des ateliers collectifs sur certains sujets. Ceux qui rencontrent le plus de succès concernent les questions juridiques, tant sur la législation de la prostitution que sur le séjour. En 2012, les ateliers devraient reprendre de façon plus régulière car en 2011, ils ont davantage eu lieu de façon spontanée tant dans le bus qu'au local.

## 3. L'indoor<sup>13</sup>

Après avoir dénoncé les effets de la LSI et notamment l'éloignement du public des structures de santé, l'équipe a souhaité s'intéresser au public qui n'était pas ou plus accessible dans la rue. Après avoir tenté d'identifier d'autres acteurs engagés sur ces questions, force a été de constater que peu ou pas d'interlocuteurs existaient. Pour

---

<sup>13</sup> On appelle indoor toute pratique sexuelle tarifée ne se pratiquant pas sur la voie publique mais dans des lieux privés en parallèle de l'outdoor qui se situe dans la rue.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

autant, les données disponibles à l'époque, en 2007, montraient une réelle pertinence à construire des actions « indoor ». Le réseau européen TAMPEP (promotion de la santé et prévention du VIH et des IST auprès des travailleurs(euses) du sexe migrantes), regroupant 25 pays et véritable observatoire de la dynamique de la prostitution migrante à travers l'Europe, constatait en effet que deux tiers des personnes proposant des services sexuels tarifés travaillaient en indoor.

L'équipe a donc réalisé une mission exploratoire en 2007/2008 pour étudier la pertinence d'une action auprès de ce public sur Nantes, puis mené une action auprès des personnes postant des annonces sur internet de 2009 à 2010.

Pendant ces 3 années, MdM a établi 2 076 contacts auprès de 896 personnes différentes et 40% des personnes avec qui il a été possible d'avoir un échange téléphonique ont été intéressés par la démarche de MdM. Les discussions concernaient principalement les pratiques sexuelles, le VIH, les IST, les ruptures de préservatifs, les hépatites, les questions de sécurité et le matériel de réduction des risques. La souffrance psychologique, la fatigue (faiblesse) générale et la dépendance sont les problèmes de santé qui ont été le plus souvent repérés ou exprimés. Il ne s'agit pas d'une généralité mais bien des problématiques identifiées pour les personnes qui avaient répondu aux sollicitations. Les personnes percevaient l'action de MdM comme un espace pour libérer la parole, un espace d'écoute. Le plus important besoin repéré était celui de parler, de rompre le sentiment d'isolement. Des demandes d'ordre social et juridique et pour une aide à l'insertion professionnelle ont également émergé.

L'équipe a rencontré de réelles difficultés pour accéder à la population concernée en utilisant essentiellement le téléphone. La structure même de l'échange de services sexuels tarifés par internet crée en effet un espace difficile à franchir pour les intervenants qui craignent alors d'être trop intrusifs ou dont la démarche risque de ne pas être comprise.

Si l'action n'a pas été concluante en termes d'accès à la population et de capacité de l'équipe à créer un lien de confiance, comme elle sait le faire pour l'outdoor, elle reste néanmoins la base d'une réflexion pour construire un nouveau projet en indoor. Une partie des limites rencontrées sur cette première action en indoor a reposé sur la composition de l'équipe n'intégrant pas de travailleur pair. L'action aurait en effet gagné en qualité si dès le départ elle avait pu être construite par une personne connaissant l'échange tarifé de services sexuels via internet. Elle aurait ainsi pu co-construire la méthodologie et les outils, confronter des idées avec les professionnels de la santé de MdM. Le programme aurait alors bénéficié d'une double expertise.

Pour poursuivre son action en indoor, l'équipe mènera en 2012 une mission exploratoire dans les bars à hôtesses afin d'identifier des éventuels besoins en matière de santé. Le début de ce nouveau projet est conditionné à l'embauche d'une intervenante pair.

## 4. L'équipe

L'équipe se compose de 3 salariées (2,2 etp) et de 23 bénévoles : 10 infirmières, 6 médecins, 2 éducatrice spécialisée / animatrice socio culturelle, 3 étudiantes, 1 directrice de production, 1 traductrice. Fin 2011, début 2012 de nouveaux bénévoles ont rejoint l'équipe qui est mixte même s'il y a davantage de femmes que d'hommes. Les bénévoles réalisent en moyenne une tournée de nuit par mois et participent à la réunion d'équipe. Les rapports et les comptes rendus de sortie permettent de rendre les informations disponibles à l'ensemble de l'équipe.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

L'engagement se traduit donc majoritairement par une présence la nuit lors des tournées, mais des temps de jour peuvent aussi être proposés pour faire des accompagnements ou pour travailler sur les « ateliers santé » du local.

## Activité 2011

### 1. Profils de la file active

#### 1.1 File active totale

En 2011, l'équipe a rencontré 220 personnes différentes. Sur ces 220 personnes, 84 sont rencontrées uniquement la nuit sur leurs lieux de travail et 33 sont venues uniquement au local. Sur les 220 personnes, 182 travaillent dans la rue, 23 ne se prostituent pas ou plus et 14 travaillent en indoor (dont 3 travaillent en rue également).

#### Sexe, âge et pays d'origine

| Age                             |            |               |
|---------------------------------|------------|---------------|
| Taux de réponse : <b>90,0%</b>  |            |               |
| Moyenne = <b>29,73</b>          |            |               |
| Médiane = <b>27,00</b>          |            |               |
| Min = <b>19</b> Max = <b>66</b> |            |               |
|                                 | Nb         | % cit.        |
| Moins de 20                     | 2          | 1,0%          |
| De 20 à 24                      | 68         | 34,3%         |
| De 25 à 29                      | 45         | 22,7%         |
| De 30 à 34                      | 41         | 20,7%         |
| De 35 à 39                      | 6          | 3,0%          |
| De 40 à 44                      | 22         | 11,1%         |
| De 45 à 49                      | 7          | 3,5%          |
| De 50 à 54                      | 4          | 2,0%          |
| De 55 à 59                      | 2          | 1,0%          |
| 60 et plus                      | 1          | 0,5%          |
| <b>Total</b>                    | <b>198</b> | <b>100,0%</b> |

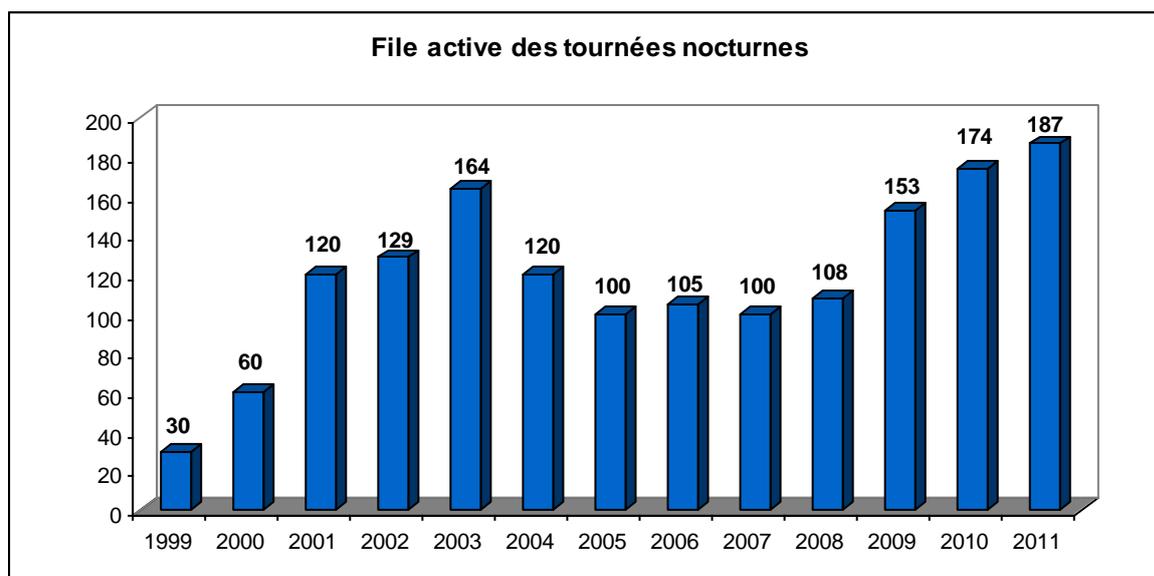
95,4% des personnes rencontrées sont des femmes,  
4,1% des transgenres et 0,5 un homme.

62% viennent du Nigéria, 15% de Roumanie, 8% du Cameroun, 5% de France, 4% d'Equateur et d'autres pays pour 6%.

#### 1.2 File active de nuit

187 personnes ont été rencontrées au cours des tournées de l'unité mobile. Ce chiffre est en augmentation depuis 2007 et dépasse depuis 2 ans, le pic atteint en 2003. Les personnes sont très mobiles, elles travaillent dans plusieurs villes françaises et parfois à travers l'Europe.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS



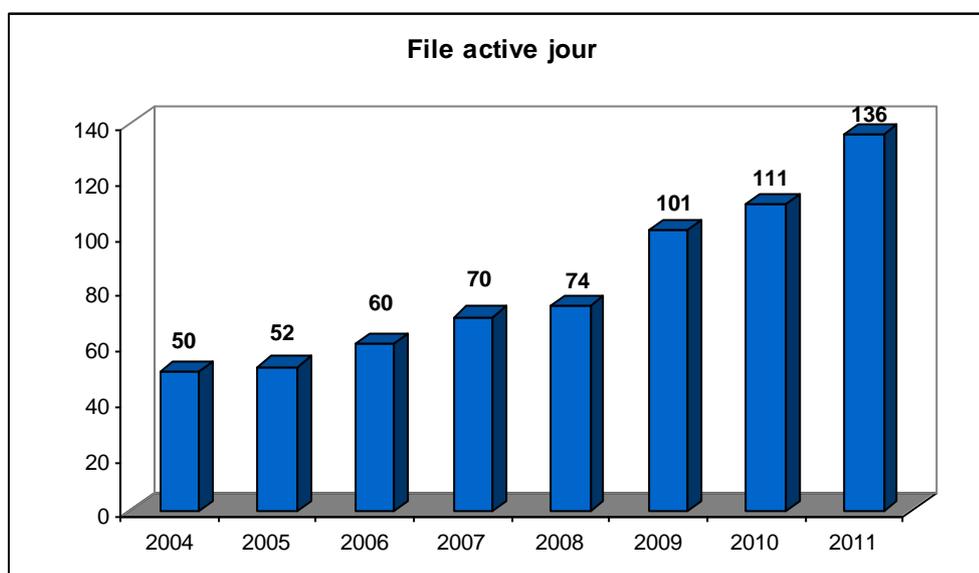
96% des personnes rencontrées sont des femmes et 4% des transgenres.

La grande majorité est âgée entre 20 et 29 ans (59,8%). 21,9% ont entre 30 et 39 ans, 10,1% entre 40 et 44 ans et 7,2% ont plus de 45 ans. 1% a moins de 20 ans.

Les pays d'origine sont sensiblement les mêmes que pour la file active totale : 62% viennent du Nigéria, 17% de Roumanie (15% pour la file active totale), 9% du Cameroun, 4% de France (5% pour la file active totale), 4% d'Equateur et 4% d'autres pays (6% pour la file active totale). Sur ces 187 personnes, 103 viennent au local, soit 55,1%.

## 1.3 File active de jour

136 personnes sont venues au lieu fixe de Médecins du Monde.



# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

Sur ces 136 personnes, 103 travaillent dans la rue, 23 ne se prostituent pas ou plus et 11 travaillent en indoor. 95% sont des femmes, 4,5% transgenres. Un homme est venu au local également. Une très grande majorité des femmes qui viennent au local sont nigérianes (70%), 10% sont roumaines, 6% sont françaises, 4% viennent du Cameroun, 4% d'Equateur et 6% d'autres pays.

60,5% ont entre 20 et 29 ans, 25,6% entre 30 et 39, 10,1% entre 40 et 44 et 3,2% ont plus de 45 ans. 1 personne a moins de 20 ans.

Les personnes proposant des services sexuels tarifés en indoor sont françaises (36%), roumaines (27%), viennent du Cameroun (18%), d'Equateur (9%) et de Colombie (9%). 5 d'entre elles ont entre 40 et 49 ans, 3 entre 20 et 24 ans et 3 entre 25 et 39 ans.

47% des personnes rencontrées au local ont une couverture maladie de base et complémentaire, 21% l'AME, 15% n'ont aucune couverture maladie, 8% ont une demande en cours, 4% ont une couverture de base uniquement et 2% ont une carte européenne. Aucune information n'est disponible pour 3% des personnes.

## 1.4 Profil des nouvelles personnes rencontrées

En 2011, l'équipe a rencontré 80 nouvelles personnes, 70 lors des tournées de nuit et 10 au local, 79 femmes et 1 homme.

75 d'entre elles travaillent dans la rue et 5 ne se prostituent pas ou plus.

Sur les 80 personnes, 58 viennent du Nigéria, 13 de Roumanie, 1 de Guinée, 1 de Sierra Leone, 1 du Togo, 1 du Brésil, 1 du Cameroun, 1 d'Espagne et 1 de France. L'information n'est pas connue pour 2 personnes.

Celles dont on connaît l'âge (64 personnes) sont majoritairement âgées entre 20 et 24 ans (47%), 22% ont entre 25 et 29 ans, 20% entre 30 et 34 ans, 8% ont plus de 40 ans et 3% moins de 20 ans.

Sur les 64% dont on connaît la situation administrative, 41% ont un titre de séjour dans un autre pays européen, 26% ont un titre de séjour français, 22% n'ont pas besoin de titre de séjour (français, ressortissant européen en France depuis moins de 3 mois), 10% sont sans titre de séjour et 2% ont un rendez-vous ou une convocation en préfecture.

## 2. Activités réalisées la nuit par l'équipe mobile

79 tournées ont été réalisées en 2011 avec une moyenne de 23 contacts par tournée. Le nombre de contacts par tournée est en constante augmentation depuis 2003.

L'augmentation du nombre de contacts, 1 826 pour 2011, soit 193 de plus qu'en 2010, est cohérente avec la hausse de la file active.

Les thèmes les plus abordés lors des tournées sont le VIH / sida / IST, les pratiques sexuelles et les hépatites. Le sujet des vaccinations, en revanche reste peu abordé et l'équipe envisage de faire une sortie avec le centre de vaccination en 2012.

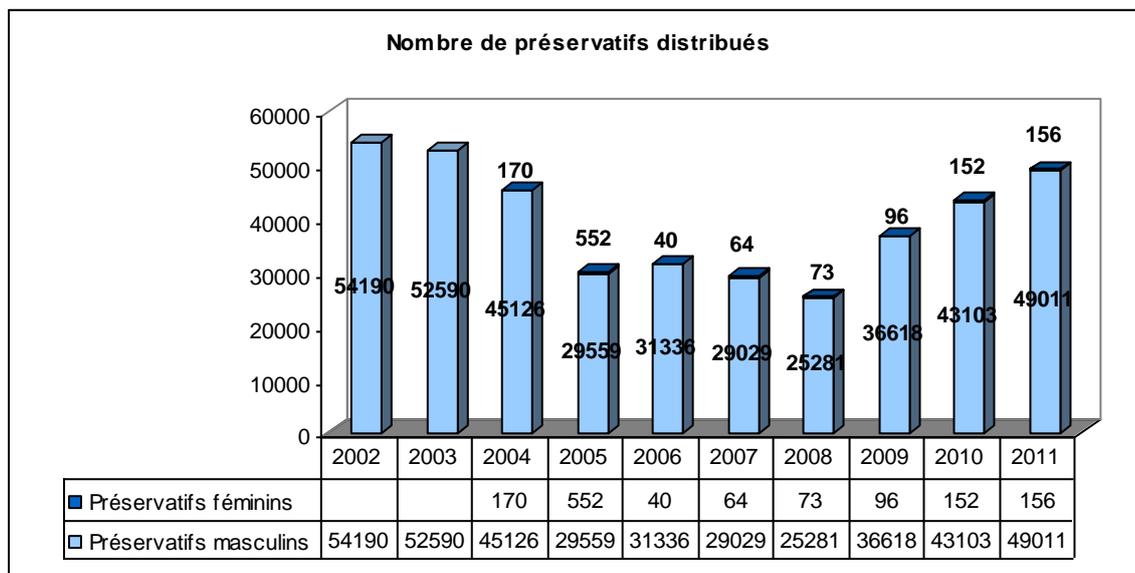
Les besoins exprimés sont d'ordre juridique et médical dans les mêmes proportions et, dans une moindre mesure, d'ordre social. En matière de santé, les demandes en grande majorité abordent la question du dépistage et les problèmes gynécologiques. Près de 80% des préoccupations juridiques concernent la législation sur la prostitution

## PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

(arrestations pour racolage, convocation au tribunal, rappel à la loi, ...), 20% les violences et 16% la régularisation (les personnes ont parfois plusieurs préoccupations juridiques, ce qui explique le taux supérieur à 100%). 56% des questions d'ordre social sont relatives à une aide administrative (traduction de document, explication de courriers reçus, explication du trajet pour aller à un rendez-vous, aide au remplissage de formulaires type pôle emploi, caisse primaire d'assurance maladie, aide à l'actualisation pour les organismes comme pôle emploi et de la Caisse d'Allocations Familiales, aide à la recherche d'hébergement, aide à la prise de rendez-vous, lien avec d'autres acteurs et orientation vers des associations, ou vers un autre professionnel comme une assistante sociale de secteur, etc.). Enfin, 35% des sollicitations se rapportent à la couverture maladie (ouverture de droits, renouvellement de droits CMU et ou AME, explication des pièces à fournir pour constituer le dossier, orientation vers un médecin traitant, explication du système de soin en France et des procédures de remboursement sans avance de frais).

La plupart des orientations effectuées dans l'unité mobile renvoient vers le lieu fixe de MdM afin de prendre le temps d'expliquer individuellement aux personnes leurs droits, les démarches, le fonctionnement du système de soins, ... Lorsque cela est possible et/ou nécessaire, un rendez-vous est pris au sein d'une structure de droit commun ou auprès d'un interlocuteur spécialisé (avocat, autre association, ...).

