



Sur le fil



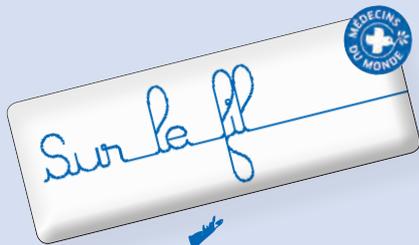
# Sur le fil n° 1

→ Pleins feux :

**Une journée dans un bidonville en Seine-Saint-Denis**

→ Du côté des missions :

**ERLI au féminin avec Jeanne, infirmière**



# ÉDITO

## Une délégation c'est quoi et ça sert à quoi?

Dans notre projet régional associatif, nous écrivons : « *une délégation est à la fois un lieu physique, une prise de parole, un espace d'échanges et de débats, un promoteur, un soutien, une représentation...* »

C'est bien de cela dont il s'agit. Un lieu, 62 Avenue Parmentier, 10 m<sup>2</sup> au 3<sup>e</sup> étage. Espace d'échanges et débats, la délégation organise ou coorganise des conférences-débats, des expositions, mais se veut aussi être un lieu d'échanges et de lien entre les missions. Elle les fédère autour d'un projet commun, le projet associatif, de thématiques communes, de la construction de plaidoyer à partir de leur expérience, elle leur propose un espace et un temps pour présenter et débattre de leurs programmes lors de soirées ouvertes à l'ensemble des acteurs de MdM, bénévoles, salariés, adhérents.

La délégation promeut et vient en soutien aux programmes régionaux. En interne lors des présentations dans les différentes instances consultatives et décisionnaires, dans le cadre des CPR (Commissions Paritaires Régionales), elle accompagne les missions concernées par le processus de revue des missions. En externe dans le cadre de recherches de fonds et le portage de plaidoyer.

Une prise de paroles, paroles plurielles. Parole politique, portée auprès du grand public, ainsi lors de campagnes électorales, ou via des communiqués de presse lors d'événements majeurs impactant les missions, auprès de bailleurs tant institutionnels que privés. Parole politique également portée lors de participations à différentes instances, lors de rencontres avec des élus ou avec des candidats à des mandats électoraux, des manifestations mais surtout parole politique forte avec les plaidoyers construits à partir et avec les missions. Parole pédagogique en externe, DU Santé-Solidarité-Précarité, interventions dans les IFSI, sur les lieux de formation des métiers du sanitaire et social, dans des établissements scolaires et universitaires, en interne, formation des bénévoles. Parole associative, accueil, accompagnement et suivi des bénévoles, ponctuellement organisation de rencontres nationales (JMF), et maintenant.

« Le Fil »,

Paroles des associatifs aux associatifs.

Reprenant les termes du projet associatif je conclurai ainsi : « Une délégation est ce qu'en font les acteurs régionaux, dans la limite de leurs disponibilités, de leur militantisme, de leurs envies, de leurs moyens... et du mandat de Médecins du Monde. »

**Jeanine Rochefort**

# SOMMAIRE

- ▶ Les connaissez-vous p 4
- ▶ A chaud p 6
- ▶ Pleins feux sur p 18
  - ▶ Du côté des missions p 28
  - ▶ Du côté de la délégation p 35
  - ▶ Questions juridiques p 38
- ▶ Agenda p 40
- ▶ Infos utiles : p 40

# Les connais

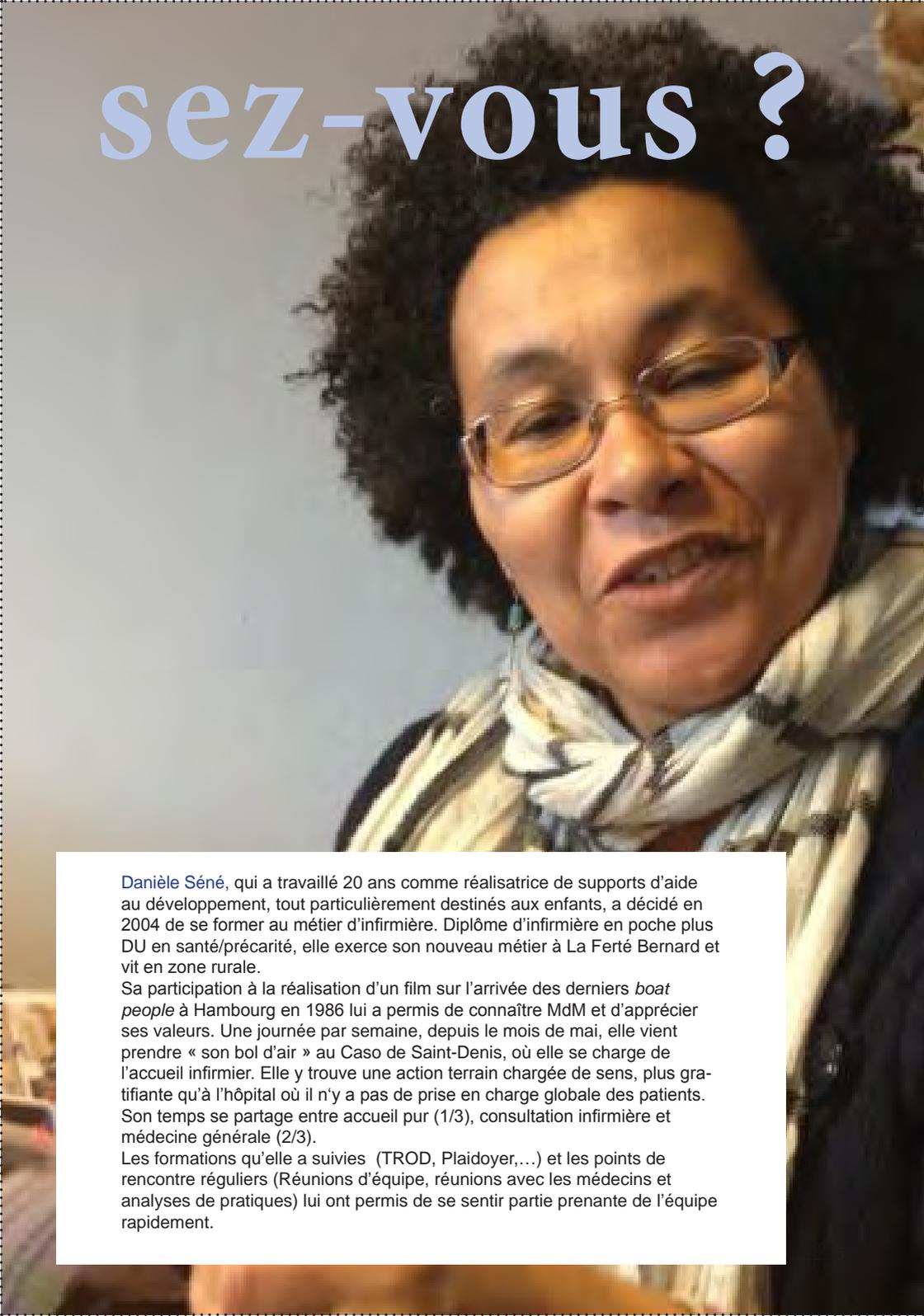


## Saïd Tamim

La délégation a le plaisir d'accueillir pour cinq mois un stagiaire, Saïd Tamim.

Saïd Tamim, jeune médecin afghan, arrivé il y a 18 mois en France, aujourd'hui parfaitement francophone, étudie à l'EHESP de Rennes en Master II de santé publique. Son stage portera sur l'enquête « élargie » Contraception IVG, il aura en charge de conduire l'enquête sur le terrain, saisir les données recueillies, en faire l'analyse et rédiger le rapport d'enquête.

# sez-vous ?

A close-up portrait of Danièle Séné, a woman with dark curly hair, wearing glasses and a light-colored patterned scarf. She is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression.

**Danièle Séné**, qui a travaillé 20 ans comme réalisatrice de supports d'aide au développement, tout particulièrement destinés aux enfants, a décidé en 2004 de se former au métier d'infirmière. Diplôme d'infirmière en poche plus DU en santé/précarité, elle exerce son nouveau métier à La Ferté Bernard et vit en zone rurale.

Sa participation à la réalisation d'un film sur l'arrivée des derniers *boat people* à Hambourg en 1986 lui a permis de connaître MDM et d'apprécier ses valeurs. Une journée par semaine, depuis le mois de mai, elle vient prendre « son bol d'air » au Caso de Saint-Denis, où elle se charge de l'accueil infirmier. Elle y trouve une action terrain chargée de sens, plus gratifiante qu'à l'hôpital où il n'y a pas de prise en charge globale des patients. Son temps se partage entre accueil pur (1/3), consultation infirmière et médecine générale (2/3).

Les formations qu'elle a suivies (TROD, Plaidoyer,...) et les points de rencontre réguliers (Réunions d'équipe, réunions avec les médecins et analyses de pratiques) lui ont permis de se sentir partie prenante de l'équipe rapidement.

## Quartier Ferentari à Bucarest, avec Livia Otal : principaux problèmes collectifs de santé, identification et propositions.

MdM a été sollicitée en juillet 2013 par l'ambassade de France à Bucarest pour réaliser un diagnostic sociosanitaire du quartier de Ferentari, dans le cadre d'une réflexion générale sur l'amélioration des conditions de vie et la situation sociosanitaire du quartier. Ce quartier extrêmement hétérogène, regroupe majoritairement Roms et Roumains. Sur les 65 000 habitants annoncés par la mairie, 15 à 20.000, vivaient dans les zones de ghetto. En 2000, une étude chiffrait la population roms du quartier à 20.373 personnes. Aujourd'hui les habitants questionnés perçoivent la diversité ethnique de leur quartier comme étant 50% Roms -50% Roumains non roms mais ils précisent « Rom ou Roumain c'est pareil ».

Ce diagnostic a été mené par Livia Otal, coordinatrice de la mission Bidonvilles de Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise, entre le 1er octobre et le 15 décembre 2013, en suivant la méthodologie de diagnostic de l'association.

Nous vous en livrons les conclusions :

L'identification de ces problèmes de santé rendue difficile par la grande diversité et le nombre important d'habitants, s'est faite par le biais d'un diagnostic épidémiologique et perceptuel. Ont émergé en priorité :

► des maladies infectieuses (hépatites et HIV) pour partie liées à la consommation de drogues, tuberculose, mortalité infantile, des maladies chroniques telles qu'hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, diabète, rhumatisme et asthme, des problèmes psychologiques. Par ailleurs les usagers de drogues ont fait ressortir des problèmes spécifiques à leur consommation.

► Des déterminants de santé transversaux, sur lesquels il conviendrait d'agir de manière intersectorielle afin d'améliorer la santé des habitants de Ferentari : accès aux

droits et à une pièce d'identité pour toutes les personnes, quelle que soit leur situation administrative ; amélioration des conditions d'hygiène dans le quartier, dans les espaces collectifs et dans les habitations ; accès à des actions de réinsertion et à l'emploi pour toutes les personnes vulnérables du fait de difficultés sociales et de santé ; mise en place d'un système de surveillance sanitaire permettant de suivre la santé de la population et identifier les problèmes prioritaires afin d'orienter les politiques de santé.

Pour quatre groupes de problèmes de santé, des recommandations spécifiques ont été émises.

Précarité et usage de drogues génèrent des problématiques de santé notamment des maladies infectieuses telles que le VIH et les hépatites.

### Maladies liées à la consommation de drogues :

► Les Maladies infectieuses : VIH/Sida

Le VIH s'avère un problème important à Ferentari en raison de la consommation de drogues injectables et de la prostitution, très présents et liés à la précarité. L'accès au dépistage est très limité, des associations interviennent mais les moyens qui leur sont alloués sont irréguliers et ne permettent pas la mise en œuvre d'une stratégie globale de Réduction des Risques constante et de qualité, indispensable à son efficacité.

Outre l'usage de drogues, la prostitution constitue un facteur de risques à Ferentari :

les programmes de RdR ne fournissent pas de préservatifs et l'accès au planning familial est difficile.

La prise en charge du VIH/Sida est coordonnée par le Programme National. Les personnes non assurées ne bénéficient que du traitement antirétroviral, néanmoins la maladie leur ouvre des droits à l'assurance maladie et donc à la prise en charge afférente. Les personnes sans pièce d'identité (situation fréquente à Ferentari) ne sont pas prises en charge. Les difficultés :

✗ Programme centré sur le traitement et moins sur la prévention et le dépistage.