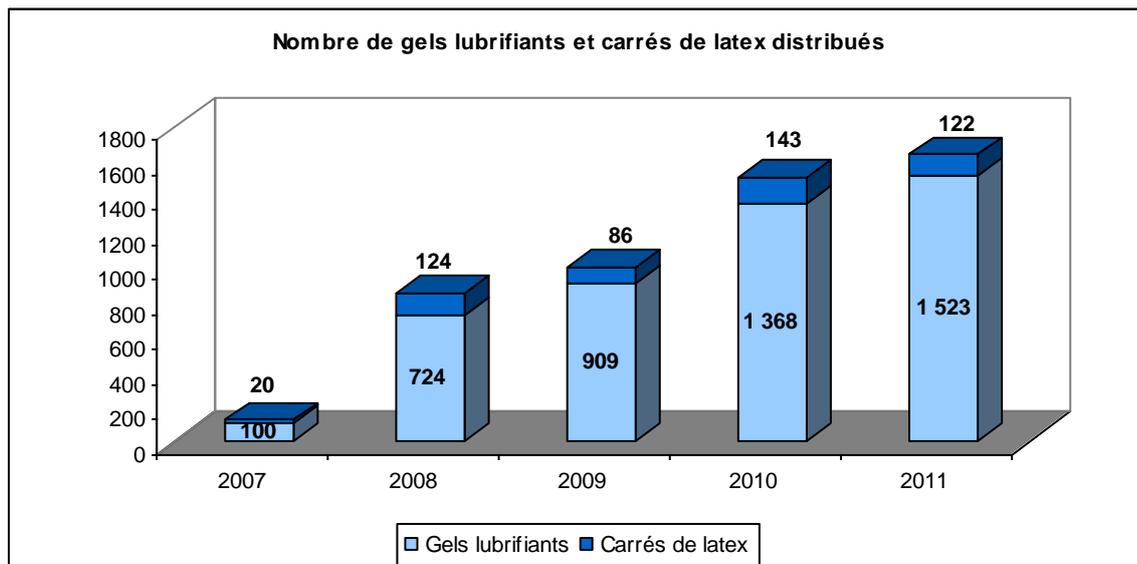
### Matériel distribué lors des tournées :



La quantité de matériel de réduction des risques est en hausse, en toute logique avec l'augmentation de la file active. Le préservatif féminin ne connaît pas un grand succès et est surtout utilisé dans la vie privée car estimé peu pratique pour le travail de rue. Seul le carré de latex est en baisse, très peu de personnes y adhérant. Il constitue essentiellement un outil pour échanger autour des pratiques sexuelles et des risques de transmission d'infection.

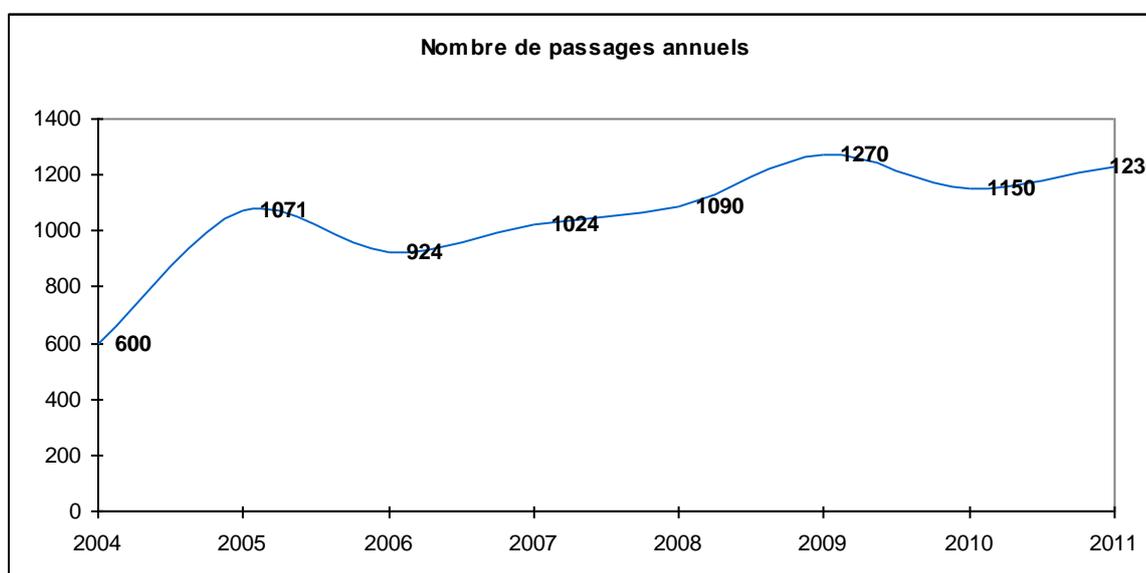
Les démonstrations du matériel de réduction des risques se font toujours par les personnes elles-mêmes qui s'entraident et se donnent des « trucs et astuces » pour améliorer leur confort et leur sécurité.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS



### 3. Activités réalisées le jour au lieu fixe

1 230 contacts ont eu lieu au cours de 221 permanences. Il est fort probable que le nombre de contacts soit sous estimé, car tous les passages des personnes qui viennent chercher du matériel de réduction des risques notamment ou avec une problématique rapide ne sont pas toujours bien notés.



Contrairement aux demandes exprimées la nuit, celles du jour le sont majoritairement autour de problématiques sociales, puis juridiques et enfin médicales. Certains sujets sont davantage abordés au local que dans l'unité mobile, car ils sont plus personnels et confidentiels. C'est le cas notamment des questions relatives au séjour, le processus de la demande d'asile, les régularisations pour raisons médicales ou exploitation. Toutes les demandes de mise en sécurité suite à l'arrêt de la prostitution émergent au local, là encore pour des questions évidentes de confidentialité.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

Les besoins d'ordre médicaux sont exprimés sur la contraception, le suivi et les tests de grossesse, le suivi gynécologique et la souffrance psychique. Viennent ensuite les discussions sur le VIH / sida / IST, l'hygiène, l'anatomie et la tuberculose.

La principale demande d'ordre social repose sur la couverture maladie : information, présentation, étude des droits potentiels, ouverture des droits, constitution des dossiers, suivi de l'instruction, explication du système de soins et des interlocuteurs.

Les personnes viennent également au lieu fixe pour être aidées dans toutes leurs démarches de la vie quotidienne : paiement de factures, allocations diverses, domiciliation, ouverture de compte bancaire, inscription à pôle emploi. Les questions relatives à l'hébergement et à la recherche de travail se posent dans les mêmes proportions.

Il est parfois demandé ou proposé qu'un accompagnement physique ait lieu. 74 ont été réalisés cette année.

Les accompagnements permettent :

- De créer du lien avec la personne et avec le professionnel
- D'améliorer l'accès aux soins rendu difficile (localisation du lieu, langue...)
- D'explicitier et répéter les informations données par le professionnel rencontré. De même, lorsque l'accompagnement est réalisé par une des salariées, la personne peut évoquer sa situation sans avoir à la répéter à un autre interlocuteur, ce qui permet d'augmenter la confiance et la qualité du suivi.
- D'assurer un suivi global. Le professionnel va apporter une réponse efficace à une difficulté précise mais qui peut rester partielle dans la situation globale de la personne, celle-ci n'étant pas forcément évoquée avec le professionnel.

## Difficultés d'orientation

Les demandes exprimées le jour étant majoritairement axées autour de problématiques sociales, un relais vers les centres médico-sociaux devrait être incontournable. Néanmoins, les difficultés d'orientation sont réelles.

La situation au regard du séjour fait une réelle différence. Si en théorie toutes les personnes devraient pouvoir être orientées dans les CMS, de fait, les personnes en situation irrégulière sont rarement acceptées. La langue constitue aussi un obstacle. La majorité du public s'exprime en roumain ou en anglais et certaines personnes ne savent ni lire, ni écrire.

Une autre difficulté réside dans le fait de devoir prendre rendez-vous avec l'assistante sociale, ce qui nécessite d'anticiper, de planifier, de mesurer le degré d'urgence des démarches à effectuer ou de répondre aux courriers reçus. Or, la gestion du temps est particulière, et certaines personnes ont des difficultés à ne pas fonctionner autrement que dans l'urgence, ce qui pose moins de difficultés au local qui fonctionne sur un accueil inconditionnel. La transition est donc parfois difficile entre les modalités d'accueil proposées au local (disponibilité, non jugement, ...) et les structures de droit commun où certains acteurs sont débordés, donc moins disponibles et bien souvent soumis à plus de contraintes structurelles.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

Par ailleurs, les cours de Français (FLE) existent à Nantes mais ceux ouverts aux demandeurs d'asile (4 fois/semaine) ont tous lieu le matin, or les personnes travaillent le plus souvent la nuit. Les autres associations proposent souvent 1 cours par semaine, donc un apprentissage plus lent avec un nombre très important de participants.

## Matériel distribué au lieu fixe :

Comme dit précédemment, les chiffres ci-après sont sous estimés car les passages de personnes venant uniquement au local pour prendre du matériel de réduction des risques ne sont pas toujours bien notés sur le recueil de données. Cela sera amélioré avec le recueil de données de 2012.

6 604 préservatifs masculins ont été distribués, 7 féminins, 269 gels et 61 carrés de latex.

Ces chiffres ajoutés à ceux de la nuit précisent la totalité du matériel distribué par l'équipe en 2011.

- 55 615 préservatifs masculins et 163 préservatifs féminins
- 1 792 gels en tube et 183 carrés de latex.

## 4. Activités et réflexion sur l'indoor

Après avoir travaillé plus de 3 ans sur l'action indoor, l'équipe reste convaincue qu'il y a nécessité à mieux connaître et explorer les besoins éventuels des personnes travaillant en indoor. L'équipe se concentre sur les besoins en matière de santé et compte monter une action avec une travailleuse paire en 2012 dans les bars à hôtesses.

En attendant de finaliser le recrutement de la personne, l'équipe participe aux travaux inter associatifs sur le sujet, initiés notamment par Grisélidis à Toulouse et Autres Regards à Marseille. Des groupes de travail où des échanges informels ont ainsi eu lieu en 2011 pour essayer de construire des outils communs, réfléchir à des méthodologies pertinentes et adaptées au contexte. D'autre part, deux entretiens ont été réalisés avec des personnes travaillant dans des bars à hôtesse afin de confronter avec elles, le projet de mettre en place une action.

Même si les personnes reconnaissent que des besoins existent, elles nous ont nommé un certain nombre de freins qui pourraient rendre notre action difficile. Les obstacles portent sur l'accès aux personnes travaillant dans les bars la nuit, la nature illicite de l'activité, le risque de non adhésion des propriétaires du bar, etc...

## Programme 2012-2017

### 1. Introduction

Pendant près de 6 mois, l'équipe a procédé à une démarche d'auto évaluation du programme. Les discussions ont permis à la fois de revenir sur ce qui avait été réalisé par la mission, ses forces, ses faiblesses et de construire la

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

dynamique pour les 5 prochaines années. Au cours de ces échanges, l'équipe a pu évaluer qu'indéniablement, les actions réalisées contribuent bien à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes se prostituant, la question des droits étant considérée de façon large, ne se limitant pas aux seuls droits à la couverture maladie. L'équipe, non jugeante, bienveillante et de confiance, à travers ses actions, et notamment la mise en place d'un lieu ressource, a pu créer une passerelle avec le droit commun. Le public trouve en MdM un « partenaire » fondamental pour répondre à ses besoins d'ordre médical, social et juridique. En ayant un lieu ressource pour exprimer toute demande dans un contexte sécurisant, l'équipe répond aux demandes et attentes de la population cible. L'équipe est toutefois vigilante à ne pas favoriser un « contrôle social » et c'est pour cette raison qu'elle souhaite renforcer ses actions auprès des interlocuteurs du droit commun.

Au cours de ce travail d'autoévaluation, l'équipe a souhaité associer les personnes et de nombreux échanges ont eu lieu de façon collective dans le bus et individuellement au local. Toutes les personnes expriment une grande satisfaction du programme car elles savent qu'elles peuvent exposer toutes leurs problématiques même si elles ont conscience que certaines ne sont pas réglées par MdM, les questions de logement notamment. La principale demande, plus ou moins exprimée telle quelle, est bien la possibilité d'avoir un lieu ressource avec des interlocuteurs non jugeants.

Les principaux besoins ainsi identifiés sont les suivants :

- **Besoins médicaux** : orientations, aide à la prise de rendez-vous, accompagnements, informations sur les IST, discussions sur les risques liés aux pratiques sexuelles, informations sur l'anatomie, la physiologie, les cycles menstruels, la grossesse, la contraception, la vaccination ;
- **Besoins sociaux** : insertion professionnelle, recherche d'un autre travail, formation, hébergement, informatique (pour démarches, mails, ...), traduction de documents, aide à la vie quotidienne (factures EDF, compréhension des différentes instances, ...) ;
- **Besoins psychologiques** : réassurance (suite à une violence, annonce de séropositivité au VIH, ...), estime de soi (stigmatisé lié à la prostitution, maintien d'une estime de soi positive, reconnaissance de leur vie hors activité prostitutionnelle), écoute (sur le pays d'origine, la famille, ...), soutien psychologique, besoin de diagnostic et d'orientation ;
- **Besoin d'un lieu « ressource »**, de personnes « bienveillantes » : besoin de se poser, d'un lieu pour échanger, d'être accompagnée dans des démarches médico psycho sociales, besoin d'empathie, besoin d'accompagnement sur le long terme, besoin de confidentialité, non jugement, de personnes à qui elles peuvent témoigner de ce qu'elles vivent, besoin de non intrusion, d'intérêt manifesté à leur égard, besoin d'un lien avec la société française ;
- **Besoins juridiques** : accompagnement des dossiers de régularisation pour soins, de demande d'asile, des dépôts de plainte (violences, proxénétisme, ...), rappel à la loi ;
- **Besoins liés au droit** : administratif (couverture maladie, droit au séjour, ATA, ...) et pour le cadre législatif sur la prostitution ;
- **Besoins financiers** : accès libre et gratuit au matériel de rdr, tests de grossesse, nourriture,
- **Besoins liés à la sécurité** : personnelle, liée à une exploitation, des situations de violences, médiation (entre elles, avec le voisinage, ...)

➔ **Besoin d'une structure polyvalente avec un seuil d'accessibilité facilité**

## 2. Objectifs, résultats, activités et indicateurs

## PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

|                                                                                                                                                    | Logique d'intervention                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Activités                                                                                                                                                                                                                                             | Indicateurs objectivement vérifiables<br>(en gras indicateurs de résultats) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                    | Sous-résultats                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |
| <b>Objectif général</b>                                                                                                                            | Améliorer la santé et les droits des personnes proposant des services sexuels tarifés en outdoor et indoor sur l'agglomération nantaise en promouvant notamment une politique de réduction des risques                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |
| <b>Objectif spécifique</b>                                                                                                                         | Renforcer le contrôle sur leur santé et leur droits des personnes proposant des services sexuels tarifés en outdoor et indoor sur l'agglomération nantaise, sur une période de 5 ans                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |
| <b>Résultats attendus</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |
| <b>R1 : Les capacités des personnes sont renforcées en matière de santé</b><br><br><i>Axe charte Ottawa : Acquérir des aptitudes individuelles</i> | Les connaissances des personnes en matière de VIH/IST/Hépatites leur permettent de s'approprier une stratégie personnelle de prévention : les personnes connaissent l'existence des IST, du VIH et des hépatites, leurs modes de transmission, de prévention et de dépistage | Réaliser des tournées sur les lieux de prostitution outdoor et indoor<br>Mener des entretiens de prévention sur les sites et au local<br>Organiser des tournées avec des partenaires tels que le CDAG, l'UGOMPS (IST), ...<br>Réaliser des enquêtes flash sur ces thèmes                                                                  | Nombre de personnes ayant eu le 1er entretien ou l'entretien thématique sur les IST, le VIH et les hépatites<br>Comparaison des connaissances relevées au 1er échange et 1 an après pour les personnes toujours suivies par la mission                |                                                                             |
|                                                                                                                                                    | Les attitudes et connaissances liées au matériel de réduction des risques sont acquises (utilisation, prophylaxie d'urgence en cas de rupture de préservatifs ou de refus d'utilisation par le client)                                                                       | Faire des démonstrations (par les personnes et/ou l'équipe)<br>Organiser des focus groupes ds le bus<br>Organiser des ateliers / animations en journées<br>Réaliser des orientations et accompagnements vers les urgences et/ou CISIH                                                                                                     | Nombre de démonstrations de matériel RdR effectuées dans le bus et au local<br>Nombre d'orientation et d'accompagnement pour une prophylaxie d'urgence                                                                                                |                                                                             |
|                                                                                                                                                    | Les personnes sont informées des possibilités de suivi gynécologique, des différents modes de contraception, de l'IVG.                                                                                                                                                       | Réaliser des entretiens thématiques à l'aide d'outils et de différents supports<br>Créer des outils et construire des animations thématiques<br>Orienter et accompagner vers le CPEF pour les frottis et IVG<br>Organiser une tournée/an avec le CPEF sur ces sujets                                                                      | Nombre de personnes ayant suivi les ateliers sur la contraception et le suivi gynécologique<br>Nombre de personnes rencontrées lors des tournées thématiques<br>Nombre de personnes ayant un suivi gynécologique dans les dispositifs de droit commun |                                                                             |
|                                                                                                                                                    | Les personnes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination hépatite B, DT polio et rubéole et au dépistage de la tuberculose                                                                                                                                          | Organiser un entretien post dépistage sur la question des vaccinations<br>Orienter et accompagner vers le centre de vaccination<br>Organiser une tournée avec le CLAT et une tournée avec le centre de vaccination                                                                                                                        | Nombre d'entretiens sur cette thématique dans le bus et dans le local<br>Nombre d'orientation vers le CLAT<br>% de personnes de la file active vaccinées (VHB, DT polio, rubéole)                                                                     |                                                                             |
|                                                                                                                                                    | Les connaissances et habiletés des femmes leur permettent d'utiliser leurs droits à la couverture maladie : connaissance du système de soins, droits ouverts, effectivité du suivi par le médecin traitant                                                                   | Réaliser un entretien sur les droits à la couverture maladie<br>Aider à remplir le dossier pour l'ouverture et le renouvellement si besoin des droits à la couverture maladie<br>Créer et utiliser un outil pour expliquer le système de soins<br>Orienter et accompagner vers les dispositifs de droits communs et les médecins de ville | % de personnes de la file active ayant un médecin traitant<br>% des personnes ayant une couverture maladie<br>% de personnes autonomes dans leurs démarches                                                                                           |                                                                             |
|                                                                                                                                                    | Les connaissances et habiletés des femmes                                                                                                                                                                                                                                    | Organiser un atelier collectif sur "que faire en cas d'agression"<br>Accompagner vers le dépôt de plainte                                                                                                                                                                                                                                 | Nombre de personnes ayant suivi l'atelier "que faire en cas d'agressions"                                                                                                                                                                             |                                                                             |

## PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>R2 : Les facteurs influents sur la santé globale sont pris en considération</b></p> <p><i>Axe charte Ottawa : Créer des milieux favorables</i></p> | <p>Le droit au séjour est soutenu/accompagné (régul pr soins, teh, demande d'asile, ...)</p>                                                                                                        | <p>Expliquer la demande d'asile et apporter des conseils techniques et stratégiques sur la demande d'asile</p> <p>Constituer les demandes de régularisation pour soins et pour traite</p> <p>Orienter vers Aïda les primo arrivants et la Cimade</p> <p>Organiser un atelier sur le droit des étrangers</p> <p>Informers sur la traite des êtres humains</p> | <p>Nombre d'entretiens concernant le droit au séjour</p> <p>Nombre de personnes ayant participé à l'atelier juridique</p> <p>Nombre de dossiers de régularisations pour soins effectués</p> <p>Nombre de dossiers de régularisations pour TEH effectués</p> |
|                                                                                                                                                          | <p>Les personnes connaissent la législation de la prostitution (prox, prox de soutien, racolage, ...)</p>                                                                                           | <p>Informers sur le cadre légal de la prostitution</p> <p>Organiser des ateliers (droits en garde à vue, avec le STRASS)</p> <p>Organiser des temps de partage et d'expériences entre les personnes se prostituant sur les rappels à la loi et les gardes à vue</p> <p>Initier des focus groups dans le bus sur ces sujets</p>                               | <p>Nombre de personnes ayant assisté à une réunion sur la législation avec un avocat</p> <p>Nombre d'entretiens sur le sujet au local et dans le bus</p>                                                                                                    |
|                                                                                                                                                          | <p>Le repérage, le fonctionnement et la compréhension des acteurs incontournables de la vie quotidienne (ouverture de compte en banque, domiciliation, traduction des courriers) sont facilités</p> | <p>Orienter et accompagner vers les banques, les domiciliations</p> <p>Traduire et expliquer les différents courriers reçus et accompagner les démarches nécessaires le cas échéant</p> <p>Orienter vers les assistants sociaux de secteurs quand cela est possible</p>                                                                                      | <p>Nombre d'accompagnements réalisés pour les démarches de la vie quotidienne</p>                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                          | <p>Les droits potentiels sont vérifiés (ATA, CAF, RSA ...)</p>                                                                                                                                      | <p>Faire le point sur les droits potentiels dans le bus ou au local</p> <p>Informers sur l'existence de droits</p> <p>Orienter et accompagner vers les structures concernées</p> <p>Orienter vers les assistants sociaux de secteurs quand cela est possible</p>                                                                                             | <p>Nombre d'orientations, voire accompagnement le cas échéant, vers les structures attribuant les différentes allocations</p>                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                          | <p>L'apprentissage de la langue française est favorisé dans une perspective d'autonomie</p>                                                                                                         | <p>Orienter vers les structures concernées préalablement identifiées et rencontrées</p> <p>Echanger sur les capacités de la personne à la mise en pratique de cet apprentissage</p> <p>Valoriser les acquis lors d'entretien et d'acquisition d'autonomie dans les démarches</p>                                                                             | <p>Nombre d'orientations et prise de rendez vous vers les structures adéquates</p>                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          | <p>Les démarches à suivre pour une recherche d'emploi ou une formation sont facilitées</p>                                                                                                          | <p>Informers sur l'accès au travail possible</p> <p>Organiser un atelier sur le droit du travail pour les ressortissants communautaires avec la cimade</p> <p>Orienter vers les structures institutionnelles concernées</p>                                                                                                                                  | <p>1 atelier est organisé avec la Cimade</p> <p>Nombre d'entretiens sur les questions d'emploi</p> <p>Nombre d'entretien sur les questions de formation</p> <p>Nombre d'orientation et d'accompagnement</p>                                                 |
|                                                                                                                                                          | <p>Le dispositif d'hébergement de droit commun est connu des personnes en demande.</p>                                                                                                              | <p>Informers sur les dispositifs d'hébergements locaux</p> <p>Orienter et accompagner vers les appartements de coordination thérapeutique ou les familles relais si besoin</p> <p>Orienter et accompagner vers dispositif national AcSé</p> <p>Orienter vers les assistants sociaux de secteurs quand cela est possible</p>                                  | <p>Nombre d'orientation et d'accompagnement vers des ACT</p> <p>Nombre de prises de contact et d'orientation avec AcSé</p> <p>Nombre de dossiers SIAO remplis</p>                                                                                           |

## PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>R3 : Une prise en charge adaptée dans les services de prévention et de soins est organisée avec les acteurs médico sociaux et avec les personnes se prostituant.</b><br><br><i>Axe charte Ottawa : Réorienter les services de santé</i> | Les acteurs médicaux comprennent la réalité des situations que vivent les personnes se prostituant et adaptent leur prise en charge                                         | Organiser des journées de sensibilisation auprès des acteurs médicaux sur les problématiques rencontrées par les personnes se prostituant<br>Sensibiliser les acteurs médicaux lors des accompagnements              | Nombre d'accompagnements réalisés pendant lesquels un échange avec le professionnel de santé a eu lieu<br>Nombre de sessions de sensibilisation réalisées avec les professionnels de santé                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Les acteurs sociaux et juridiques comprennent la réalité des situations que vivent les personnes se prostituant et adaptent leur prise en charge                            | Organiser des journées de sensibilisation auprès des acteurs sociaux et juridiques sur les problématiques rencontrées par les personnes se prostituant<br>Sensibiliser les acteurs médicaux lors des accompagnements | Nombre d'accompagnements réalisés pendant lesquels un échange avec le professionnel du social ou du juridique a eu lieu<br>Nombre de sessions de sensibilisation réalisées avec les professionnels du social ou du juridique |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Les étudiants infirmiers et éducateurs spécialisés sont sensibilisés pour leur future pratique                                                                              | Réaliser des sessions de sensibilisation à l'IFSI et classerie                                                                                                                                                       | 2 sessions de formations sont réalisés auprès des étudiants                                                                                                                                                                  |
| <b>R4 : Une approche de santé publique est défendue face aux approches sécuritaires et idéologiques</b><br><br><i>Axe charte Ottawa : Elaborer une politique publique saine</i>                                                            | Les difficultés rencontrées par les personnes sont recueillies et analysées au regard du contexte politique.                                                                | Recueillir et diffuser des témoignages sur les difficultés rencontrées par les personnes                                                                                                                             | Nombre de témoignages recueillis sur ce sujet                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Le grand public est sensibilisé via des actions de communication sur l'approche de santé publique défendue par MdM                                                          | Rencontrer des journalistes et réaliser des entretiens avec des personnes se prostituant, volontaires pour communiquer aux médias                                                                                    | 1 rencontre entre les journalistes et les personnes se prostituant est organisée<br>Nombre d'articles dans la presse<br>Nombre d'actions réalisées auprès du grand public                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Un plaidoyer local est mis en place pour contribuer au plaidoyer national et améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes                                        | Construire une stratégie de plaidoyer<br>Rencontrer des élus locaux pour dénoncer les conséquences de la LSI sur la santé des personnes                                                                              | Nombre de rencontres avec des personnes politiques pertinentes pour le plaidoyer                                                                                                                                             |
| <b>R5 : L'auto support des personnes se prostituant est favorisé</b><br><br><i>Axe charte Ottawa : Renforcer l'action communautaire</i>                                                                                                    | Des supports d'information et des expositions au local et dans le bus favorisent la discussion et le partage d'expériences de façon spontanée entre les personnes présentes | Créer des animations thématiques dans le local et dans le bus                                                                                                                                                        | Nombre d'animations collectives organisées                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                            | La mission appuie son plaidoyer sur la participation de la communauté.                                                                                                      | Créer des rencontres entre les personnes qui se prostituent et des acteurs politiques et/ou institutionnelles quand cela est possible                                                                                | Nombre de personnes impliquées dans le plaidoyer de MdM<br>Nombre de personnes ayant participé à des rencontres avec des journalistes                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Le partage d'expériences, de connaissances, de compétences est organisé pour favoriser une entraide entre les personnes se prostituant                                      | Organiser des tournées avec des psp pour transmettre des "trucs et astuces"<br>Favoriser les échanges entre les personnes lors de focus groups spontanés au bus et au local                                          | Nombre de tournées avec des psp en tant qu'actrices organisées<br>Nombre de temps collectifs organisés                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Les personnes se prostituant sont mobilisés dans la réalisation d'outils (affiches, supports divers, ...)                                                                   | Créer des outils de réduction des risques avec les personnes se prostituant                                                                                                                                          | Nombre de réunions pour réaliser l'outil<br>Nombre de personnes se prostituant ayant participé à l'élaboration des outils<br>Nombre d'outils réalisés                                                                        |
| <i>Tous les résultats visent à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes se prostituant.</i>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |

## Plaidoyer

### 1. Introduction

L'année 2011 a été particulièrement inquiétante pour le système de santé que promeut Médecins du Monde. La santé devient un produit de luxe, la solidarité disparaît peu à peu et le droit aux soins des étrangers pauvres est remis en cause, avec le paiement d'un droit d'entrée annuel de 30 euros, mesure prise contrairement aux recommandations du rapport rendu en 2010 par l'IGAS et l'IGF<sup>14</sup>. L'accès à l'assurance maladie et à des soins de qualité pour tous est fragilisé, les politiques de prévention sont mises à mal et les politiques publiques sont à reconstruire pour protéger les personnes : migration, logement, santé mentale et précarité, réductions des risques. De même, les politiques répressives menées ont un impact non négligeable sur la santé des personnes les plus précaires. Leur vie est parfois mise en danger et elles souffrent d'une stigmatisation accrue. Ce sont les principes de santé publique et les droits fondamentaux de tout individu qui sont ici bafoués. Les usagers de drogues, squatteurs, sans-papier ou personnes se prostituant sont stigmatisés au même titre que les Roms et autres migrants, véritables boucs émissaires de l'action publique. La criminalisation de ces populations a un effet immédiat sur leur état de santé et le suivi de leur prise en charge par les équipes. Les décisions politiques, aujourd'hui adoptées, le sont pour répondre à des enjeux sécuritaires et non sanitaires ; la preuve en est du mépris fait aux conclusions des experts en santé publique sur des sujets tels que l'aide médicale d'Etat, le droit au séjour des étrangers malades, la réduction des risques (IGAS/IGF, INSERM, Conseil National du Sida, Société française de Santé publique etc.). Ces politiques orientées sur la répression mettent donc en lumière une tension entre des enjeux de politique sécuritaire et des enjeux de santé publique dont certains relèvent de l'urgence. Les personnes proposant des services sexuels tarifés ne sont pas épargnées par ce contexte.

### 2. Un rapport parlementaire et une résolution de loi

En avril 2011, une mission parlementaire a rendu un rapport d'information<sup>15</sup> sur la prostitution en France. Les auteurs, dans leur préambule ont rappelé les points suivants :

- La prostitution doit être considérée comme une violence, en majorité subie par des femmes et aux conséquences souvent considérables
- La perspective des politiques publiques ne peut être que celle d'un monde sans prostitution (...) mais ne doit pas causer un tort aux personnes prostituées qui sont des sujets de droits
- Il est nécessaire de s'intéresser aux clients : acteur central de la prostitution afin de lui faire prendre conscience des conséquences de ses actes et en parallèle d'accompagner les personnes prostituées qui le demandent

---

<sup>14</sup> IGAS : Inspection Générale des Affaires sociales ; IGF : Inspection Générale des Finances

<sup>15</sup> Rapport d'information n°3334 déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prostitution en France, et présenté par M. Guy Geoffroy, Député.

# PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

dans l'exercice de leur droit et si elles le souhaitent vers la sortie de la prostitution : politiques sociales ambitieuses pour permettre le véritable choix.

Dès la sortie de ce rapport, de nombreuses associations se sont indignées de certaines propositions et d'autres ont nourri la réflexion sur la possible et nécessaire disparition de la prostitution. En outre, le 29 novembre 2011, l'Amicale du Nid, La Fondation Scelles et le Mouvement du Nid organisaient à l'Assemblée Nationale une grande réunion des « abolitionnistes du système prostitueur », un colloque sur les politiques publiques en matière de prostitution, avec un appel « Abolition 2012 ».

Puis, le 6 décembre 2011, les députés français votaient une résolution confirmant officiellement le positionnement abolitionniste de la France et suivait le dépôt d'une proposition de loi visant à pénaliser les clients.

### 3. Vive inquiétude des équipes de Médecins du Monde

Ce contexte politique inquiète les équipes de terrain de Médecins du Monde car loin de protéger les personnes, ces nouvelles dispositions accroissent leur vulnérabilité. La discrimination à l'égard des personnes proposant des échanges sexuels tarifés ne cesse d'augmenter. Elles sont considérées lorsqu'elles reconnaissent être victimes et méprisées quand elles parlent de choix et ne font pas état de souffrance au regard de cette activité. La pénalisation des clients aggravera les méfaits de la Loi de Sécurité Intérieure et entraînera de nouvelles conséquences néfastes que nous pouvons prévoir dès aujourd'hui :

- La population deviendra inaccessible : en s'enfonçant dans les sous bois, en allant au domicile des clients ou en exerçant dans des appartements ou caves cachés
- La pression sur les clients risque d'entraîner l'acceptation de pratiques à hauts risques : diminution du temps de négociation avec le client, acceptation de sexe sans préservatif et de pratiques auparavant refusées. Les clients risquent de ne plus payer, prétendant avoir eu une relation sexuelle non tarifée
- La diminution de la visibilité réduira les moyens de la police pour lutter contre la traite
- Tout comme pour la LSI, nous verrons probablement le nombre de personnes se prostituant diminuer pour remonter ensuite : les plus précaires n'auront pas d'autre choix que de réinvestir la rue
- Seuls les échanges tarifés de services sexuels visibles seront pourchassés par les forces de police, permettant ainsi à l'hypocrisie de la loi de triompher en ne visant que les migrants les plus précaires

### 4. Propositions de Médecins du Monde

MdM demande **l'abrogation des lois qui pénalisent spécifiquement les personnes qui offrent des services sexuels tarifés en raison de leur activité**. Les criminaliser, que ça soit par la pénalisation du racolage ou la pénalisation du proxénétisme de soutien, stigmatise, entrave l'accès aux soins, aux droits, et va à l'encontre d'une politique de réduction des risques.

MdM dénonce toutes violences sexuelles, étatiques, économiques, physiques et morales à l'égard des personnes offrant des services sexuels tarifés. Au lieu de pénaliser les personnes au nom de la tranquillité publique, les politiques

## PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

---

publiques doivent viser à assurer la sécurité physique et morale des personnes se prostituant. Leur **accès aux droits doit être garanti** et elles doivent bénéficier d'une prise-en-charge sans subir de discrimination en raison de leur activité. Il est inacceptable que les violences à l'égard des personnes se prostituant soient banalisées, minimisées ou ignorées en raison de leur activité. Le contexte juridique actuel et la stigmatisation ambiante majorent les risques de violence pour les personnes se prostituant.

MdM reconnaît que certaines personnes sont victimes de trafic et d'exploitation. Ces personnes doivent pouvoir **bénéficier d'une aide et d'une protection appropriée**. Des moyens suffisants doivent être dévoués à l'application des lois pénalisant l'exploitation et la traite des êtres humains pour protéger les victimes et condamner les auteurs.

MdM ne considère pas les personnes se prostituant comme des victimes à priori. Au contraire, elles sont de véritables actrices de la prévention des infections sexuellement transmissibles. **Leur voix doit être entendue et prise-en-compte dans la définition des politiques publiques locales et nationales les concernant.**

MdM est contre la pénalisation des clients de la prostitution. Criminaliser les clients revient à pénaliser les personnes se prostituant elles-mêmes en rendant la prostitution plus clandestine, dangereuse et précaire.

MdM dénonce l'instrumentalisation politique de la prostitution pour asseoir la lutte contre l'immigration clandestine. En renforçant sciemment la confusion systématique entre traite des êtres humains et prostitution, la politique sécuritaire actuelle porte atteinte non seulement aux intérêts des véritables victimes de la traite mais stigmatise l'ensemble des personnes se prostituant.

- Abrogation de l'article 50 de la Loi de Sécurité Intérieure
- Rejet du projet de résolution visant à pénaliser les clients
- Financement des postes de travailleurs pairs par les pouvoirs publics
- Abrogation des lois pénalisant spécifiquement les personnes proposant des services sexuels tarifés en raison de leur activité (vie privée et familiale)

## Conclusion

En 2011, l'équipe a particulièrement été affectée par les pratiques d'institutions cherchant à complexifier des démarches administratives pourtant déjà ardues. La demande de régularisation pour raisons médicales, l'obtention des droits à une couverture maladie deviennent parfois des parcours de combattant de par la constitution des dossiers pour lesquels des pièces sont demandées de façon erronée au regard des lois. Sans l'aide d'associations telles que Médecins du Monde, les personnes risquent de ne pouvoir accéder à leurs droits.

Par ailleurs les taxes demandées depuis janvier 2012 pour toute demande de régularisation constituent un frein sans précédent à la reconnaissance des droits des personnes. A titre d'exemple, une personne régularisée au titre de l'article L 316-1 du CESEDA pour des faits de proxénétisme ou de traite doit désormais s'acquitter d'une somme de 708 euros.

En 2012, Médecins du Monde souhaite réaffirmer les principes généraux de la réduction des risques, militer pour l'intégration des personnes concernées dans le pilotage des politiques publiques et replacer l'expertise de santé publique au cœur des politiques souvent influencées par des idéologies moralistes.