✗ Accès restreint au dépistage, dépistage non anonyme. Par ailleurs, le dépistage ne se fait que sur orientation du médecin traitant. Or d'une part, beaucoup de patients précaires n'ont pas de médecins traitants, d'autre part le médecin traitant ne se fera payer par la caisse l'acte d'orientation que si le patient est assuré ou, pour le non assuré, que si le test se révèle positif.

✗ Nonaccès au traitement pour les personnes sans documents d'identité

✗ Pas suffisamment d'actions de sensibilisation sur les lieux de consommation au vu des besoins.

#### ► HVC

Problème majeur à Ferentari pour les raisons citées précédemment. L'ensemble des facteurs de risques sont réunis dans le quartier pour faciliter l'explosion d'une épidémie d'hépatite C.

► Autres pathologies liées à l'usage de drogue : thromboses liées à l'injection, problèmes psychiatriques et nombreuses overdoses.

Il convient donc de mettre en œuvre de toute urgence une politique ambitieuse et efficace de Réduction des Risques, qui nécessite de renforcer les moyens financiers pour faciliter l'accès à l'expertise et au matériel spécifiques à la réduction des risques et l'appui technique permettant de mettre en place des stratégies de réduction des

risques adaptées à la population.

Les personnes assurées, non assurées et même sans papiers d'identité sont prises

## La tuberculose

en charge gratuitement, dans le cadre du programme national de contrôle mais le maillon faible de la stratégie de lutte contre la tuberculose reste le dépistage. De manière générale, les habitants de Ferentari, bien que particulièrement exposés, ne font pas l'objet de dépistage et ne sont pas informés sur cette maladie. Compte tenu de la situation du quartier, il est impératif de mettre en place un dispositif de dépistage proactif sur les lieux de vie des populations par le biais d'une antenne mobile. De plus, dans les zones ghettos de Ferentari, il est indispensable de développer l'information, l'éducation à la santé, et d'adapter l'offre de dépistage pour toucher le plus grand nombre.

Ceci devrait se faire au travers du maintien du dispositif d'accès inconditionnel au traitement contre la tuberculose, du renforcement du dépistage de masse, du développement d'une approche in situ par l'équipement en unité de radiologie mobile, de l'amélioration du suivi épidémiologique de l'épidémie de tuberculose dans le quartier de Ferentari.

## Les maladies et lésions courantes

► Maladies chroniques : hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, diabète, rhumatismes et asthme :

Les soins de santé primaires sont peu ou pas assurés, compte tenu de l'absence de

médecins de famille et les habitants trouvent des solutions alternatives mais celles-ci atteignent leurs limites lorsqu'il s'agit de maladies chroniques nécessitant un suivi et une prise en charge au long cours.

En dehors de l'asthme dont les risques peuvent être aggravés par l'état du logement, et les pathologies qui peuvent être déterminées ou aggravées par les habitudes de vies (Hypertension, diabète), ces problématiques de santé ne semblent pas surreprésentées à Ferentari, mais leur prise en charge est largement défaillante, ce qui s'explique par :

✘ Un accès aux droits limités (Bureaucratie, méconnaissance des systèmes et des droits),

✘ Une absence de service de prévention et d'information, de service de proximité, un manque d'intérêt des habitants,

✘ Un accès aux soins limité, paiements informels, coût des médicaments, manque de structures de proximité, méfiance vis-à-vis des médecins traitants, discrimination des plus vulnérables,

✘ Une orientation non précise ou vers une structure privée qui, pour une personne illettrée et précaire, est une orientation inadéquate.

## Les souffrances psychiques

La prise en charge des problèmes psychologiques en Roumanie devrait être intégrée dans l'approche en soins de santé primaire. Le quartier de Ferentari devrait disposer de structures d'accès aux droits, aux soins et à la prévention accessibles physiquement, financièrement, et socialement aux popula-

tions précaires.

## Santé Sexuelle et Reproductive

► Au niveau national, la Roumanie a un niveau de mortalité infantile de 12 p 1000 naissances vivantes soit 3 fois plus que la France. Il est très probable qu'au vu des conditions de vie et de la précarité à Ferentari, la situation y soit bien plus dégradée.

► Le recours à l'avortement comme méthode « naturelle » de contraception :

Même si elle était illégale, l'avortement a été la seule et principale méthode contraceptive en Roumanie pendant ces 23 dernières années. Les conséquences socioculturelles de la loi interdisant la contraception (abolie en 1989) se ressentent toujours et la légalisation des méthodes contraceptives a été vite interprétée par la société comme la légalisation de l'avortement. Aucune autre méthode contraceptive n'a réellement remplacé le recours systématique à l'IVG, celui-ci étant perçu comme la méthode la plus « naturelle » et « sûre » pour gérer les grossesses.

Le planning familial est accessible aux personnes sans couverture médicale mais sans papier d'identité. Il est défaillant à Ferentari en raison de l'absence des structures de proximité, la méconnaissance des droits et du système, le manque d'information et sensibilisation, le manque d'estime de soi et la méconnaissance du corps, la méfiance par rapport aux moyens de contraception particulièrement forte chez les populations précaires, de blocages culturels, des rapports homme/femme, des discriminations auxquels font face les grands précaires no-

tamment usagers de drogues, Roms...

L'avortement peut être un recours en cas de grossesse non désirée, mais il reste coûteux. L'abandon total d'enfant ou l'extrême négligence peut être un autre recours pour des familles très démunies socialement et économiquement.

► Le suivi de grossesse :

En théorie, une femme assurée ou non (mais pas sans pièce d'identité) peut bénéficier gratuitement d'une consultation par mois pour le suivi de sa grossesse jusqu'au 7<sup>e</sup> mois, puis 2 par mois jusqu'au 9<sup>e</sup> mois. L'accouchement simple est gratuit mais la pratique des paiements informels est quasi systématique entraînant, quel que soit le cas, des restes à charge.

Deux catégories de femmes se heurtent à d'importantes barrières pour le suivi de leur grossesse, les personnes non assurées non inscrites sur la liste d'un médecin traitant et plus encore les femmes sans papier d'identité. Au vu de la situation sociale des habitants des zones de ghetto de Ferentari, il est logique d'y constater la fréquence des grossesses non suivies dont les déterminants sont : le manque d'information sur les droits, l'absence de structures sanitaires de proximité, le manque d'information sur la santé et la nécessité du suivi de grossesse, un manque d'intérêt pour le suivi de grossesse notamment chez les plus précaires, une absence de papier d'identité ne permettant pas l'accès à l'assurance médicale, une méfiance par rapport au système et ses paiements informels, une discrimination des plus précaires par le service sanitaire.

Les conséquences de l'absence de suivi de grossesse peuvent être dramatiques : mortalité néonatale, mortalité maternelle et développement de pathologies et handicaps à la naissance.

L'accès au suivi de grossesse et à la contraception devrait être possible pour toute femme roumaine quelle que soit sa situation au regard des droits.

Afin d'améliorer la situation en matière de santé sexuelle et reproductive il est indispensable de :

✗ développer un plan d'éducation à la santé en matière de planification familiale,

✗ faciliter l'accès à des méthodes de régulation des naissances adaptées aux besoins des populations

✗ mettre en place un dispositif d'accès au suivi de grossesse gratuit pour l'ensemble des femmes quelle que soit leur situation sociale.

**D'après le rapport de diagnostic socio-sanitaire du quartier Ferentari à Bucarest de Livia Otal.**



## Pierrefitte, interview de Nathalie Godard

Alors qu'un adolescent rom a été agressé à Pierrefitte, Nathalie Godard, de Médecins du Monde, se désole du climat de plus en plus dégradé entre la population rom, les riverains et les autorités.

Un garçon de 16 ans est toujours entre la vie et la mort ce mardi matin. Ce jeune homme d'origine rom a été roué de coups par des habitants du quartier qui le soupçonnaient de cambriolage, à Pierrefitte-sur-Seine. L'association Médecins du monde du 93, très active au quotidien pour aider ces populations en errance et en difficultés, se désole du climat de plus en plus dégradé, entre riverains, autorités et population rom. Nathalie Godard, coordinatrice générale de la mission banlieue, témoigne.

«Ce qui s'est passé à Pierrefitte, vendredi, intervient à un moment où nous constatons une hausse des violences sur le territoire. La situation s'est vraiment crispée ces dernières semaines en Seine-Saint-Denis. D'ailleurs, avant même cet événement, nous étions en train de nous dire qu'il fallait alerter. Plusieurs faits nous ont été rapportés, notamment de récentes violences commises par des policiers à Aulnay. Lors de l'expulsion d'un camp, ils auraient cassé les abris alors que se trouvaient à l'intérieur des femmes et des enfants. Il y a une dizaine de jours, le propriétaire d'un terrain où vivaient des Roms a fermé les grilles de sa propriété, enfermant les gens à l'intérieur...

« Plus ça va, plus il devient difficile pour ces familles de trouver un endroit où s'installer. Elles sont chassées en permanence, et se retrouvent plus que jamais en errance. Dès qu'elles arrivent à un endroit, les policiers municipaux viennent les déloger tout de suite. Passé quarante-huit heures d'occupation, le lieu est considéré comme un domicile, et il faut donc une procédure d'expulsion, à moins que le préfet ou le maire ne prenne un arrêté

de péril.

«On le constate nettement sur le terrain : avec cette politique, les groupes se fragmentent, s'éparpillent sur le territoire du département. Mais ils ne quittent pas la Seine-Saint-Denis pour autant. Ce sont toujours les mêmes qui vivent ici, certains depuis très longtemps. Nous suivons des familles depuis des années, même s'il devient pour nous de plus en plus difficile de travailler. Vraiment, c'est compliqué. Aujourd'hui, on passe notre temps à essayer de les retrouver. A chaque expulsion, tout le lien que l'on essaie de créer, par exemple pour les soigner, est à recommencer. Tout tombe aux oubliettes. Et je ne vous parle même pas de l'école ! Comment voulez-vous scolariser les enfants alors qu'ils ne dorment parfois qu'une ou deux nuits au même endroit.

«Depuis quelques mois, on distribue des tentes, chose que nous ne faisons pas avant. Ils n'ont pas le temps de construire des abris, avec ces expulsions qui ne s'arrêtent jamais. Mais les policiers les détruisent ou les confisquent au commissariat. La fameuse circulaire du 26 août 2012 était censée introduire un esprit de concertation, et éviter les expulsions sèches. Ici, dans le 93, cette concertation n'existe pas. Il n'est pas question de mettre tout sur le dos des maires, il y a le préfet derrière, et une politique générale.

« Mais par exemple, la circulaire prévoyait d'établir un diagnostic social avant toute expulsion et de proposer des solutions de relogement... En pratique, ces diagnostics sont de simples inventaires très partiels de la population. Quant aux solutions de relogement, la préfecture dit en proposer... Sauf que les populations ne sont pas informées ! Voilà ce qui se passe : quand un arrêté d'expulsion est pris, les policiers viennent tous les matins avant la date dire : «attention, nous allons vous expulser.» La majorité des familles prend les devants, et part avant l'expulsion. Le jour J, ils ne reste souvent plus personne ou une poignée. La préfecture assure qu'un agent est présent à l'entrée avec des solutions d'hébergement sous le bras pour ceux qui viendraient le voir... Personne ne le sait. »

## Quand choisirons-nous de réduire les violences plutôt que de les exacerber ?

Les autorités françaises estiment qu'environ 30 000 personnes se prostituent aujourd'hui en France. Plusieurs enquêtes, dont une réalisée par Médecins du Monde, font valoir que ces personnes sont particulièrement exposées aux violences en tout genre dans le cadre de leur activité : vol, racket, violences physiques et sexuelles. Par ailleurs, l'analyse des faits rapportés par la presse montre que pas moins de 27 personnes se prostituant ont été victimes de meurtre en France au cours des 10 dernières années. Rapporté à la taille de la population concernée, les personnes se prostituant encourent un risque six fois plus élevé que la population générale d'être victime de meurtre.

Les décès précoces de ces hommes et de ces femmes se résument trop souvent à l'indifférence ou, tout au plus, à quelques lignes sordides dans la rubrique des faits divers. A Médecins du Monde, qui mène dans cinq villes (Paris, Nantes, Rouen, Poitiers et Montpellier) des programmes de promotion de la santé et des droits auprès de ces populations, ces faits ne nous laissent pas indifférents. Ce sont des personnes que nous avons connues, que nous avons parfois accompagnées dans des moments difficiles, avec lesquelles nous avons versé des larmes ou partagé des rires et des moments de solidarité. Chacune de leurs histoires de vie est différente mais toutes ont été privées d'avenir.