# ADOPTION

---

## 7. Adoption

ANTENNE ADOPTION de NANTES

**RESPONSABLE ou CO-RESPONSABLES de l'ANTENNE :** Maryvonne ROUSSEAU

Coordonnées : **33 rue Fouré, 44000 NANTES**

Tél : **02 40 47 36 99**

E-Mail : **mdm.adoption44@free.fr**

Dans les locaux de la délégation de Mdm. : **idem**

**DEPARTEMENTS COUVERTS PAR L'ANTENNE : 44 ; 85**

### RESSOURCES HUMAINES :

NOMBRE de PERSONNES en 2011: **10**

PROFILS de FORMATION et Nombre :

Médecins et pédopsychiatres : 1

Paramédicaux : 1

Psychologues : 4

Assistants sociaux et Professionnels de l'enfance : 2

Enseignants : 2

Juristes :

Administratifs :

Autres :

NOMBRE de personnes qui assurent des SUIVIS post-adoption : **8**

NOMBRE de personnes qui assurent des ENTRETIENS D'EVALUATION : **10**

### **COURRIER :**

PREMIER FILTRE (courrier, tél) : Qui le fait ? : tous les bénévoles présents

Mode de comptabilisation des candidatures : Lettre de réponse systématique ? : **oui**

# ADOPTION

---

Cahier du Courrier (tampon dateur d'arrivée) ou tableau Excel : **datage à l'arrivée courrier, puis enregistrement excel sous Lotus**

## FONCTIONNEMENT HABITUEL :

- JOUR(S) de PERMANENCE : **MARDI**
  
- PREPARATION des DOSSIERS de CANDIDATURE : (Agrément-Notice-Comptes rendus ASE )  
**Ouverture et enregistrement des dossiers reçus par les présents**
- LECTURE des candidatures, Quand ? :  
**Le mardi par toujours 2 des personnes présentes**
  
- Rythme des REUNIONS de DISCUSSION des candidatures de L'EQUIPE :  
tous les 15 jours                    toutes les 3 semaines .....
- Autre : **chaque semaine, analyse des dossiers lus et acceptation/refus**  
**1/mois, réunion de toute l'équipe pour information et répartition des dossiers**

## ENTRETIEN (S) D'EVALUATION :

**A quel moment ?** : selon disponibilités famille et équipe

Avec qui ? (nombre de personnes) : **2, dont un psychologue**

Compte rendu : Qui le fait et le tape ? : **le binôme**

## **REUNIONS SPECIFIQUES organisées par l'antenne :**

- **REUNION DE PREPARATION à la PARENTALITE ?**
  - **1**
  
- **REUNION annuelle de Parents et enfants ? :**
  - **1 (pique nique)**

## **CONTRIBUTION à des REUNIONS ou MANIFESTATIONS EXTERIEURES REGIONALES :**

REUNIONS avec Conseil Général :

**Participation à des réunions de sensibilisation/information à l'adoption d'enfants grands et fratrie**

Autres :

**Réunion information/sensibilisation pour enfants à particularités médicales**

**Partenariat systématique avec AGSA (association/groupe/soutien à l'adoption), EFA, Espace adoption**

# ADOPTION

---

## SUIVIS POST ADOPTION :

Comment est choisi le chargé de suivis ? :

**En fonction du lieu d'habitation de la famille et de la proximité et de la disponibilité du chargé de suivi, mais également des particularités de l'enfant**

Quand a lieu son premier contact avec la famille ? :

**Contact téléphonique dès l'arrivée de l'enfant et prise de RVS**

## **AUTRES ACTIONS de l'ANTENNE :**

Contact avec responsables ASE de Vendée.

## **SUGGESTIONS ou PROPOSITIONS de L'EQUIPE**

**Retour rapide des résultats des commissions**

**Meilleure information de l'antenne sur les raisons des refus**

**Meilleure information sur l'avancement des dossiers**

# ADOPTION

---

## ADDITIF AU BILAN NANTES

Continuité, projets et temps forts ?

EN INTERNE : continuité et stabilité de l'équipe, avec un peu de changement : moins de disponibilité pour nos jeunes psychologues et intégration du Docteur Marc Longuet pédo-psychiatre en novembre 2011.

## ACTIVITÉ

### **Le mardi :**

- permanence téléphonique
- réception, lecture et analyse des dossiers
- gestion des affaires courantes

### **Dans la semaine :**

- suivis d'enfants
- entretiens sur rendez-vous des intervenants et des familles adoptantes

**Dans le mois :** une réunion de l'équipe pour les questions d'actualité

(formations / évènements / retransmission) et répartition des dossiers pour les entretiens à venir

### **Dans l'année:**

#### Antenne:

- Une réunion d'information « Special Need » avec notre montage, animée par le Dr Dominique Lerat
- Pique-nique/rencontre avec les anciennes et nouvelles familles+enfants, qui permet échanges et questions
- Présentation de MdM auprès des familles d'EFA puis auprès du Conseil général de Vendée

#### En partenariat:

- Réunions : accueil grands et fratries, organisées par l'AGSA animées par Cécile Delannoy (plusieurs fois dans l'année)
- Temps forts : conférence avec Johanne Lemieux, organisée par l'AGSA
- Post adoption : des soirées à thèmes, avec une psychologue de l'ASE et en partenariat avec l'AGSA et EFA
- Post adoption : les groupes de paroles (AGSA)
- Colloque organisé par le Conseil Général (17/11/11) avec présence de Chr ROUVERY

En projet, et avec les nouveaux outils qui nous ont été fournis, nous organisons une réunion d'information le 27/01/12 sur les nouvelles orientations de MdM.

Une réunion sur la parentalité est en cours d'élaboration.

# CONCLUSION

---

## Conclusion générale

---

En 2011, les équipes ont été particulièrement affectées par certaines pratiques d'institutions cherchant à complexifier des démarches administratives pourtant déjà ardues. La demande de régularisation pour raisons médicales, l'obtention des droits à une couverture maladie deviennent parfois des parcours de combattant de par la constitution des dossiers pour lesquels des pièces sont demandées de façon erronée au regard des lois. Sans l'aide de structures telles que Médecins du Monde, les personnes risquent de ne pouvoir accéder à leurs droits.

Par ailleurs les taxes demandées depuis janvier 2012 pour toute demande de régularisation constituent un frein sans précédent à la reconnaissance des droits des personnes. A titre d'exemple, une personne régularisée au titre de l'article L 316-1 du CESEDA pour des faits de proxénétisme ou de traite doit désormais s'acquitter d'une somme de 708 euros.

Les équipes de Médecins du Monde rencontrent au quotidien les personnes les plus exclues trop souvent contraintes de choisir entre se soigner ou assurer d'autres besoins essentiels. Face à cette détresse sanitaire, nous demandons :

1° / De garantir un système de santé solidaire en levant les obstacles administratifs et financiers aux soins :

Mise en place d'une couverture maladie unique pour les plus précaires et suppression des 30 Euros d'accès à l'Aide Médicale Etat.

Harmonisation du seuil de pauvreté et du seuil d'accès à la CMU-complémentaire.

Permettre un accès effectif aux soins dans les PASS et lutter contre les refus de soins.

2° / Reconstruire des politiques de santé publique protectrices en mettant fin aux politiques sécuritaires :

Respecter les politiques migratoires protectrices : Droit d'asile – Droit au séjour pour raison médicale.

Pas de santé sans toit : arrêt des expulsions sans solution de relogement – mise à l'abri des personnes à la rue sans condition.

Pour une politique de réduction des risques : en dépénalisant l'usage simple et privé de drogues, et en réorientant les crédits consacrés à la lutte vers une approche de prévention.

Pour les personnes se prostituant : abrogation du racolage passif de la loi de sécurité intérieure de 2003, et abandon du projet de pénalisation des clients.

Les politiques sécuritaires visant les plus précaires, et notamment les migrants, ne doivent pas être en contradiction avec les impératifs de santé publique et des droits humains. La santé, qui est un droit pour tous, doit s'accompagner des droits fondamentaux au logement, à l'éducation, au travail. MdM sera là pour rappeler ces exigences dans notre région des Pays de la Loire.



# REMERCIEMENTS

---

## Remerciements

---

Nous tenons à remercier l'ensemble des bénévoles de Mdm Nantes sans qui toutes ces actions n'auraient pu se réaliser

BACHELIER Monique, BAZIN Tifen, BELET Anne-Marie, BERNARD Valérie, BESNARD Michael, BOLO Paul, BOIVIN Dominique, BOUHYER Jessica, BOUILLAND Michel, BOULINGUIEZ Catherine, BROSSARD Claire, BUCHOU Annie, BULLY Anne-Lise, CALVINO Laëtitia, CARDOSO Auréline, CHAPELAIS Sylvie, CLAUZEL Jean-Pierre, CODOBA Simion, CONDAC Cécilia, COIRIER Nadine, COUETIL Coralie, DANIEL Fabienne, DAVID Marion, DENIAU Sylvie, DUCOS Sophie, ESKENAZI Marie-Anne, FERRAND Marion, FIHEY Françoise, FORTI Julie, GASOWSKI Rachel, GAUGAIN Christiane, GIRAUD Claude, GRIGNON Lucie, GUEGUEN Anne-Lise, GUITTON Anne, GUIVIER Charlotte, HADBI Nora, HALBERT Marie-Françoise, HENFREY-SMITH Brian, HENRIQUET Maïwenn, HERSANT-COURBET Michèle, HORNSPERGER Marie, HOUGUET Morgan, HUET Laetitia, JARROUSSE Philippe, JOLLY Marie-Annick, JOUSSEAUME Sylvain, LAHMAR Medhi, LASSERRE Séverine, LAUNAY Vanessa, LEBRAS Nicole, LEBOULAIRE Catherine, LE GOFF Chantal, LE HENAFF Claire, LEMORT Marie, LERAT Dominique, LIBEAU Anne, LOISEAU Marie-Françoise, LONGUET Marc, LOR Loïc, MAHE Yvette, MARTIN Antoinette, MARTIN Dominique, MARTIN Geneviève, MARTIN Séverine, MATHOREL Danièle, MENARD Stéphanie, MOUNIER Johanne, NELIN Flore, NEVEU Françoise, NEYRAT Nicole, NICOLAS Martine, OLIVAUD Solenne, PAPIN Delphine, PERROCHEAU Michel, PLOU Annick, PONTONNIER Jean, ROBERT Aurélie, ROBIN Estelle, ROBINET Nicole, ROCHER Jean-Yves, ROLLAND Carine, ROUSSEAU Anne, ROUSSEAU Maryvonne, ROUSSELLE Adrien, ROY Laetitia, SANDOU Monica, SAUVIAT Philippe, SEGUIN Bernard, de TASSIGNY Alice, TELLER-GACHET Elisabeth, THIBAUD Hervé, TOURRES Bénédicte, UHR Marina, VERDON Jean-Jacques, VIDAL Marie, ZAIR Pascaline

Merci également aux salariées des missions et de la délégation : Irène ABOUDARAM, Fanny BORDEIANU, Cécile CONDOMINAS, Maiwenn HENRIQUET, Corinne LEPERT et Sylvaine DEVRIENDT ainsi qu'aux stagiaires accueillies cette année : Marlène MOULIN, Bénédicte CABROL et Marie GUIBRETEAU qui ont beaucoup contribué au bon déroulement des actions.

Merci aux financeurs, aux partenaires, au siège parisien de Mdm pour leur soutien et collaboration tout au long de cette année.

# REMERCIEMENTS

---

## Rapports financiers 2011 et budgets prévisionnels 2012

---

A suivre :

1. Rapport financier 2011 et budget prévisionnel 2012 délégation pays de la Loire
2. Rapport financier 2011 et budget prévisionnel 2012 pour la Mission France (CASO, Roms, précarité, milieu festif)
3. Rapport financier et budget antenne d'Angers
4. Rapport financier 2011 et budget prévisionnel 2012 médiation sanitaire
5. Rapport financier 2011 et budget prévisionnel 2012 Mission Prostitution
6. Rapport financier 2011 et budget prévisionnel 2012 Délégation Régionale

# RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

## RAPPORT FINANCIER 2011 ET BUDGET PREVISIONNEL 2012 MISSION FRANCE NANTES

| I - DEPENSES                                 | BP2011          | Réalisé 2011    | Budget 2012     |
|----------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>ACHATS</b>                                | <b>4 100 €</b>  | <b>2 019 €</b>  | <b>3 350 €</b>  |
| Achat matériel                               | 0 €             | 343 €           |                 |
| Carburants, combustibles                     | 750 €           | 541 €           | 500 €           |
| EDF-GDF                                      | 900 €           | 0 €             | 900 €           |
| Produits pharmaceutiques-consommables        | 900 €           | 841 €           | 800 €           |
| Matériel médical                             | 300 €           | 0 €             | 300 €           |
| Fournitures entretien et petit équipement    | 800 €           | 147 €           | 400 €           |
| Fournitures administratives                  | 300 €           | 602 €           | 300 €           |
| Petit matériel de bureau                     | 100 €           | 74 €            | 100 €           |
| Aides diverses aux patients                  | 50 €            | -530 €          | 50 €            |
| <b>SERVICES EXTERIEURS</b>                   | <b>6 723 €</b>  | <b>5 457 €</b>  | <b>7 471 €</b>  |
| Sous-traitance photocopies                   | 1 000 €         | 368 €           | 1 000 €         |
| Crédit-bail (photocopieur Konica)            | 1 100 €         | 1 058 €         | 1 100 €         |
| Charges locatives                            | 300 €           | 0 €             | 300 €           |
| Location immobilière garages et parkings     | 950 €           | 933 €           | 950 €           |
| Entretien locaux                             | 1 300 €         | 1 228 €         | 1 350 €         |
| Entretien véhicule                           | 500 €           | 497 €           | 500 €           |
| Entretien matériel chirurgical +informatique | 0 €             | 27 €            | 0€              |
| Maintenance (photocopieuse, téléph,...)      | 550 €           | 588 €           | 775 €           |
| Assurances locaux + responsabilité civile    | 223 €           | 279 €           | 308 €           |
| Assurance véhicules                          | 0 €             | -272 €          | 388 €           |
| Documentation générale                       | 800 €           | 750 €           | 800 €           |
| <b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>            | <b>37 100 €</b> | <b>35 120 €</b> | <b>33 110 €</b> |
| Honoraires (traduction, formation ...)       | 29 650 €        | 24 833 €        | 28 040 €        |
| Analyses biologiques                         |                 | 122 €           |                 |
| Frais bénévolat                              | 2 700 €         | 5 786 €         | 1 500 €         |
| Frais de mission                             | 3 200 €         | 2 175 €         | 2 000 €         |
| Réceptions                                   | 200 €           | 77 €            | 200 €           |
| Affranchissement                             | 150 €           | 152 €           | 150 €           |
| Téléphone / Fax / Internet                   | 1 100 €         | 1 464 €         | 1 100 €         |
| Cotisations                                  | 100 €           | 134 €           | 120 €           |
| <b>Sous total fonctionnement</b>             | <b>52 973 €</b> | <b>47 357 €</b> | <b>49 131 €</b> |
| <b>IMPOTS ET TAXES</b>                       | <b>5 716 €</b>  | <b>3 615 €</b>  | <b>6 726 €</b>  |
| Taxes sur salaires                           | 5 716 €         | 3 595 €         | 6 726 €         |
| Formation salariés                           |                 | 20 €            |                 |
| <b>CHARGES PERSONNEL</b>                     | <b>85 050 €</b> | <b>56 571 €</b> | <b>85 310 €</b> |
| Salaires                                     | 55 000 €        | 35 307 €        | 47 451 €        |

## RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

|                                       |                  |                  |                    |
|---------------------------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Charges sociales                      | 25 000 €         | 16 502 €         | 32 359 €           |
| Indemnités de stage                   | 5 050 €          | 4 761 €          | 5 200 €            |
| <b>Sous total personnel</b>           | <b>85 716 €</b>  | <b>55 404 €</b>  | <b>92 036 €</b>    |
| <b>Dotations aux amortissements</b>   | <b>325 €</b>     | <b>325 €</b>     | <b>325 €</b>       |
| <b>TOTAL DEPENSES</b>                 | <b>139 014 €</b> | <b>103 106 €</b> | <b>136 292 €</b>   |
| <b>II - RECETTES</b>                  | <b>BP2011</b>    | <b>Accordées</b> | <b>Budget 2012</b> |
| ARS                                   | 31 000 €         | 31 000 €         | 31 000 €           |
| MILDT                                 | 400 €            | 1 000 €          | 0                  |
| CG 44                                 | 10 000 €         | 10 605 €         | 10 605 €           |
| Mairie de Nantes                      | 4 800 €          | 4 800 €          | 4 800 €            |
| Régime Social Indépendant             | 500 €            | 1 500 €          | 1 500 €            |
| Don affecté                           |                  | 110 €            |                    |
| Abandon frais bénévolat               |                  | 5 786 €          | 1500 €             |
| MACIF                                 |                  | 400 €            |                    |
| Intervention                          |                  | 1 051 €          |                    |
| <b>TOTAL RECETTES</b>                 | <b>46 700 €</b>  | <b>56 252 €</b>  | <b>49 405 €</b>    |
| <b>Fonds privés Médecins du Monde</b> | <b>92 314 €</b>  | <b>46 854 €</b>  | <b>86 887 €</b>    |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>139 014 €</b> | <b>103 106 €</b> | <b>136 292 €</b>   |



# RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

## RAPPORT FINANCIER 2011 – CASO D'ANGERS

| I - DEPENSES                              | Réalisé 2011   |
|-------------------------------------------|----------------|
| <b>ACHATS</b>                             | <b>1 030 €</b> |
| Produits pharmaceutiques-consommables     | 245 €          |
| Matériel médical                          | 37 €           |
| Fournitures administratives               | 654 €          |
| Petit matériel de bureau                  | 60 €           |
| Aides diverses aux patients               | 35 €           |
| <b>SERVICES EXTERIEURS</b>                | <b>133 €</b>   |
| Assurances locaux + responsabilité civile | 129 €          |
| Documentation générale                    | 3 €            |
| <b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>         | <b>2 528 €</b> |
| Honoraires (traduction, formation ...)    | 56 €           |
| Informations, publications                | 8 €            |
| Frais bénévolat                           | 1 739 €        |
| Frais de mission                          | 202 €          |
| Transport marchandises                    | 0 €            |
| Réceptions                                | 13 €           |
| Affranchissement                          | 47 €           |
| Téléphone / Fax / Internet                | 409 €          |
| Cotisations                               | 55 €           |
| <b>Sous total fonctionnement</b>          | <b>3 691 €</b> |
| <b>Dotations aux amortissements</b>       |                |
| <b>TOTAL DEPENSES</b>                     | <b>3 691 €</b> |

| II - RECETTES (nom des organismes)    | Reçu           |
|---------------------------------------|----------------|
| Conseil Général                       | 600 €          |
| Don affecté                           | 50 €           |
| Abandon frais bénévolat               | 1 739 €        |
| <b>TOTAL RECETTES</b>                 | <b>2 389 €</b> |
| <b>Fonds privés Médecins du Monde</b> | <b>1 302 €</b> |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>3 691 €</b> |