Entre le soir du lundi 30 mars et le mardi 1<sup>er</sup> avril, Madame F., une femme suivie régulièrement par le Lotus Bus de Médecins du Monde, à Paris, a été violemment assassinée dans son appartement, dans le quartier de Belleville. Alertée par ses amies, inquiètes de ne pas pouvoir la joindre, la police est intervenue et a appréhendé l'auteur présumé sur les lieux.

Cette femme avait un nom, et un visage. Cette migrante courageuse était une mère de famille soucieuse de l'avenir de ses enfants ; son projet en France : épargner de l'argent

pour financer le mariage de son fils resté au pays. Toutes nos pensées sont avec sa famille, qui a appris à la fois la nouvelle de son décès, les circonstances tragiques de celui-ci, et la dure réalité de sa vie en France.

Si pour nous cet événement n'a rien de banal, les violences à l'égard des personnes se prostituant sont trop souvent banalisées. Nous entendons régulièrement les mêmes idées reçues : « la prostitution c'est la violence de toute façon », « elles l'ont bien cherché », « ça fait partie du métier »... Toutes ces attitudes reviennent à considérer la violence à l'égard des personnes se prostituant comme inéluctable. Or, l'expérience nous montre que ces violences sont évitables et nous refusons de nous résigner face à l'ampleur de cette problématique.

Ces violences ont des causes bien identifiables (hépatites et HIV) sur lesquelles il nous est possible, collectivement, d'agir : en réduisant la stigmatisation qui pèse sur les personnes se prostituant, en réduisant les nombreux obstacles à l'accès aux droits et aux soins qui empêchent les victimes de porter plainte, et crée ainsi un état d'impunité pour les agresseurs, en modifiant la législation sur la prostitution qui pénalise fortement aujourd'hui les personnes se prostituant, et les contraint à prendre toujours plus de risques.

L'assassinat du 30 mars illustre de façon exemplaire les conséquences tragiques des politiques publiques actuelles. Depuis la médiatisation, au mois d'août 2013, d'une nouvelle loi visant à pénaliser les clients de la prostitution, les clients se raréfient dans la rue. Les personnes, comme madame F., qui dépendent de cette activité pour leur survie économique se trouvent contraintes de travailler plus longtemps, à réduire les tarifs de leurs prestations et à accepter des clients, ou des pratiques sexuelles, qu'elles auraient auparavant refusé.

A cette situation de précarisation s'est ajoutée, depuis le mois de décembre 2013 et le début des campagnes des élections municipales, une répression policière particulièrement forte à l'encontre des personnes se prostituant dans la rue à Belleville. Toutes les semaines celles-ci sont visées par des contrôles d'identité injustifiés et discriminatoires. Plusieurs dizaines de personnes se sont retrouvées en centre de rétention administrative suite à ces opérations. Les personnes en situation irrégulière, comme Madame F., sont poussées à travailler de plus en plus tard la nuit, lorsque c'est plus dangereux, pour échapper à la police et, soumises à une forte pression, elles ont plus de mal à choisir leurs clients et à négocier leurs pratiques.

L'agresseur était connu dans le quartier comme étant « un mauvais type ». La plupart des personnes se prostituant, mises au courant par leurs collègues, évitaient d'avoir des relations avec lui. Il se trouve qu'en raison des nombreuses opérations policières Madame F. n'avait pas travaillé depuis plusieurs jours. Bien qu'elle sache que cet homme était potentiellement dangereux, elle s'est résignée, pour toutes les raisons citées, à accepter une relation avec lui, avec les suites tragiques que l'on sait.

Ce même agresseur avait déjà commis des violences à l'encontre d'autres femmes migrantes se prostituant dans le quartier. Malheureusement il existe de très nombreux obstacles à l'accès aux droits pour ces victimes, et ces violences n'ont jamais fait l'objet d'un dépôt de plainte. Force est de constater que la police n'est pas identifiée comme une ressource pour ces personnes, mais uniquement comme une source de répression. Cela est d'autant plus vrai pour les personnes en situation irrégulière qui risquent, en se rendant au commissariat, de faire l'objet d'un contrôle d'identité.

Le faible taux de recours aux droits génère ainsi un sentiment d'impunité chez les agresseurs qui savent que leurs victimes ne contacteront jamais la police. Or, si ces victimes avaient pu porter plainte et si l'agresseur avait fait l'objet de poursuites, la vie de Madame F.

aurait pu être épargnée. Enfin, des voisines et collègues de Madame F. ont entendu des cris, mais elles ont eu peur d'appeler la police en raison de leur situation administrative irrégulière ; pourtant, d'après la police, si elle était intervenue plus tôt sur les lieux, Madame F. aurait pu être sauvée.

Si les premiers responsables des violences sont les auteurs, ce cas montre que l'Etat a également sa part de responsabilité. L'ensemble des politiques nationales et locales concourt à aggraver les risques de violences en poussant les personnes se prostituant vers toujours plus de précarité et de marginalisation.

À Médecins du Monde, nous tâchons de faire valoir nos nombreuses expériences de terrain auprès des personnes se prostituant pour que les changements législatifs en matière de prostitution soient en faveur de la réduction des risques et de la santé publique.

Quand choisirons-nous une politique qui contribuera à réduire les violences plutôt qu'à les exacerber ? Combien de personnes se prostituant seront-elles encore victimes de ces politiques avant que nous décidions de les réformer ?

**Tim Leicester**

**Coordinateur du Lotus Bus**

**Programme de promotion de la santé et des droits auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris.**

A l'occasion de la journée internationale des Droits des femmes MDM a lancé, samedi 8 mars à côté de Beaubourg



Une opération de sensibilisation en faveur de l'accès universel à la contraception et à l'avortement sûr et légal. Pour que les 50 000 femmes qui, chaque année décèdent des suites d'un avortement clandestin, ne soient pas

qu'une simple statistique, une machine a imprimé, chaque minute sur des cartes postales, le prénom d'une victime. Les passants ont récupéré les cartes pour les envoyer à Najat Valaud-Belkacem, Ministre du Droit des Femmes, afin qu'elle devienne le porte-parole de leur cause auprès de l'ONU.