Fait à Paris, le 14/02/2012

# RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

## BUDGET PREVISIONNEL 2012 – CASO d'ANGERS

| I - DEPENSES                                 | BP2012         |
|----------------------------------------------|----------------|
| <b>ACHATS</b>                                | <b>1 230 €</b> |
| Produits pharmaceutiques-consommables        | 300 €          |
| Matériel médical                             | 60 €           |
| Fournitures entretien et petit équipement    | 20 €           |
| Fournitures administratives                  | 250 €          |
| Petit matériel de bureau                     | 500 €          |
| Aides diverses aux patients                  | 100 €          |
| <b>SERVICES EXTERIEURS</b>                   | <b>441 €</b>   |
| Sous-traitance photocopies                   | 100 €          |
| Entretien matériel chirurgical +informatique | 100 €          |
| Maintenance (photocopieuse, téléph,...)      | 150 €          |
| Assurances locaux + responsabilité civile    | 61 €           |
| Documentation générale                       | 30 €           |
| <b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>            | <b>1 360 €</b> |
| Honoraires (traduction, formation ...)       | 200 €          |
| Informations, publications                   | 30 €           |
| Frais de mission                             | 300 €          |
| Transport marchandises                       | 30 €           |
| Réceptions                                   | 100 €          |
| Affranchissement                             | 100 €          |
| Téléphone / Fax / Internet                   | 500 €          |
| Cotisations                                  | 100 €          |
| <b>Sous total fonctionnement</b>             | <b>3 031 €</b> |
| <b>TOTAL DEPENSES</b>                        | <b>3 031 €</b> |

| II - RECETTES (nom des organismes)    | BP2012         |
|---------------------------------------|----------------|
| Conseil Général                       | 600 €          |
| <b>TOTAL RECETTES</b>                 | <b>600 €</b>   |
| <b>Fonds privés Médecins du Monde</b> | <b>2 431 €</b> |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>3 031 €</b> |

Modif à Paris, le 14/11/2011

Validé CA le 16/12/2011

# RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

| RAPPORT FINANCIER 2011 ET BUDGET PREVISIONNEL 2012 |                  |                 |
|----------------------------------------------------|------------------|-----------------|
| PROJET DE MEDIATION SANITAIRE                      |                  |                 |
| I - DEPENSES                                       | Rapport 2011     | Budget 2012     |
| <b>ACHATS</b>                                      | <b>181 €</b>     | <b>300 €</b>    |
| Carburants, combustibles                           | 0 €              |                 |
| Produits pharmaceutiques-consommables              |                  |                 |
| Matériel médical                                   |                  |                 |
| Fournitures entretien et petit équipement          |                  |                 |
| Fournitures administratives                        | 181 €            | 100 €           |
| Petit matériel de bureau                           |                  |                 |
| Aides diverses aux patients                        |                  | 200 €           |
| <b>SERVICES EXTERIEURS</b>                         | <b>42 €</b>      | <b>100 €</b>    |
| Documentation générale                             | 42 €             | 100 €           |
|                                                    |                  |                 |
| <b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>                  | <b>2 837 €</b>   | <b>3 500 €</b>  |
| Honoraires (traduction, formation ...)             | 0 €              |                 |
| Voyages / déplacements                             | 0 €              |                 |
| Frais bénévolat                                    |                  |                 |
| Frais de mission                                   | 2 494 €          | 3 000 €         |
| Affranchissement                                   | 62 €             | 100 €           |
| Téléphone / Fax / Internet                         | 281 €            | 400 €           |
|                                                    |                  |                 |
| <b>Sous total fonctionnement</b>                   | <b>3 060€</b>    | <b>3 900 €</b>  |
|                                                    |                  |                 |
| <b>IMPOTS ET TAXES</b>                             | <b>3 136 €</b>   | <b>3 085 €</b>  |
| Taxes sur salaires                                 | 3 085€           | 3 085 €         |
| Taxe diverses                                      | 51 €             |                 |
| <b>CHARGES PERSONNEL</b>                           | <b>47 315 €</b>  | <b>47 500 €</b> |
| Salaires                                           | 32 373 €         | 32 500 €        |
| Charges sociales                                   | 14 942 €         | 15 000 €        |
| Indemnités de stage                                |                  |                 |
|                                                    |                  |                 |
| <b>Sous total personnel</b>                        | <b>50 401 €</b>  | <b>50 585 €</b> |
|                                                    |                  |                 |
| <b>Dotations aux amortissements</b>                | <b>0 €</b>       | <b>0 €</b>      |
|                                                    |                  |                 |
| <b>TOTAL DEPENSES</b>                              | <b>53 511 €</b>  | <b>54 485€</b>  |
|                                                    |                  |                 |
| <b>II - RECETTES</b>                               | <b>Reçu 2011</b> | <b>BP2012</b>   |

## RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

---

|                                       |                 |                 |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| ARS                                   | 25 000 €        | 41 000 €        |
| Fonds dédiés ARS                      | 21800 €         | 3 289 €         |
| Conseil Régional                      | 10 000 €        | 10 000 €        |
| <b>TOTAL RECETTES</b>                 | <b>56 800 €</b> | <b>54 289 €</b> |
|                                       |                 |                 |
| <b>Fonds privés Médecins du Monde</b> | <b>-3 289 €</b> | <b>196€</b>     |
|                                       |                 |                 |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>53 511 €</b> | <b>54 485 €</b> |

# RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

| <b>RAPPORT FINANCIER 2011 ET BUDGET PREVISIONNEL 2012</b> |                    |                     |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| <b>MISSION AUPRES DES PERSONNES SE PROSTITUANT</b>        |                    |                     |                    |
| <b>I - DEPENSES</b>                                       | <b>Budget 2011</b> | <b>Rapport 2011</b> | <b>Budget 2012</b> |
| <b>ACHATS</b>                                             | <b>12 420 €</b>    | <b>10 550 €</b>     | <b>12 150 €</b>    |
| Mobilier, agencement                                      | 100 €              | 0 €                 | 0 €                |
| Carburants, combustibles                                  | 350 €              | 98 €                | 250 €              |
| EDF-GDF                                                   | 720 €              | 0 €                 | 700 €              |
| Produits pharmaceutiques-consommables                     | 9 000 €            | 8 964 €             | 9 000 €            |
| Fournitures entretien et petit équipement                 | 150 €              | 74 €                | 100 €              |
| Fournitures administratives                               | 200 €              | 203 €               | 200 €              |
| Petit matériel de bureau                                  | 500 €              | 55 €                | 500 €              |
| Aides diverses aux patients                               | 1 000 €            | 996 €               | 1 000 €            |
| Aide hébergement patients                                 | 400 €              | 160 €               | 400 €              |
| <b>SERVICES EXTERIEURS</b>                                | <b>3 765 €</b>     | <b>2 970 €</b>      | <b>4 692 €</b>     |
| Sous-traitance photocopies                                | 200 €              | 97 €                | 200 €              |
| Crédit bail photocopieur                                  | 0 €                | 176 €               | 220 €              |
| Charges locatives                                         | 600 €              | 0 €                 | 600 €              |
| Entretien locaux                                          | 1 300 €            | 1 193 €             | 1500 €             |
| Entretien véhicule                                        | 500 €              | 501 €               | 1000 €             |
| Maintenance (photocopieuse, téléph,...)                   | 550 €              | 372 €               | 560 €              |
| Assurances locaux + responsabilité civile                 | 87 €               | 110 €               | 124 €              |
| Assurance véhicules                                       | 378 €              | 200 €               | 388€               |
| Documentation générale                                    | 150 €              | 320 €               | 100 €              |
| <b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>                         | <b>9 060 €</b>     | <b>4 723 €</b>      | <b>8 460 €</b>     |
| Honoraires (traduction, formation ...)                    | 2 760 €            | 1 406 €             | 2 760 €            |
| Voyages / déplacements                                    | 1 000 €            | 358 €               | 1 000 €            |
| Frais de mission                                          | 2 000 €            | 1 455 €             | 1 500 €            |
| Frais de mission Bénévoles                                | 2 150 €            | 670 €               | 2 150 €            |
| Frais de réception                                        | 100 €              | 16 €                | 100 €              |
| Affranchissement                                          | 150 €              | 118 €               | 100 €              |
| Téléphone / Fax / Internet                                | 900 €              | 701 €               | 850 €              |
| Cotisations                                               | 0 €                | 0 €                 | 0 €                |
| <b>Sous total fonctionnement</b>                          | <b>27 945 €</b>    | <b>18 243 €</b>     | <b>25 302 €</b>    |
| <b>IMPOTS ET TAXES</b>                                    | <b>8 000 €</b>     | <b>6 836 €</b>      | <b>6 984 €</b>     |
| Taxes sur salaires                                        | 8 000 €            | 6 819 €             | 6 984 €            |
| Autres taxes                                              |                    | 17 €                |                    |
| <b>CHARGES PERSONNEL</b>                                  | <b>120 126 €</b>   | <b>101 860 €</b>    | <b>124 205 €</b>   |
| Salaires                                                  | 81 000 €           | 69 047 €            | 90 333 €           |
| Charges sociales                                          | 36 426 €           | 32 813 €            | 33 872 €           |
| Indemnités de stage                                       | 2 700 €            | 0 €                 | 0 €                |
| <b>Sous total personnel</b>                               | <b>125 426 €</b>   | <b>108 678 €</b>    | <b>131 189 €</b>   |
| <b>Dotations aux amortissements</b>                       | <b>0 €</b>         | <b>0 €</b>          |                    |

## RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

| TOTAL DEPENSES                                        | 153 371 €     | 126 938 €         | 156 491 €   |
|-------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-------------|
|                                                       |               |                   |             |
| II - RECETTES (nom des organismes)                    | Révisé BP2011 | Accordées<br>2011 | Budget 2012 |
| ARS                                                   | 13 000 €      | 13 000 €          | 13000 €     |
| Conseil Général                                       | 6 500 €       | 6 565 €           | 6 500 €     |
| Mairie de Nantes Sécurité et tranquillité<br>publique | 10 000 €      | 10 000 €          | 10 000 €    |
| Mairie de Nantes Santé                                |               |                   | 10 000 €    |
| Sidaction                                             | 20 000 €      | 20 000 €          | 10 000 €    |
| Fondation Accor                                       |               | 5 000 €           |             |
| RSI                                                   | 250 €         |                   | 250 €       |
| Divers (MACIF...)                                     |               | 449 €             |             |
| Autres regards (2009)                                 |               | 313 €             |             |
| abandon frais bénévolat                               |               | 670 €             |             |
| Dons affectés                                         | 2 150 €       |                   |             |
| TOTAL RECETTES                                        | 51 900 €      | 55 997 €          | 49 750 €    |
| Fonds privés Médecins du Monde                        | 101 471 €     | 70 941 €          | 106 741 €   |
|                                                       |               |                   |             |
| TOTAL                                                 | 153 371 €     | 126 938 €         | 156 491 €   |

## RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

| Rapport financier et budget prévisionnel– délégation Pays de la Loire |                   |                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|------------|
| I - DEPENSES                                                          | BUDGET            | REALISE            | BP 2012    |
|                                                                       | 2011              | 2011               | (hors RH)  |
| <b>ACHATS</b>                                                         | <b>1 920,00 €</b> | <b>688,14 €</b>    | <b>- €</b> |
| Mobilier, agencement                                                  | - €               | 387,06 €           | 833,33 €   |
| EDF-GDF                                                               | 720,00 €          |                    | 700€       |
| Fournitures entretien et petit équipement                             | 200,00 €          | 31,25 €            | 200 €      |
| Fournitures administratives                                           | 800,00 €          | 189,03 €           | 800 €      |
| Petit matériel de bureau                                              | 200,00 €          | 80,80 €            | 200 €      |
|                                                                       |                   |                    |            |
| <b>SERVICES EXTERIEURS</b>                                            | <b>1 810,00 €</b> | <b>1 937,04 €</b>  | <b>- €</b> |
| Crédit bail photocopieur Konica                                       | 360,00 €          | 352,64 €           | 360 €      |
| Charges locatives                                                     | 240,00 €          |                    | 240 €      |
| Entretien locaux                                                      | 1 270,00 €        | 1 186,28 €         | 1 350 €    |
| Entretien matériel chirurgical +informatique                          | - €               | 98,67 €            |            |
| Maintenance (photocopieuse, téléph,...)                               | 200,00 €          | 220,00 €           | 410 €      |
| Assurances locaux + responsabilité civile                             | - €               |                    |            |
| Documentation générale                                                | 100,00 €          | 79,45 €            | 100 €      |
|                                                                       |                   |                    |            |
| <b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>                                     | <b>3 525,00 €</b> | <b>4 648,06 €</b>  | <b>€</b>   |
| Informations, publications                                            | 800,00 €          | 813,28 €           |            |
| Frais bénévolat                                                       | 375,00 €          | 2 383,36 €         |            |
| Frais de mission                                                      | 1 300,00 €        | 755,74 €           | 1 300 €    |
| Réception                                                             | 200,00 €          | 150,66 €           | 250 €      |
| Affranchissement                                                      | 250,00 €          | 127,87 €           | 250 €      |
| Téléphone / Fax / Internet                                            | 500,00 €          | 367,15 €           | 500 €      |
| Cotisations                                                           | 100,00 €          | 50,00 €            | 100 €      |
|                                                                       |                   |                    |            |
| <b>IMPOTS ET TAXES</b>                                                | <b>- €</b>        | <b>1 006,69 €</b>  | <b>- €</b> |
| Taxes sur salaires                                                    | - €               | 1 006,69 €         | - €        |
|                                                                       |                   |                    |            |
| <b>CHARGES PERSONNEL</b>                                              | <b>- €</b>        | <b>16 678,85 €</b> | <b>- €</b> |
| Salaires                                                              | - €               | 11 438,52 €        | - €        |
| Charges sociales                                                      | - €               | 5 240,33 €         | - €        |

## RAPPORTS FINANCIERS ET BUDGETS PREVISIONNELS

|                                           |                   |                    |            |
|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|------------|
| Indemnités de stage                       | - €               | - €                | 2 520- €   |
| <b>Dotations aux amortissements</b>       | <b>- €</b>        | <b>- €</b>         | <b>- €</b> |
| <b>TOTAL DEPENSES</b>                     | <b>7 255,00 €</b> | <b>24 958,78€</b>  | <b>€</b>   |
| <b>II - RECETTES (nom des organismes)</b> | <b>Pas sûres</b>  | <b>réalisé</b>     |            |
| Conseil Général                           | 500,00 €          | 505,00 €           |            |
| Abandon Frais bénévolat                   |                   | 2 383,36 €         |            |
| <b>Fonds privés</b>                       |                   | <b>22 070,42 €</b> |            |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>6 755,00 €</b> | <b>24 958,78 €</b> |            |



# ACRONYMES

---

## ACRONYMES

|         |                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| AAH     | Allocation Adulte Handicapé                                                     |
| ACDC    | Collectif Autres Chiffres du Chômage                                            |
| ACS     | Aide à l'acquisition de la Complémentaire Santé                                 |
| AcSé    | Dispositif National d'Accueil Sécurisant                                        |
| ACT     | Appartement de Coordination Thérapeutique                                       |
| ACSRN   | Association des Centres de Soins de la Région Nantaise                          |
| AES     | Accident d'exposition au Sang                                                   |
| ALD     | Affection de Longue Durée                                                       |
| AME     | Aide Médicale d'Etat                                                            |
| ANAEM   | Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations                   |
| ANPAA   | Association Nationale Prévention Alcoologie et Addiction                        |
| APS     | Autorisation Provisoire de Séjour                                               |
| ARS     | Agence Régionale de Santé                                                       |
| ATA     | Allocation Temporaire d'Attente                                                 |
| CA      | Conseil d'Administration                                                        |
|         | Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les        |
| CAARUD  | Usagers de Drogues                                                              |
| CADA    | Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile                                         |
| CASA    | Collectif d'Aide aux Sans Abri                                                  |
| CASO    | Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation                                      |
| CCAS    | Centre Communal d'Action Sociale                                                |
| CCM     | Chromatographie sur Couche Mince                                                |
| CDAG    | Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit                                          |
| CDD     | Contrat à Durée Déterminée                                                      |
| CESEDA  | Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile                 |
| CHRS    | Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale                                  |
| CHU     | Centre Hospitalier Universitaire                                                |
|         | Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement |
| CIDDIST | Transmissibles                                                                  |
| CISIH   | Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine                  |
| CISP    | Classification Internationale des Soins de santé Primaires                      |
| CJG     | Consultation Jean Guillon                                                       |
| CLAT    | Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse                                               |
| CMF     | Coordination Mission France                                                     |

## ACRONYMES

---

|            |                                                                                  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| CMP        | Centre Médico Psychologique                                                      |
| CMS        | Centre Médico Social                                                             |
| CMU        | Couverture Maladie Universelle                                                   |
| CMU-C      | Couverture Maladie Universelle-Complémentaire                                    |
| CNDA       | Cour Nationale du Droit d'Asile (Commission des Recours)                         |
| CPAM       | Caisse Primaire d'Assurance Maladie                                              |
| CPEF       | Centre de Planification et d'Education Familiale                                 |
| CRA        | Centre de Rétention Administrative                                               |
| CSST       | Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes                                    |
| CVP        | Centre de Vaccination Polyvalente                                                |
| DALO       | Droit Au Logement Opposable                                                      |
| DASEM      | Droit Au Séjour Etranger Malade                                                  |
| DDCS       | Direction Départementale de la Cohésion Sociale                                  |
| DGAS       | Direction Générale de l'Action Sociale                                           |
| DGS        | Direction Générale de la Santé                                                   |
| DRASS      | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                          |
| ELPP       | Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité                                          |
| ETP        | Equivalent Temps Plein                                                           |
| GISTI      | Groupement d'Information et de Soutien des Immigrés                              |
| GRSP       | Groupement Régional de Santé Publique                                            |
| HALDE      | Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité des chances |
| IFSI       | Institut de Formation en Soins Infirmiers                                        |
| INSEE      | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques                    |
| IST        | Infections Sexuellement Transmissibles                                           |
| ITF        | Interdiction du Territoire Français                                              |
| LDH        | Ligue des Droits de l'Homme                                                      |
| LHSS       | Lits Halte Soins Santé                                                           |
| Loi CESEDA | Loi relative au Code d'Entrée et Séjour des Etrangers et Droit d'Asile           |
| LSI        | Loi sur la Sécurité Intérieure (mars 2003)                                       |
| MdM        | Médecins du Monde                                                                |
| MF         | Mission(s) France                                                                |
| MISP       | Médecin Inspecteur de Santé Publique                                             |
| MNU        | Médicaments Non Utilisés                                                         |
| MSA        | Mutualité Sociale Agricole                                                       |
| MSF        | Médecins Sans Frontières                                                         |
| OCRTEH     | Office Central pour la Répression de la Traite des Etres Humains                 |
| ODSE       | Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers                                   |
| OFII       | Office Français de l'Immigration et de l'Intégration                             |
| OFPRA      | Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides                          |

## ACRONYMES

---

|         |                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------|
| OMS     | Organisation Mondiale de la Santé                             |
| ONUSIDA | Organisation des Nations Unies pour lutter contre le VIH/sida |
| OQTF    | Obligation à Quitter le Territoire Français                   |
| PACA    | Provence Alpes Côte d'Azur                                    |
| PASS    | Permanence d'Accès aux Soins de Santé                         |
| PECO    | Pays d'Europe Centrale et Orientale                           |
| PES     | Programmes Echanges Seringues                                 |
| PMA     | Poste Médical Avancé                                          |
| PMI     | Protection Maternelle et Infantile                            |
| RDR     | Réduction Des Risques                                         |
| RMI     | Revenu Minimum d'Insertion                                    |
| RESRAN  | REseau Santé Rue Agglomération Nantaise                       |
| REVIH   | Réseau Ville/hôpital VIH                                      |
| SDF     | Sans Domicile Fixe                                            |
| SIDA    | Syndrome d'Immunodéficience Acquis                            |
| S2AP    | Service d'analyse, d'appui et de plaidoyer                    |
| TB      | Tuberculose                                                   |
| TEH     | Traite des Etres Humains                                      |
| TPE     | Traitement Post Exposition                                    |
| TROD    | Test Rapide d'Orientation Diagnostique                        |
| UDVI    | Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse                     |
| UGOMPS  | Unité de Gynécologie Obstétrique Médico Psycho Sociale        |
| UE      | Union Européenne                                              |
| VHB     | Virus de l'Hépatite B                                         |
| VHC     | Virus de l'Hépatite C                                         |
| VIH     | Virus de l'Immunodéficience Humaine                           |

## Annexes

---

### Annexe 1 : HISTORIQUE DES MISSIONS FRANCE

#### La Mission France de Médecins du Monde au niveau national

Au cours des vingt années de combats menés par la Mission France de Médecins du Monde, des avancées dans le champ de l'accès aux soins en France ont été obtenues. Des dispositifs innovants inventés et/ou mis en place par Médecins du Monde ont pu démontrer leur efficacité et ainsi faire modèle auprès des institutions publiques :

- les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (généralisés ensuite au sein des structures hospitalières),
- les consultations pluridisciplinaires (médicales, sociales, dentaires ...) des CASO de MdM pour les personnes n'ayant pas accès aux soins ont pu inspirer la mise en place des dispositifs PASS et ont permis de contribuer au témoignage du secteur associatif militant pour la mise en place d'une Couverture Maladie Universelle et pour la rénovation de l'Aide Médicale Etat,
- les programmes d'échanges de seringues et les centres et bus méthadone, reconnus ensuite dans une politique nationale de réduction des risques et encadrés maintenant dans un cadre institutionnel par les dispositifs CSAPA et CAARUD...