Bilan d'étape, trois semaines après le lancement de cette campagne internationale :

Nombre de visites : 28 826 visiteurs (Top : France, Espagne, Suède, Argentine, États-Unis)

Nombre total de signatures sur le site: 7 301

Nombre d'opt-ins (inscription à la Newsletter) : 5 314

Un film expliquant la campagne et relatant notre première journée de mobilisation à Paris le 8 mars dernier, est désormais disponible, en version française :

<https://www.youtube.com/watch?v=woAG-cmjV3Ts&list=UUTCQjWrkWFtHhmA3Y-POfijw>

Autour de cette manifestation, message Margarita Gonzales, membre du CA :

Je voulais remercier ceux qui ont travaillé pour que cette journée d'hier, 8 mars, Journée Internationale des Droits des Femmes sur la Place Stravinsky démarrant notre campagne Droit à Décider, «Names not numbers», soit une belle journée si bien réussie. Mais aussi dire à ceux qui n'étaient pas là hier que c'était une magnifique journée de militance, convivialité et échange, tout ça avec des passants pour la plupart intéressés et solidaires. Des personnes de tout âge, français et de par le monde.

En rentrant chez moi le soir j'ai pu lire cet article dans la presse espagnole, je vous envoie le lien et vous invite à le lire ou bien à le regarder, il n'est pas très long et, j'en suis sûre, rien que la photo, vous incitera à aller plus loin ...

Dans tous les cas je nous félicite pour cette campagne sobre et percutante qui affirme notre engagement pour cette cause envers les femmes de par le monde, puisque

de toute évidence il y en a qui n'hésitent absolument pas dans la comparaison par l'horreur pour affirmer leurs convictions !

**Abrazo**



## Où en sommes-nous des salles de consommation ?

### L'ouverture d'une salle de consommation à Paris : un projet en cours !

En octobre 2011, le conseil d'administration de Gaia a approuvé la décision d'initier un projet de salle de consommation supervisée en partenariat avec Médecins du Monde. Cette décision a été validée par les 2 conseils d'administration en mai 2012 et concrétisée par l'embauche d'une coordinatrice projet par Gaia Paris. La rédaction du projet a démarré en juin 2012.

Par la suite, le maire du 10<sup>e</sup> arrondissement a réaffirmé son engagement d'ouvrir une salle de consommation à moindre risque dans les mois à venir. Il a notamment commencé à ouvrir le dialogue avec les riverains en organisant une réunion d'information le 10 octobre 2012, à la suite d'une série de plaintes, courriers et pétitions reçus en mairie, concernant le climat d'insécurité vécu par les riverains dans le quartier. Un projet a été rédigé en septembre 2012 et discuté par la suite avec tous nos partenaires, institutionnels et associatifs.

Depuis le feu vert donné par Matignon le 5 février 2013, le projet a pris forme et s'est concrétisé peu à peu. Tout d'abord la mairie de Paris s'est officiellement portée candidate pour l'ouverture d'une salle de consommation, et est devenue

le coordinateur du projet. Un comité de pilotage réunissant les différents acteurs impliqués dans le projet (élus locaux, tutelles, préfecture de police, parquet, association Gaia-Paris notam-

ment) s'est retrouvé tous les mois à partir de février. Ce comité de pilotage a permis d'aborder tous les points soulevés par cette ouverture :

- ▶ Le projet tout d'abord, ses objectifs, ses actions, et son articulation dans le réseau de RdR et de soins déjà existant,
- ▶ Le rôle de la police et le partenariat avec Gaia,
- ▶ Les partenariats et réseaux à développer.

### L'ouverture de la salle de consommation...

Un lieu ayant été identifié en avril 2013, le projet a pris forme peu à peu : des séances de sensibilisation ont été organisées auprès du commissariat du 10<sup>e</sup> arrondissement, des informations ont eu lieu auprès de différents partenaires et des rencontres avec les riverains ont été initiées.

Alors qu'en septembre tout se prépare et se met progressivement en place (phase de recrutement de l'équipe, démarrage des travaux), qu'une ouverture est prévue pour les tout premiers jours de décembre (certains d'entre nous rêvent déjà à une ouverture le 1<sup>er</sup> décembre, journée symbole, qui rappelle tous ceux qui, en utilisant une salle de consommation, auraient pu éviter d'être contaminés), le 10 octobre tombe l'avis du conseil d'état : **défavorable**.

C'est un coup dur pour tout le monde, une annonce qu'il faut digérer avant d'envisager la suite.



## L'ouverture d'une salle de consommation à Paris : un projet en cours !

En octobre 2011, le conseil d'administration de Gaia a approuvé la décision d'initier un projet de salle de consommation supervisée en partenariat avec Médecins du Monde. Cette décision a été validée par les 2 conseils d'administration en mai 2012 et concrétisée par l'embauche d'une coordinatrice projet par Gaia Paris. La rédaction du projet a démarré en juin 2012.

Par la suite, le maire du 10<sup>e</sup> arrondissement a réaffirmé son engagement d'ouvrir une salle de consommation à moindre risque dans les mois à venir. Il a notamment commencé à ouvrir le dialogue avec les riverains en organisant une réunion d'information le 10 octobre 2012, à la suite d'une série de plaintes, courriers et pétitions reçus en mairie, concernant le climat d'insécurité vécu par les riverains dans le quartier. Un projet a été rédigé en septembre 2012 et discuté par la suite avec tous nos partenaires, institutionnels et associatifs.

Depuis le feu vert donné par Matignon le 5 février 2013, le projet a pris forme et s'est concrétisé peu à peu. Tout d'abord la mairie de Paris s'est officiellement portée candidate pour l'ouverture d'une salle de consommation, et est devenue le coordinateur du projet. Un comité de pilotage réunissant les différents acteurs impliqués dans le projet (élus locaux, tutelles, préfecture de police, parquet, association Gaia-Paris notamment) s'est retrouvé tous les mois à partir de février. Ce comité de pilotage a permis d'aborder tous les points soulevés par cette ouverture :

- ▶ Le projet tout d'abord, ses objectifs, ses actions, et son articulation dans le réseau de RdR et de soins déjà existant,
- ▶ Le rôle de la police et le partenariat avec Gaia,
- ▶ Les partenariats et réseaux à développer.