La démarche de Médecins du Monde consiste à innover, démontrer l'efficacité, militer pour que l'action soit reprise par le droit commun pour ensuite se désengager lorsque les conditions sont réunies tout en gardant une vigilance sur la suite institutionnelle qui est donnée. **L'objectif n'est donc pas de pérenniser ni de multiplier les actions mais d'en démontrer la pertinence pour transférer vers le droit commun.**

#### **Les priorités actuelles des Missions France :**

L'accès aux soins et à la prévention des populations les plus précaires : les migrants, les étrangers sans papiers, les demandeurs d'asile, les Roms, les personnes à la rue, les usagers de drogue, les personnes se prostituant.

Avec pour thématique transversale la prévention des pathologies infectieuses (TB, VIH, hépatites B et C), en s'appuyant sur différents types de missions : CASO, missions mobiles (squat, SDF, santé mentale, saturnisme, santé-logement, prostitution,...) et missions de RDR.

#### **Rappel des valeurs qui sous-tendent ces actions :**

MdM est un lieu d'engagement citoyen : soigner ET témoigner, un lieu d'engagement collectif, qui s'appuie sur la vie associative, un lieu d'engagement auprès des publics précaires. Un lieu d'engagement de terrain.

Un lieu pour le témoignage et le plaidoyer.

Aujourd'hui, la Mission France de MdM recouvre :

- **103 programmes dans 30 villes.**
- **En 2010, la Mission France comptait 2 000 bénévoles et 69 salariés pour 59.68 ETP.**

## ANNEXES

---

- **21 Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO): 42 525 consultations médicales** (+5% par rapport à 2009), dont 3 919 consultations dentaires, et ont rencontré **28 160 patients** différents (+9% par rapport à 2009). 15 587 consultations sociales (dont instructions CMU/AME) ont été enregistrées.
- **1 centre de soins pédiatriques à Mayotte** qui a reçu 2 477 patients et assuré 5 286 consultations.
- **72 missions mobiles** d'accès à la prévention et aux soins menées dans **25 villes** ont effectué près de **66 000 contacts**, dont 5 missions travaillant auprès des personnes se prostituant ayant effectué plus de **13 000 contacts**.
- **9 missions de réduction des risques liés à l'usage de drogues dont :**
  - **6 missions rave : 113 interventions** dont 1 teknival pour près de **22 000 contacts** et entretiens de prévention en milieu festif
  - **1 mission XBT** (analyse de drogues) : **204 échantillons** (toutes drogues confondues) ont été collectés, documentés et analysés.
  - **1 programme de RdR avec échange de seringues** (Angoulême) a réalisé près de **1 000 contacts** pour une file active de **130 usagers** de drogues pour près de **52 000 seringues distribuées** (taux de retour de près de 77%).
  - 1 programme **ERLI** (action lancée en juillet 2010) : 21 usagers inclus en 2010.
- Un **budget réalisé en 2010 de 7 427 K€**<sup>16</sup> (Rapport financier 2010 de l'association)

### L'Observatoire de l'accès aux soins en France :

L'Observatoire de l'accès aux soins a été créé par la Mission France de Médecins du Monde en 2000 pour témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

C'est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde, permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leur état de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins et les dysfonctionnements des dispositifs. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables, par ailleurs ignorées par les statistiques officielles de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire.

Il permet d'élaborer et d'argumenter des propositions au regard de l'expertise de terrain, à partir desquelles Mdm interpelle ou informe les acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations vivant dans la précarité.

### [Historique de la mission France de Nantes](#)

---

<sup>16</sup> Actions réalisées en France selon la nouvelle norme du Compte Emploi - Ressources

# ANNEXES

---

## Historique du CASO de Nantes

En 1986, un médecin et deux infirmières rentrant du Yémen font le projet de l'ouverture d'un CASO à Nantes.

En 1987, un camion, offert par la Médecine du travail assure 5 permanences par semaine sur un parking nantais. En 1988 de véritables locaux sont ouverts aux Dervallières, quartier populaire de Nantes ; avec ouverture d'un cabinet dentaire et délégation de deux assistantes sociales de la CPAM.

Enfin le 12 décembre 1990, nous déménageons au 33 rue Fouré, dans des locaux mis à disposition gratuitement par la Mairie de Nantes et où nous sommes encore à ce jour.

Activité importante au CASO avec plus de 2 000 passages annuels, forte militance pour la construction du dispositif PASS.

1999 : ouverture de la Consultation Jean Guillon du dispositif PASS qui rapidement accueille le public reçu au CASO. Baisse progressive de l'activité du CASO.

Les consultations dentaires ont été arrêtées en 2001. Une mise aux normes importante était à réaliser, la CMU se mettait en place. Les besoins pouvaient être couverts ailleurs. La consultation est désormais médico-psycho-sociale.

Depuis 2000, deux permanences hebdomadaires permettent d'assurer cette activité.

Depuis avril 2007, la consultation psychologique reçoit le soutien financier d'institutions locales (ARS, Conseil Général), ce qui permet d'assurer le suivi des patients par des psychologues vacataires et ainsi de garantir une continuité dans les soins.

Depuis 2009, la liste d'attente des patients en demande de suivi psychologique ne fait que s'allonger (environ 30 personnes en permanence en 2010 – délai d'attente avant une prise en charge possible d'environ 4 à 6 mois).

## Historique du CASO d'Angers

Un médecin généraliste et deux infirmières, dans le cadre de leur exercice quotidien, s'étaient rendu compte des grandes difficultés d'une catégorie de la population qui n'avait pas accès aux soins de santé. Ils se sont rapprochés de la Délégation Régionale de Médecins du Monde Pays de la Loire qui les a aidés à mettre en place le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO).

La Mission d'Angers a donc été ouverte en février 1988 en liaison avec la Délégation Régionale.

La Mission d'Angers dispense des consultations médicales et oriente les personnes en situation de grande précarité vers des partenaires ou vers les structures de santé de droit commun.

## Historique de l'action Roms

Contexte : Depuis le 1er janvier 2002, les Roumains et Bulgares, exclus jusqu'ici des privilèges de l'espace Schengen peuvent entrer librement sur le territoire européen avec un visa de 3 mois. L'agglomération de Nantes a donc vu arriver des Roms migrants dès 2002. MdM Nantes, constatant les conditions de vie déplorables dans les bidonvilles des Roms de la région nantaise, a décidé d'implanter une mission d'accès aux soins auprès de ces personnes dès 2002. Ce n'est qu'en 2005, en partenariat avec diverses associations locales, que la Ville de Nantes décide d'organiser un premier terrain d'accueil viabilisé. En 2007, deux nouveaux terrains conventionnés ont permis l'accueil d'une cinquantaine de familles supplémentaires. De 200 personnes en 2002, le nombre de Roms sur l'agglomération nantaise est passé à une estimation de 1 000 personnes fin 2009. Cela fait 8 ans maintenant que Médecins du Monde est présent aux côtés des familles Roms de Nantes sur les terrains conventionnés ou non.

# ANNEXES

---

2002 : Ouverture de la mission Roms pour pallier aux besoins de santé et témoigner sur les conditions de vie de cette population.

2003 : Début des tournées sur le campement des Sorinières où vivent environ 59 personnes pour assurer une veille sociale et sanitaire en coopération avec d'autres associations sur le terrain.

2004 : Depuis le 1er janvier, les Roms ne peuvent plus bénéficier du droit d'asile, ce qui limite leur accès à certain nombre de droits. Les indicateurs de développement humain de cette population sont équivalents à ceux des pays sous-développés.

2005 : Implantation des Roms sur trois camps principaux (les Sorinières, route de Ste Luce et Roche Maurice). Le CCAS crée un terrain viabilisé à Ste Luce pour accueillir 18 familles. Ce camp est géré par l'association « Une famille Un toit ».

2006 : Environ 81 familles réparties sur les 3 terrains principaux sont visités lors des 70 sorties effectuées par MDM Nantes.

2007 : Entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE à la date du 1er janvier impliquant donc la libre circulation des personnes sur le territoire européen mais aussi la restriction de l'accès à la couverture maladie universelle. Ces européens sont désormais exclus de la CMU et relèvent de l'AME après 3 mois de séjour s'ils sont inactifs et sans ressources. Par ailleurs, les discriminations envers les Roms se poursuivent au sein de l'UE mais les migrations se multiplient. Les politiques françaises se durcissent à l'égard des Roms et les expulsions s'intensifient. Nantes Métropole crée 2 autres terrains conventionnés à Cheviré et aux Sorinières gérés par l'association « ACTA-Roms » et qui accueillent en tout une cinquantaine de familles.

2008 : Toujours trois terrains viabilisés. Les autres Roms sur les terrains squattés subissent expulsion sur expulsion, d'un terrain et d'une ville de l'agglomération à l'autre. L'été 2008 a connu un afflux massif sur les terrains non conventionnés où les conditions de vie sont très précaires. Les familles arrivent d'Italie où elles subissaient un rejet et des discriminations importantes. D'autres familles ont été chassées de la région parisienne.

Septembre 2009 : fermeture du terrain de Cheviré. Certaines familles sont relogées en logement social, les autres sont regroupées sur le terrain de la Route de Ste Luce. Ouverture de la permanence Chaptal, centre social pour les familles résidant sur les terrains squattés de l'agglomération.

En 2009 : révision de la mission Roms de Nantes pour recadrer les objectifs de cette action.

En 2010 : les objectifs de l'action globale auprès des Roms sont recentrés autour de la promotion de la santé materno-infantile, tout comme ceux du projet de médiation sanitaire national auquel MDM Nantes contribue.

2011 : Mise en œuvre du nouveau projet : « santé materno-infantile auprès des familles roms de l'agglomération nantaise » et le projet expérimental de « médiation sanitaire auprès de familles roms ».

## Historique de l'action Précarité

Contexte : MDM se place dans une logique d'accès aux soins pour tous qui passe donc par une pratique médicale de proximité. Cette mission précarité s'adresse aux plus démunis (jeunes en errance, SDF, sans papiers,...). Par une action de proximité au niveau local, les interventions de MDM Nantes permettent de créer des liens avec un public qui ne fréquente pas forcément ni les permanences du CASO, ni la PASS. Les bénévoles de MDM Nantes vont au devant de ces personnes en situation de précarité plutôt que d'attendre qu'elles viennent à eux. Ils interviennent donc à la fois dans les centres de distribution des repas et de restauration, dans les foyers d'hébergement à travers des actions de prévention, d'écoute, de consultations et de réorientation vers le système de soins existant.

- **Restos du Cœur**

## ANNEXES

---

1998 : Prémises de la mission précarité avec deux types d'actions, une en faveur des sans-papiers et l'autre en partenariat avec les Restos du Cœur. Action auprès des sans-papiers à travers une surveillance sanitaire au sein d'une église occupée d'abord, puis à la Bourse du Travail lorsqu'ils « déménagent ». Action « lunettes » en partenariat avec les Restos du Cœur où une infirmière Mm se rend une après-midi toutes les 3 semaines. 21 personnes ont pu bénéficier de cette action qui se poursuit en 1999 et 2000 avec moins de bénéficiaires cependant.

2001 : Mise en place d'une convention avec les Restos du Cœur pour intervenir auprès des SDF accueillis dans les centres de restauration et de distribution des repas. 18 interventions effectuées au cours de l'année par 14 bénévoles.

2002 : Poursuite des actions précarité dans 5 centres avec l'aide de 12 bénévoles.

2003 : Mission concentrée sur 2 centres principaux (à Saint-Herblain et à l'Oasis) avec 11 bénévoles. En 2004, interventions suspendues au centre de distribution des Restos du Cœur en raison de la faiblesse des sollicitations des usagers. Reprise des activités en 2005 avec 8 bénévoles intervenant à nouveau dans les 2 centres.

2006 : A cause du manque de bénévoles (plus que 6), Mm Nantes doit recentrer ses activités sur le centre de distribution de l'Oasis.

2007 : Déménagement du centre de l'Oasis vers la Galissonnière et renouvellement de la convention avec les Restos du Cœur.

2009 : L'action précarité remise en question car le bail du local du centre de restauration de la Galissonnière est arrivé à échéance et le bail n'a pas été renouvelé. Cette action est donc suspendue depuis mai 2009.

Fin 2010 : ouverture par les Restos du Cœur d'un local d'accueil de jour pour les femmes, bd Boulay Paty, 3 jours par semaine. Laverie, salle de bain, restauration, point informatique, ateliers esthétique-coiffure, contact avec un travailleur social professionnel sont proposés aux personnes accueillies. Après une période d'observation d'éventuels besoins lors des premiers mois d'ouverture du local, l'intervention de Mm n'est finalement pas nécessaires (bons liens avec la PASS, interventions du service prévention de la CPAM...).

- **SDF – Santé dans la rue et centres d'hébergement d'urgence**

2001 : Création du projet SDF pour participer aux maraudes des Restos du Cœur et ainsi aller au devant des personnes vivant dans la rue et qui ne sont pas en mesure de se déplacer. Missions développées et poursuivies en 2002 : suivi des SDF hospitalisés et réorientation vers le CASO (hygiène et soins de base).

2003 : Demande des Services Publics (Mairie et DDASS) pour obtenir le concours de Mm Nantes dans le cadre du plan grand froid. Participation en parallèle aux réunions du collectif « Coordination Santé dans la Rue » qui regroupe divers acteurs de terrain.

2004 : Mise en place d'un accueil santé au foyer Félibien répondant à une demande de l'association en charge de ce foyer. Organisation de consultations médicales deux fois par semaine grâce à une équipe de 11 bénévoles, elles se poursuivent en 2005.

2005 : Interventions mises en œuvre au sein d'un 2e foyer, le foyer Gustave Roch qui peut héberger environ 17 personnes.

2006 : Recherche d'un autre local pour remplacer le foyer Félibien destiné alors à une autre utilisation : les locaux de la Clinique de la Haute Forêt sont disponibles temporairement. 15 bénévoles s'occupent désormais des consultations dans les deux foyers (Gustave Roch et Haute Forêt) et poursuivent leurs actions en 2007.

2007 : Mm Nantes assure la gestion (animation et secrétariat) intérimaire pour « Coordination Santé dans la Rue » et réalise une brève évaluation sur 16 personnes décédées dans la rue entre novembre 2006 et décembre 2007.

2008 : L'hébergement d'urgence à la Haute Forêt est remplacé par des places de stabilisation dans des locaux libérés par les Sœurs de Bethléem à côté de la faculté. Ce lieu est identifié sous le nom de Foyer du Petit Port. Mm y intervient deux fois, puis une fois par semaine en 2008, puis suspend son activité en octobre 2008, faute de bénévoles.

# ANNEXES

---

Poursuite du Plan d'Action Renforcée pour les Sans-Abris (PARSA) tous les lundis soirs au foyer Gustave Roch renommé alors en Maison de Coluche.

Novembre 2009 : Les Restos du Cœur déménagent la Maison de Coluche vers des locaux plus spacieux rue de la Pâture à Nantes. 30 chambres permettent d'héberger hommes et femmes seuls, accompagnés ou non de chiens (autorisés à dormir dans les chambres).

2010 : MdM poursuit son intervention un soir par semaine dans cette nouvelle structure.

## Historique de l'action Rave

Contexte : Les régions Pays de la Loire et Bretagne ont vu se multiplier les raves ces dernières années. Elles doivent désormais faire face à une population souvent jeune et mal informée qui fréquente massivement ce type de soirées où de nouveaux produits sont constamment mis en circulation. Pour ces raisons, MdM Nantes a décidé de lancer en 2000 une action de Réduction Des Risques en milieu festif dont les sorties ont souvent été envisagées au début en partenariat avec la Délégation Bretagne. Cette action dépend de la mission France de Nantes. Ces actions regroupent les activités d'information, prévention, réduction des risques et d'intervention sanitaire en milieu festif mais aussi une assistance psychologique (réassurance) pour accompagner les bad trips. Elle se passe toujours en collaboration avec d'autres associations, les bénévoles de MdM Nantes n'étant jamais seuls sur le terrain. Il est aussi nécessaire de rappeler que MdM Nantes n'intervient que sur demande des organisateurs et que l'accueil des jeunes raveurs est souvent très positif à l'égard des bénévoles.

1995 : Mise en place de la mission Réduction des Risques - échange de seringues avec les tournées quotidiennes d'un bus MdM Nantes, elle se poursuit jusqu'en 1997.

1998 : La mission Rave de Paris demande à un médecin de la mission France de Nantes de venir les assister sur une free party à Rennes : première expérience nantaise en la matière. Ces demandes se renouvellent ensuite entre 1999 et 2000.

2000 : Ouverture de l'action Rave et présence dans 5 raves de la région.

2001 : 21 bénévoles et 5 sorties. Formation à la pratique du Contrôle Rapide des Produits pour la majorité des bénévoles de l'action Raves de Nantes animée par les membres de la mission Rave de MdM Paris (RdR en situation de rave).

2002 : 13 bénévoles et 6 sorties. Publication du décret Mariani-Vaillant sur la réglementation des raves pour mettre fin aux free parties. Mais MdM Nantes continue d'intervenir sur les raves illégales.

2003/2004 : 15 bénévoles, 28 sorties réalisées sur les 2 ans. Mise en place d'actions d'information-formation sur les drogues de synthèse. Après validation du collège régional de la délégation des Pays de la Loire, l'action Raves obtient le statut de mission et bénéficie donc d'un budget propre.

2005 : 14 bénévoles, 8 sorties. Publication d'un décret sur la reconnaissance de la RdR dirigée à l'encontre des usagers des drogues mais en contrepartie, la technique de Contrôle Rapide des Produits doit être abandonnée, ce que fait MdM Nantes.

2006 : 12 bénévoles, 6 sorties et environ 5 000 contacts dans l'année. La mission Rave reprend le statut d'action. Elle continue à intervenir dans le milieu festif techno malgré la baisse du nombre d'interventions due au système répressif français.

2007 : 13 bénévoles, 13 sorties. Mise en œuvre d'une sortie sur un squat à Doulon pour prendre contact avec les jeunes et les réorienter vers les lieux de consultations gratuites. Participation à des réunions Plan Alcool avec la Mairie de Nantes.

# ANNEXES

---

2008 : 17 bénévoles, 12 interventions sur l'année. Réponse aux demandes d'intervention dans le milieu festif (rock, bar, club électro) et free légales et illégales. Soutien aux actions de MdM Paris sur les teknivals.

2009 : 10 bénévoles, 10 sorties sur l'année.

2010 : désengagement de l'action Raves Paris du milieu festif. L'action Raves de MdM s'interroge sur un transfert possible de ses activités vers le droit commun.

2011 : dernières interventions en milieu festif de MdM Nantes. Sollicitation des CAARUD de Loire-Atlantique et partenariat resserré avec Techno + en vue de la reprise des activités de MdM par ces structures.

## Historique de la mission auprès des personnes se prostituant

Contexte : Les personnes se prostituant sont vulnérables du fait de leur accès aux soins et aux droits très difficile. De fait, cette activité est souvent reléguée dans des zones de clandestinité et d'autant plus depuis la Loi de Sécurité Intérieure (2003). MdM Nantes a donc décidé d'aller au devant de ces personnes se prostituant, les sachant en grande vulnérabilité, pour qu'elles puissent accéder aux soins et à la prévention dans de meilleures conditions.

La mission prostitution à Nantes est née après un premier travail de réduction des risques auprès des usagers de drogues initié en juin 1995. Lors de cette action (reprise en 1998 par le CSST « Le Triangle »), l'équipe a rencontré de nombreuses personnes se prostituant et a recueilli leurs besoins.

1998 : Médecins du Monde Nantes cesse sa participation au programme d'échanges de seringues (PES) puisque celui-ci est repris par un CSST et des professionnels. Des bénévoles du PES avaient noté une absence de dispositif de réduction des risques pour les personnes se prostituant.

1999 : Après avoir été à la rencontre des personnes se prostituant au cours de l'année 1999, l'équipe est persuadée de la nécessité de monter une action spécifique. Un programme est écrit en juillet à partir de l'expérience du bus PES de Nantes.

En octobre, l'équipe commence à faire 2 tournées à pied par semaine. L'équipe est composée de bénévoles qui avaient tourné sur le bus PES et qui avaient donc déjà une expérience de travail de proximité dans le champ de la rdr. Les orientations prises pour le travail auprès des personnes se prostituant en sont donc fortement inspirées. En octobre/novembre, un questionnaire anonyme, adressé aux personnes se prostituant, sur leurs besoins réaffirme les axes : écoute / information santé / préservatifs.

2000 : En avril, l'acquisition d'un bus et son aménagement inscrit le début des tournées en FUNAMBUS. Les tournées ont lieu 2 fois par semaine le mardi et le vendredi, de 22 heures à 4 ou 5 heures du matin. L'équipe est alors constituée de 20 bénévoles qui ont suivi une formation sur les questions liées au VIH, aux IST et à la RDR.

Le début des tournées sur le terrain coïncide avec un changement dans la population des personnes se prostituant avec notamment l'arrivée de femmes d'Europe de l'Est et d'Afrique anglophone. Cette période difficile a eu des conséquences sur le programme : certaines activités initialement prévues telles que des focus groupes, envisagées pour mieux connaître la population, n'ont pu être mises en place en raison des conflits majeurs entre certains groupes mais aussi entre les personnes au sein d'un même groupe.

2002/2003 : L'équipe consolide ses connaissances sur les populations et renforce le lien avec un certain nombre d'acteurs locaux. Les volets écoute/information et prévention/promotion des droits de la personne se renforcent. Plusieurs formations sont mises en place pour l'équipe.

Les tournées sont plus courtes et se terminent désormais à 2 heures. Le cadre d'intervention est précisé et le couplage bus/lieu fixe se structure davantage. Les accompagnements physiques vers les structures de droit commun sont mis en place et sont de plus en plus nombreux.

Une personne salariée est embauchée à partir de décembre 2002 pour renforcer spécifiquement les accompagnements et assurer la coordination du programme.

2004 : Une seconde salariée, intervenante sociale, est embauchée à partir de mai pour reprendre l'activité d'accueil, d'accompagnement de jour et nocturne, jusqu'à présent réalisée par la coordinatrice. La coordinatrice au delà de ses fonctions de coordination est chargée d'étudier la mise en place d'un projet de mise en sécurité des personnes qui en font la demande.

## ANNEXES

---

En décembre, un local d'accueil est mis à la disposition de la mission prostitution de MdM au rez de chaussée de la Délégation Pays de la Loire et du CASO de Médecins du Monde.

Le lien de confiance entre le public et l'équipe se confirme.

2005 : Le local de jour a permis la mise en place d'ateliers santé et a facilité les conditions d'accueil pour assurer les suivis individuels des personnes. Le dispositif d'accueil sécurisant est construit en partenariat avec un CHRS pour accompagner les personnes en demande.

En mars, de nombreuses arrestations ont eu lieu. La file active du programme a donc baissé et le profil des personnes a changé. Une dizaine de femmes a quitté Nantes, la prostitution de rue tend à être plus discrète et l'équipe suppose que des formes moins visibles se développent, notamment avec internet et les petites annonces.

2006 : L'équipe mène une mission exploratoire sur une prostitution invisible, appelée indoor.

En décembre, l'équipe se sépare de son unité mobile qui rend l'âme ! Un partenariat est mis en place avec l'association le Triangle qui prête son camion pour les tournées nocturnes.

2007 : Une équipe est constituée pour mener l'action indoor : identification des personnes se prostituant en indoor, appels téléphoniques, visites de bars à hôtesse, ...

MDM note un contexte général extrêmement difficile, avec une baisse des financements et une qualité des pratiques difficile à maintenir. Par ailleurs, MDM dénonce la disparition des droits fondamentaux des personnes sous couvert d'une « chasse aux sans-papiers », d'une diabolisation de l'étranger, responsable de tous les maux.

2008 : Le transfert du dispositif d'accueil sécurisant est étudié et finalisé en fin d'année auprès d'une structure de droit commun, partenaire de l'action dès sa conception.

L'action indoor se met en place et dispose d'un recueil de données spécifique.

2009 : L'action indoor s'inscrit dans un projet financé par la commission européenne sur 2 ans (2009/2010) avec des associations, communautaires pour certaines.

La file active des activités de nuit et de jour augmente. Les sollicitations sont multiples et ne peuvent être orientées vers le droit commun que partiellement, faute d'interlocuteurs.

2010 : L'action indoor se poursuit mais le manque de travailleur pair dans l'équipe se fait de plus en plus sentir.

Une enquête sur les questions de droits et de violence a été menée par l'équipe explicitant le regard que les personnes portent sur leur activité, celui des proches, les contraintes exercées, les relations avec les autres personnes qui se prostituent, la population en général, les riverains, les clients, la police, l'impact de la Loi de Sécurité Intérieure (LSI) et leur opinion sur la législation encadrant la prostitution.

2011 : L'action indoor est en « stand by ». Une mission exploratoire dans les bars à hôtesse est envisagée mais sera précisée et construite uniquement lorsqu'une intervenante paire aura pu rejoindre l'équipe.

Les actions de nuit et de jour se poursuivent avec une augmentation des sollicitations et du nombre de contacts.

La diffusion d'un film « Amours propres », réalisé par une bénévole de la mission a permis d'organiser de nombreux temps d'échanges avec le grand public, des partenaires et des politiques

## **Annexe 2 : REFORME AME ou le cheminement d'une médiatrice dans les méandres de l'administration - PROGRAMME de MEDIATION SANITAIRE**

1<sup>er</sup> mars 2011, début de la mise en application des modifications du dispositif AME, issues de la loi de finances pour 2011. Le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, édite une circulaire à l'intention des CPAM précisant les modalités de mise en œuvre de ces changements, en particulier en ce qui concerne le droit d'entrée annuel fixé à 30 euros pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat.

A Nantes, les services de la CPAM, la P.A.S.S., les structures de soins et les étrangers, découvrent ce nouveau mode de fonctionnement : chacun tâtonne, s'essaie, se risque à établir les nouvelles règles du jeu.

La médiation sanitaire n'a pas échappé à cet état de fait : aussi, reprendrons-nous chronologiquement, et au fil des expériences, les mutations qui ont pu s'opérer au cours des six derniers mois en matière d'accès aux soins pour les plus démunis. On voudra bien considérer ces données qualitatives comme évidemment partielles, n'étant que le reflet de quelques situations, observées lors d'accompagnements de quelques familles roms roumaines et de rencontres avec certains partenaires institutionnels, de façon non systématique.

- **Mi-mars 2011** : rencontre avec Mme B., sur le terrain de St Herblain. Celle-ci m'indique que sa fille, mineure de 16 ans, vivant en concubinage et mère d'un enfant de 13 mois, ne parvient pas à obtenir le bénéfice de l'AME, ni pour elle, ni pour son fils. Il semblerait qu'on lui réclame un droit de timbre, dont elle ne peut s'acquitter. Aussi, en tant que mineure, celle-ci ne devrait pas être confrontée à ce type de blocage, ni d'ailleurs son petit garçon.

Nous rencontrons ensemble fin mars l'assistante sociale qui assure le suivi de cette famille à la P.A.S.S., et qui nous confirme que le dossier est en souffrance auprès des services de la CPAM. Je propose un accompagnement physique de la jeune-femme auprès de l'accueil Bretagne, afin de débrouiller la situation.

**14 avril 2011** : rendez-vous à l'accueil Bretagne de la CPAM : la situation est résolue assez rapidement, le problème semblait lié à la difficulté de décrypter la date de naissance sur la carte d'identité roumaine de la jeune-femme, et à un problème d'intercompréhension en l'absence d'un interprète. Nous repartons avec sa carte AME, son fils inscrit avec elle.

- **26 mai 2011** : Mme M., du terrain de Rezé, m'informe 2 semaines plus tôt que son AME est expirée. Elle désire la renouveler pour elle et ces 5 enfants, mais pas pour son mari, les ressources du couple ne leur permettant pas de s'acquitter du droit de timbre pour 2 adultes. Le choix se porte sur Madame, plus impliquée dans le quotidien des enfants et en particulier en cas de problème lié à la santé, et qui souhaiterait de plus concevoir un nouvel enfant.

Je l'accompagne à l'accueil Bretagne, sans son mari, et avec son plus jeune enfant, les 4 aînés étant à l'école à l'heure du rendez-vous.

L'échange avec l'agent d'accueil est tendu, celle-ci ne voulant pas au départ ouvrir un droit pour la mère seule, précédemment immatriculée sous le numéro de son époux, ni pour les enfants absents (invokant leur présence nécessaire pour l'ouverture de leurs droits). Après discussion, explications, présentation des certificats de scolarité, des certificats de naissance, et un rappel concernant la circulaire de mise en application,

## ANNEXES

---

la situation se décante. Subsiste malgré tout un ultime problème, Madame M. n'a pas de photos d'identité (prix prohibitif de 5 euros au photomaton). Elle pensait que l'agent la prendrait en photo sur place, puisqu'il s'agissait auparavant d'une pratique habituelle de la caisse.

Celle-ci n'a plus cours, aussi nous découpons finalement la photo de son titre AME de l'année précédente, et Madame peut repartir avec sa carte et ses cinq enfants inscrits avec elle.

Suite à cet événement, je mettrais en place un service de photomaton à moindre coût, en proposant aux familles qui le souhaitent de les prendre en photo, et de leur imprimer au format standard X 4 après un petit ajustement infographique. Toutefois, il est bien évident que ce type d'initiative tient plus du bricolage que d'une solution à proprement parler, et ne peut en aucun cas s'étendre à l'ensemble des personnes concernées.

La possibilité d'ouvrir des droits à l'AME pour un adulte reviendrait donc en réalité à 35 euros.

- **16 juin 2011** : Au cours d'une visite quelques jours plus tôt sur le terrain de Rezé, j'apprends en discutant avec Mr F. et Mr. I., que tous deux ont vu leur AME arriver à expiration et n'ont pas procédé à leur renouvellement, malgré le fait que chacun souffre de problèmes de santé importants. Ils m'expliquent qu'ils ont du faire ce choix, ne pouvant ni l'un ni l'autre s'acquitter des 30 euros.

Je leur propose de les accompagner à la CPAM pour évoquer leurs difficultés et prendre tout de même un rendez-vous à cette occasion.

L'agent qui nous reçoit vérifie leur éligibilité au dispositif, leur propose un rendez-vous pour le 6 juillet, et nous informe que le Secours Catholique pourrait éventuellement aider les personnes en grande difficulté à payer le droit de timbre. Il se trouve que Mr I. est déjà suivi par cette association.

**18 juin 2011** : Nous prenons rendez-vous avec une bénévole, qui nous recevra, et après entretien avec Mr F et Mr I, leur octroiera un chèque de 30 euros chacun pour l'achat de timbre fiscaux.

Nous devons nous rencontrer à nouveau durant l'été pour échanger avec Médecins du Monde sur l'opportunité que le Secours Catholique puisse pallier au droit d'entrée AME, pour qui, et sous quelles conditions...

**06 juillet 2011** : Seul Monsieur F se présentera au rendez-vous à la CPAM. Il est veuf et sans enfant, a déjà bénéficié de l'AME et est donc déjà immatriculé sous son propre nom. Le rendez-vous se passera sans aucun problème, la situation de Monsieur F. ne révélant pas de difficulté particulière, le dossier étant complet, l'agent d'accueil AME efficace et accessible.

- **24 juin 2011** : Madame D., que j'accompagne dans le cadre de la médiation sanitaire depuis le début de l'année 2011 m'informe qu'après avoir échangé avec moi sur le mode de renouvellement de son AME, a décidé de se rendre seule au rendez-vous, de compléter son dossier par elle-même. Elle se sent suffisamment autonome pour cela, progressant en français et ayant depuis peu intégré un logement proposé par la mairie. Bien que le paiement du droit de timbre représente un sacrifice pour elle, elle me confie qu'elle trouvera la somme. L'un de ses enfants est malade, elle est habituée des services de soins et des hôpitaux. Se rendez-vous se déroulera très bien, son titre AME sera renouvelé.

- **07 juillet 2011** : Rencontre institutionnelle entre Médecins du Monde et la CPAM, avec les personnes responsable de l'accueil Bretagne et du service AME, autour du projet de médiation sanitaire.

Pour la CPAM, les principales difficultés rencontrées lors de l'accueil du public sont les suivantes :

→ Barrière de la langue (la CPAM ne dispose pas de budget spécifique dédié à l'interprétariat).

→ Problèmes de compréhension des questions administratives

→ Difficultés à se repérer dans le temps (les personnes ne respectent pas toujours l'heure des rendez-vous : les entretiens ne devant pas excéder 30 minutes, tout retard se répercute sur les rendez-vous suivants).

## ANNEXES

---

Le délai pour obtenir un rendez-vous début juillet était de 2 à 3 semaines. A la fin du mois d'août, ce délai est passé à 4 semaines.

→ Absence de prévoyance (les personnes ne constitueraient les dossiers que lorsqu'elles tomberaient malades).

Seuls deux agents sont formés pour recevoir les éventuels bénéficiaires de l'AME, et les rendez-vous n'ont lieu que le matin.

Concernant le droit d'entrée à 30 euros, les personnes ne pouvant s'en acquitter immédiatement, mais présentant leur dossier complet, se voient remettre une lettre d'éligibilité, et disposent d'un délai de deux fois 1 mois (lettre de rappel au terme du 1<sup>er</sup> mois) pour apporter le timbre fiscal afin de pouvoir retirer leur titre AME.

Pour les familles ayant plusieurs enfants mineurs, il est conseillé de le préciser lors de la prise de rendez-vous, afin de bloquer plusieurs créneaux horaires à la suite. Il faut en moyenne 30 minutes pour chaque demandeur.

- **19 juillet 2011** : Suite à une tournée d'une équipe médicale de MdM sur le terrain de Rezé, une femme âgée arrivée depuis un peu plus de 3 mois est orientée vers la PASS pour y recevoir des soins. Elle n'a pas d'AME. Je l'accompagne à la CPAM, dossier complet, mais ne disposant pas des 30 euros. Le Secours Catholique est fermé au public jusqu'au mois de septembre, elle ne peut donc demander d'aide exceptionnelle de leur part pour le moment.