## L'ouverture de la salle de consommation....

Un lieu ayant été identifié en avril 2013, le projet a pris forme peu à peu : des séances de sensibilisation ont été organisées auprès du commissariat du 10<sup>e</sup> arrondissement, des informations ont eu lieu auprès de différents partenaires et des rencontres avec les riverains ont été initiées.

Alors qu'en septembre tout se prépare et se met progressivement en place (phase de recrutement de l'équipe, démarrage des travaux), qu'une ouverture est prévue pour les tout premiers jours de décembre (certains d'entre nous rêvent déjà à une ouverture le 1<sup>er</sup> décembre, journée symbole, qui rappelle tous ceux qui, en utilisant une salle de consommation, auraient pu éviter d'être contaminés), le 10 octobre tombe l'avis du conseil d'état : **défavorable**.

C'est un coup dur pour tout le monde, une annonce qu'il faut digérer avant d'envisager la suite. Néanmoins assez rapidement, des rendez-vous sont pris auprès de nos partenaires institutionnels, notamment la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanie), qui nous confirme l'engagement politique ferme d'ouvrir une ou plusieurs salles de consommation dès que la législation le permettra. Cela signifie qu'un texte de loi est préparé dès à présent et sera soumis, par l'intermédiaire d'un parlementaire, à l'assemblée nationale tout de suite après les élections municipales. Ce texte permettra l'expérimentation d'une ou plusieurs salles de consommation, et introduira plus spécifiquement la notion de « consommation », qui manque dans le code de santé publique de 2004.

Il nous faut être encore patients quelques mois, et ensuite nous verrons rapidement si les promesses sont tenues...D'ici là, des usagers consomment toujours aux abords de la gare du nord, dans les toilettes publiques, les parkings, parfois dans la rue...cette réalité existe bel et bien, et il serait temps qu'une réponse pragmatique et rationnelle soit enfin apportée...

**Céline Debaulieu, coordinatrice salle de consommation GAÏA**

## Et ailleurs ? révolution en herbe en Uruguay

### Cannabis : LE MONDE-Nicolas Bourcier (Montevideo, envoyé spécial) 18.03.2014 à 13:23

Jour tranquille à Montevideo. Vent léger dans les rues, soleil à l'encan : les terrasses des cafés de la capitale uruguayenne ne désemplassent pas. On déjeune, on boit un verre et les volutes de fumée de cannabis virevoltent, de-ci de-là, comme si elles avaient toujours fait partie du décor. Il est midi. Le pays se donne des airs d'une normalité presque tranquille.

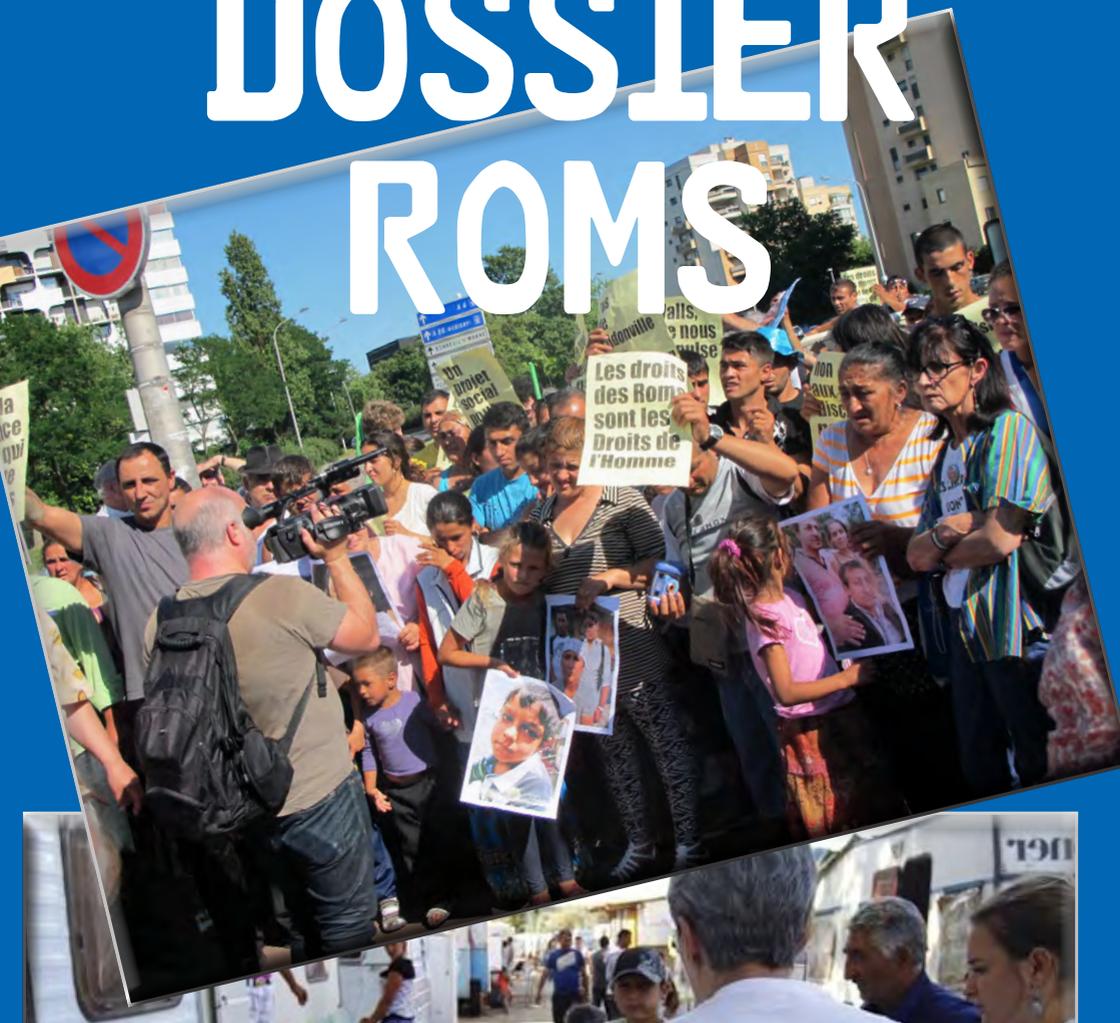
Il est pourtant sur le point d'achever une singulière révolution. Après avoir formellement légalisé la marijuana en décembre 2013, les autorités sont entrées dans le vif du sujet. Elles doivent rédiger avant la mi-avril, comme l'exige la loi, un décret d'application afin de créer le premier marché réglementé du cannabis au monde. Le texte, d'une folle ambition, repousse les limites des expériences menées dans les États nord-américains du Colorado et de Washington, aux Pays-Bas et en Espagne, qui autorisent ou tolèrent la production de cannabis dans un cadre privé.