L'agent d'accueil refuse au départ de lui délivrer la lettre d'éligibilité (n'ayant jamais rencontré jusqu'à présent de personnes ne pouvant s'acquitter du droit de timbre, elle s'apprête à rejeter la demande).

La rencontre institutionnelle avec le service AME de la CPAM ayant eu lieu très récemment, je lui rappelle les informations rappelées à cette occasion.

Un second problème se présente : cette dame ne peut déclarer de ressources, elle survit de la solidarité de ses proches. Elle ne peut avoir recours à la mendicité du fait de son état de santé, et ne peut mesurer le soutien familial qu'elle reçoit, qui n'est pas financier (partage des repas...). Difficulté pour l'agent d'accepter cette déclaration, qui doit nécessairement être chiffrée, sous peine d'être rejetée.

Un travail de médiation sera nécessaire pour pouvoir repartir avec la lettre d'éligibilité et permettre que le dossier soit accepté. A ce jour, cette personne ne bénéficie toujours pas de l'AME, faute de n'avoir pu s'acquitter du droit d'entrée de 30 euros.

- **22 août 2011** : J'accompagne Madame C. à la PASS. Elle doit bénéficier de soins, mais est en France depuis moins de 3 mois. Dans sa situation, l'assistante sociale la rencontre et est en mesure de solliciter pour elle le Fond de Soins Urgents et Vitaux. Elle ne pourra demander à bénéficier de l'AME qu'en octobre. Toutefois, elle souhaite que soient ouverts les droits de ses 4 enfants mineurs, qui normalement peuvent en bénéficier immédiatement. L'assistante sociale procède à l'ensemble des démarches, tout en prenant soin de les expliquer à madame C. La demande sera effectuée par courrier, à ce jour Madame C. peut retirer les titres AME de ses enfants au guichet de l'accueil Bretagne munie de sa pièce d'identité et de celle de ses enfants.
- **24 août 2011** : Mme M. a été rencontrée à l'occasion d'une visite de MdM sur le terrain de St Herblain en juillet. Elle a un rendez-vous médical prévu à l'hôpital la semaine suivante et nous demande de l'accompagner. Au cours de l'entretien, nous nous apercevons qu'elle n'a pas de droits ouverts à l'AME. Elle nous explique qu'en ayant bénéficié en 2008 avec son mari et ses enfants, elle croyait que ce droit lui était acquis. Nous lui expliquons que si elle se rend à ce rdv sans couverture maladie, elle se verrait facturer la consultation.

## ANNEXES

---

Je l'accompagne à la PASS pour lui permettre de recevoir les soins dont elle avait besoin. L'assistante sociale prend rdv pour elle au service AME.

Son dossier est complet, les preuves de présences de plus de trois mois sont suffisantes, mais elle ne peut justifier d'une domiciliation GASPROM récente (oubliée à la caravane).

Elle reçoit une lettre de rejet de la part de l'agent. Toutefois, celle-ci nous propose de renvoyer par courrier la domiciliation avec le timbre fiscal, accompagné de la lettre de rejet. Sa carte AME sera émise à réception de la pièce manquante, et elle pourra venir la retirer au guichet.

Nantes, août 2011

# ANNEXES

## Annexe 3 : EVALUATION IMPACT de la MEDIATION SANITAIRE sur les personnes suivies hors de l'étude

### EVALUATION IMPACT de la MEDIATION SANITAIRE

#### Sur les personnes suivies hors de l'étude

- Terrain de Rezé :

Le suivi des personnes qui ne sont pas intégrées à l'étude concerne une majorité d'hommes et d'enfants de + de 6 ans. Ils ont pour la plupart des liens familiaux plutôt étroits entre eux. Ils connaissent une relative stabilité sur le terrain (1 seul déplacement en 2011 suite à une procédure d'expulsion). Tous ont l'accès à l'eau et à l'électricité. La plupart des enfants sont scolarisés.

Le suivi concernant les hommes est particulièrement important, car c'est souvent par leur biais au départ qu'il a été possible de travailler auprès des femmes et des enfants. Leurs demandes étaient souvent liées à des questions sociales, juridiques et linguistiques en début d'action, aujourd'hui les demandes sont majoritairement liées aux questions de santé et d'accès aux soins.

J'ajoute que je ne fais part ici que des effets indirects de la médiation dont j'ai eu connaissance, ces effets étant difficilement mesurables, et certainement plus étendus.

Ceci représente 47 personnes distinctes, auxquelles viennent s'ajouter les 37 suivis intégrés à l'étude (je n'ai pas tenu compte des sorties, mais du travail effectivement réalisé depuis décembre 2010).

Soit 84 personnes effectivement suivies par la médiatrice sur le terrain de Rezé ( je ne détaille pas dans le tableau suivant l'ensemble des accompagnements, orientations, informations, prise de rdv, etc... réalisés).

| Personnes Suivies | Caractéristiques         | démarches d'accès aux soins en lien avec la médiation (par le biais d'un foyer de l'étude)                                                                                                                                                              |
|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                 | H, mari foyer n°1        | Sensibilisé par son épouse et la médiatrice sur la question du suivi de grossesse. Complètement réfractaire au départ, puis intérêt et implication significatifs.                                                                                       |
| 2                 | H, beau-père foyer n°1   | Suivi par la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                              |
| 3                 | H, mari foyer n°2        | Suivi par la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                              |
| 4                 | H, mari foyer n°3        | Est devenu moteur dans le suivi médical de l'un de ses enfants (prise de rdv, présence aux rdv, implication qt à l'observance du traitement par l'enfant), après que son épouse, déjà accompagnée par la médiatrice, lui ai fait part de son expérience |
| 5                 | E, fille aînée foyer n°3 | Sa mère a fait seule les démarches auprès de la CPAM dès l'arrivée de l'enfant cet été, pour que celle-ci puisse bénéficier immédiatement de l'AME après action d'information obtention AME mineurs                                                     |
| 6                 | H, mari foyer n°4        | Diabétique, n'avait ni AME, ni suivi médical. Son épouse a fait seule les démarches pour obtention AME pour l'ensemble des membres de foyer (après 1 <sup>er</sup> accompagnement de la médiatrice). Après orientation,                                 |

## ANNEXES

|    |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                    | <p>information et accompagnements de la médiatrice au départ, sa femme l'accompagne dans l'observance de son traitement, il est suivi par un médecin traitant, a identifié labo d'analyses, cabinet de radiologie et pharmacie de son quartier, a entamé un régime.</p> <p>Il a également arrêté de fumer après avoir assisté à un atelier de prévention autour du sevrage tabagique sur le terrain.</p> |
| 7  | E, fille foyer n°4                 | Atteinte d'une maladie parasitaire grave, ses parents sont aujourd'hui en mesure de gérer son suivi médical sans le soutien de la médiatrice.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8  | E, fils foyer n°4                  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 9  | H, mari foyer n°5                  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10 | E, 2 <sup>e</sup> fille foyer n°5  | <p>Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis</p> <p>A participé à l'atelier alimentation.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 11 | E, 3 <sup>e</sup> fille foyer n°5  | <p>Sa mère a fait seule les démarches auprès de la CPAM dès l'arrivée de l'enfant cet été, pour que celle-ci puisse bénéficier immédiatement de l'AME après action d'information obtention AME mineurs</p> <p>A participé à l'atelier alimentation.</p>                                                                                                                                                  |
| 12 | E, 4 <sup>e</sup> fille foyer n°5  | <p>Sa mère a fait seule les démarches auprès de la CPAM dès l'arrivée de l'enfant cet été, pour que celle-ci puisse bénéficier immédiatement de l'AME après action d'information obtention AME mineurs</p> <p>A participé à l'atelier alimentation.</p>                                                                                                                                                  |
| 13 | F, grand-mère foyer n°5            | Orientée vers la PASS par sa fille pour être soignée, et accompagnée par elle pour l'obtention de l'AME                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 14 | H, grand-père foyer n°5            | Orienté vers la PASS par sa fille pour être soigné, et accompagné par elle pour l'obtention de l'AME                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 15 | H, mari foyer n°6                  | Sensibilisé par sa femme pour l'utilisation de préservatifs lors de ses rapports extra-conjugaux après information contraception et action RDR concernant la transmission des IST/MST                                                                                                                                                                                                                    |
| 16 | E, fille foyer n°6                 | Sa maman lui propose systématiquement un goûter équilibré au retour de l'école suite à une action de prévention sur l'alimentation menée sur le terrain                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 17 | E, fils foyer n°6                  | Sa maman lui propose systématiquement un goûter équilibré au retour de l'école suite à une action de prévention sur l'alimentation menée sur le terrain                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 18 | H, mari foyer n°7                  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 19 | E, fils foyer n°14                 | <p>Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis</p> <p>A participé à l'atelier alimentation.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 20 | E, 1 <sup>e</sup> fille foyer n°14 | <p>Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis</p> <p>A participé à l'atelier alimentation.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 21 | E, 1 <sup>er</sup> fils foyer n°15 | <p>Sa mère étant veuve et lui adolescent, celle-ci a été très demandeuse d'information concernant les MST, la contraception, l'usage du préservatif. Elle dit utiliser ces informations pour lui transmettre des</p>                                                                                                                                                                                     |

## ANNEXES

|    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                       | messages de prévention, concernant la sexualité.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 22 | E, 2 <sup>e</sup> fils foyer n°15     | Sa mère étant veuve et lui adolescent, celle-ci a été très demandeuse d'information concernant les MST, la contraception, l'usage du préservatif. Elle dit utiliser ces informations pour lui transmettre des messages de prévention, concernant la sexualité.                                                                                                                                                                                                                                              |
| 23 | H, mari foyer n°16                    | A entamé seul des démarches AME après que sa femme l'ait orienté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 24 | E, 1 <sup>er</sup> fils foyer n°16    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 25 | E, 2 <sup>e</sup> fils foyer n°16     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 26 | E, 1 <sup>e</sup> fille foyer n°16    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 27 | H, mari foyer n°18                    | C'est plutôt ce monsieur qui est impactant, non seulement pour son épouse, mais pour l'ensemble des personnes présentes sur le terrain. Il est père de 5 enfants et 21 petits enfants présents sur le terrain. Ayant souffert d'une TB et de graves complications liées à celle-ci, vivant en France depuis plusieurs années, il connaît parfaitement bien le système de soin, est très observant et est convaincu de l'intérêt de la prévention : aussi, il est pour ainsi dire un peu médiateur lui-même. |
| 28 | H, veuf et sans enfants, ami de Mr 27 | A été encouragé et accompagné par son ami n°27 dans une démarche d'accès AME et de soins.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 29 | H, mari foyer n°19                    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 30 | E, 1 <sup>er</sup> fils foyer n°19    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 31 | E, 2 <sup>e</sup> fils foyer n°19     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 32 | E, 1 <sup>ere</sup> fille foyer n°19  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 33 | E, 3 <sup>e</sup> fils foyer n°19     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 34 | E, 4 <sup>e</sup> fils foyer n°19     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.<br>A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 35 | H, mari foyer n°21                    | Son épouse a du avoir recours à une IVG. Il est venu au Centre de Planification à plusieurs reprises, demander conseil en matière de contraception pour leur couple.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 36 | E, 1 <sup>er</sup> fils foyer n°21    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 37 | E, 2 <sup>e</sup> fils foyer n°21     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 38 | E, 3 <sup>e</sup> fils foyer n° 21    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 39 | E, 1 <sup>e</sup> fille foyer n°21    | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 40 | H, seul, ami de Mr 35                 | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## ANNEXES

|    |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 41 | H, frère de Mme foyer n°21        | Après qu'il ait entendu parler du bilan de santé organisée avec des femmes du terrain, Mr a effectué seul les démarches pour en bénéficier lui-même. Suite à ce bilan, il a consulté un médecin nutritionniste. Il souhaite participer à l'organisation d'une prochaine action autour de l'alimentation sur le terrain. |
| 42 | E, 1 <sup>er</sup> fils Mr 41     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis. A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                        |
| 43 | H, mari foyer n°23                | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                              |
| 44 | E, 1 <sup>e</sup> fils foyer n°23 | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis. A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                        |
| 45 | E, 2 <sup>e</sup> fils foyer n°23 | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis. A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                        |
| 46 | E, 3 <sup>e</sup> fils foyer n°23 | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis. A participé à l'atelier alimentation.                                                                                                                                                                                                        |
| 47 | H, mari foyer n°24                | Après un 1 <sup>er</sup> accompagnement, procède seul aux démarches pour obtention AME. S'implique particulièrement dans le suivi de grossesse de son épouse.                                                                                                                                                           |

- Terrains de Saint-Herblain :

Le suivi des personnes qui ne sont pas intégrées à l'étude concerne une majorité d'hommes et d'enfants de + de 6 ans. Ils n'ont pas nécessairement des liens familiaux étroits entre eux, n'ont pas toujours choisi d'être ensemble du fait des expulsions. Aussi, les personnes du 2<sup>e</sup> terrain ont dû quitter le groupe principal sous la pression d'autres familles. Ils connaissent une très grande instabilité sur leurs terrains respectifs (6 déplacements durant l'été 2011 suite à plusieurs procédures d'expulsion successives pour l'un d'eux, 3 pour le second). Tous ont l'accès à l'eau en septembre 2011, mais ont connu une coupure durant l'été. Aucune famille n'a accès à l'électricité. La plupart des enfants ont connu des difficultés de scolarisation à la rentrée du fait du rythme soutenu des expulsions. 3 enfants sont déscolarisés depuis 1 an.

Tout comme pour le terrain de Rezé, le suivi concernant les hommes est particulièrement important, car c'est souvent par leur biais au départ qu'il a été possible de travailler auprès des femmes et des enfants. Leurs demandes demeurent souvent liées à des questions sociales, juridiques et linguistiques, plus qu'aux questions de santé et d'accès aux soins. Aussi, le travail de médiation sanitaire est particulièrement perturbé et difficile à mener du fait de la situation d'instabilité que connaissent les personnes, reléguant les questions de santé au second plan.

Ceci représente 22 personnes distinctes, auxquelles viennent s'ajouter les 15 suivis intégrés à l'étude.

Soit 37 personnes effectivement suivies par la médiatrice sur les terrains de Saint-Herblain ( je ne détaille pas dans le tableau suivant l'ensemble des accompagnements, orientations, informations, prise de rdv, etc... réalisés).

## ANNEXES

| Personnes Suivies | Caractéristiques                    | démarches d'accès aux soins en lien avec la médiation (par le biais d'un foyer de l'étude)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1'                | H, mari foyer n°8                   | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2'                | F, grand-mère foyer n°8             | Orientée vers la PASS par sa fille pour être soignée, et accompagnée par elle pour l'obtention de l'AME                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3'                | H, grand-père foyer n°8             | Orienté vers la PASS par sa belle-fille pour être soignée, et accompagné par elle pour l'obtention de l'AME                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4'                | H, mari foyer n°9                   | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5'                | E, 1 <sup>er</sup> fille foyer n°9  | Sa mère a demandé par elle-même un rdv auprès de la psychologue scolaire, après échange avec la médiatrice. Suivi en cours.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6'                | H, mari foyer n°10                  | A effectué lui-même les démarches pour obtention AME après que la médiatrice ait accompagné son épouse.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7'                | F, grand-mère foyer n°10            | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 8'                | H, mari foyer n°11                  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9'                | E, 1 <sup>er</sup> fils foyer n°11  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 10'               | E, 2 <sup>er</sup> fils foyer n°11  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 11'               | E, 2 <sup>er</sup> fille foyer n°11 | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 12'               | H, mari foyer n°12                  | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13'               | H, mari foyer n°13                  | Après un 1 <sup>er</sup> accompagnement, procède seul aux démarches pour obtention AME, pour lui et son épouse. S'implique particulièrement dans le suivi de grossesse de celle-ci.                                                                                                                                                                                                     |
| 14'               | H, mari foyer n°22                  | Après avoir échangé autour de la contraception avec son épouse, celle-ci nous a demandé de lui remettre des docs écrits en roumain à ce sujet, bien que ne sachant pas lire : elle souhaitait que son mari les consulte pour pouvoir en discuter ensemble. Suite à cela, ils ont consulté ensemble au planning familial pour demander une contraception qui leur convenait à tous deux. |
| 15'               | E, 1 <sup>er</sup> fils foyer n°22  | Sa mère a procédé à l'ouverture de ses droits AME, après information de la médiatrice (elle ignorait qu'elle devait en effectuer la démarche pour que ses enfants soient effectivement couverts)                                                                                                                                                                                        |
| 16'               | E, 1 <sup>er</sup> fille foyer n°22 | Sa mère a procédé à l'ouverture de ses droits AME, après information de la médiatrice (elle ignorait qu'elle devait en effectuer la démarche pour que ses enfants soient effectivement couverts)                                                                                                                                                                                        |
| 17'               | E, 2 <sup>er</sup> fils foyer n°22  | Sa mère a procédé à l'ouverture de ses droits AME, après information de la médiatrice (elle ignorait qu'elle devait en effectuer                                                                                                                                                                                                                                                        |

## ANNEXES

|     |                        |                                                                                                                                                                  |
|-----|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                        | la démarche pour que ses enfants soient effectivement couverts)                                                                                                  |
| 18' | H, frère foyer n°22    | Après un dépistage TB positif, celui-ci a entrepris de suivre un traitement après sensibilisation conjointe Centre de Lutte Anti TB et médiatrice sur le terrain |
| 19' | F, voisine foyer n°22  | A été orientée vers la PASS et CASO MDM par foyer n°22 pour des problèmes de santé (foyer 22 déjà orienté préalablement par la médiatrice)                       |
| 20' | F, sœur Mme 19'        | A été orientée à son tour par sa sœur vers la PASS, suite à sa propre expérience, pour des problèmes de santé                                                    |
| 21' | H, mari foyer n°25     | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                       |
| 22' | H, seul, ami de Mr 21' | Suivi de la médiatrice, mais NSP si impact par le biais des foyers suivis.                                                                                       |

Au total, 121 personnes sont suivies par la médiatrice. En plus des 52 d'entre elles qui sont intégrées à l'étude, 69 autres bénéficient d'un accompagnement.

L'impact indirect de la médiation semble important, quoique ces effets étant difficilement mesurables, et certainement plus étendus que presentis.

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT



Allemagne | Argentine | Belgique | Canada | Espagne | Grèce | Italie | Japon | Pays-Bas | Portugal | Royaume-Uni | Suède | Suisse  
| France

Médecins du Monde – Pays de la Loire

33 rue Fouré 44000 NANTES

t. +33(0) 2 40 47 36 99

f. +33(0) 2 51 82 38 09

ld. +33(0) 2 40 95 35 70

### Soutiens :



www.angers.fr