[Lire aussi le post du blog « Un monde cent drogues » : Cannabis - 2014, année de l'ouverture ?](#)



© Gentside Découverte/Maxi sciences

# DOSSIER ROMS



Par Emma Zour.  
Bénévole à la délégation Île de France

# Journal : Ma journée dans un bidonville

## ✍️ Preamble

Pour ce nouveau numéro 1, l'équipe de MdM décide de mettre à l'honneur la mission bidonvilles (anciennement la mission Rom). Avant de d'y faire un travail de terrain,

j'ai décidé de noter sur une feuille ce que je connaissais sur les Roms. C'était difficile car mes seules images étaient celles véhiculées par les médias mais aussi, plus proche de mon quotidien, celle de la Gare du Nord. C'est donc machinalement que j'ai jeté sur le papier des mots tels que Roumanie, délinquance, saleté, mendicité, vols, insalubrité, et la petite dernière Seine Saint-Denis... Et là ce fut un choc ! Ces mots étaient durs, pourquoi n'avais-je rien noté de positif. Pourquoi ces migrants ont-ils une si mauvaise image ? Il fallait donc que je me confronte à cette population en marge de la société.

C'est donc au 14 mars, que je m'apprête à franchir le périphérique en direction de Saint-Denis. Voici une autre image stéréotypée que l'on lit dans les journaux. Sur un plan personnel, j'ai gardé de cette banlieue l'image que petite fille je me suis faite en allant voir ma famille dans une des impressionnantes grandes tours. Arrivée à la Gare du Nord, je rencontre une « bande » de jeunes filles Roms. En l'espace d'un instant, les touristes et les voyageurs s'agrippent à leurs sacs, tandis que d'autres s'enfuient sur les côtés. Cet impressionnant cortège sème la zizanie au niveau -1. Mon immersion commence à l'instant.

Je prends un direct pour Saint-Denis Stade. Tout au long du trajet, je regarde avec étonnement les grands édifices construits ou en pleine élévation. Les grandes enseignes de banque se partagent le sommet des bâtiments. Chacun cherchant à être au plus près du ciel. Est-ce un attachement quelconque aux valeurs religieuses et humaines ? Une façon de bénir les mots : BNP, LCL, Société Général...? Mal-

heureusement c'est ce que l'on appelle cela du marketing. Saint-Denis est devenue en l'espace de quelques années une nouvelle plate-forme de la gentrification.

Je descends à l'arrêt Stade de France avec des centaines de cadres supérieurs attendant les bus octroyés par les sociétés. Les moins chanceux cherchent ceux de la



RATP. Le contraste est édifiant entre les longues rues qui longent la voie du RER et celles avoisinantes qui vous conduisent au cœur de Saint-Denis. Une fois passé le pont, je découvre le nouveau visage de ces HLM de standing. Je me dirige aux 8/10 rue des Bles, un bien joli nom pour accompagner le CASO de Saint-Denis et la mission bidonvilles.

## ✍️ Ma rencontre avec le CASO et la mission bidonvilles

Autour de moi, des dizaines d'usagers font sagement la queue à l'accueil du CASO en attendant d'être dirigés vers les services concernés. Je me dirige vers les bureaux annexes pour prendre connaissance d'une partie des bénévoles et des salariés de la mission : Martin (médecin RM),

Anne-Marie (médecin), Manola (interprète), Livia (coordinatrice) et Dorinela (médiatrice).

A 11h, j'accompagne Anne-Marie et Manola pour une tournée au centre Montfort. Anne-Marie m'explique que l'objectif est l'orientation des malades. Orientation ? « Le principe est d'avoir un suivi des dossiers. Orientation ? « Le principe est d'avoir un suivi des dossiers. Nous demandons aux patients d'aller seul en soin dans des services spécialisés pour prendre des rendez-vous, faire une radio ou tout simplement consulter un spécialiste. Comme nous les envoyons dans les CMS ou à l'hôpital, nous avons besoin d'un retour sur les éventuels traitements médicaux et bien sûr ce qu'ils ont compris. Il est aussi important pour nous de savoir comment ils ont été traités. Certains reviennent avec des ordonnances ou des analyses que l'on rajoute aux dossiers et Manola traduit s'ils n'ont pas compris. Cette régularité est importante. Mais nous devons aussi leur faire comprendre que nous sommes aussi là pour les accompagner dans les démarches ».

Ce jour-là, l'équipe rencontre un homme et trois femmes ainsi qu'une adolescente.

## L'arrivée au centre Montfort

Une fois arrivé au centre, un groupe de 3 enfants nous regarde et nous sourit. Le plus grand « joue » aux ferrailleurs. Il scie, découpe, dévisse un tas d'objets récupérés par-ci par-là. Les deux plus petits le regardent religieusement. L'aîné nous confesse qu'il souhaite aller à l'école. « Une camionnette d'une association doit venir me chercher pour aller voir un film » nous traduit Manola. Un véritable moment d'allégresse pour ces enfants où la magie du cinéma apporte un peu de répit. Anne-Marie confirme cette demande de scolarisation. « Je me bats pour qu'ils aillent à l'école. Tout enfant doit être scolarisé. Si une école refuse, les parents doivent aller voir le médiateur des droits des enfants. Je suis médecin, et je pense qu'il faut soigner l'âme pour soigner le corps ».

Le campement est construit de bric et de broc. Un « village » se dessine sous nos pieds. Des allées à droite et à gauche desservent les lieux de vies. Les cuisines sont souvent aménagées à l'extérieur. Les chemins et les maisons sont recouverts de tapis, de cartons, de portes et de

planches. Le principe est que tous les matériaux, solides et récupérables doivent être détournés pour la construction des maisons. Au niveau de l'artère principale, des hommes jouent au jeu de société et des enfants courent entre nos jambes. Les interlocuteurs se font rares. Imperturbables, les hommes nous regardent sans répondre à nos questions. C'est une charmante petite fille accompagnée par un premier patient qui nous dirige vers notre première patiente.

## Les patients

L'âge de cette femme semble indéfinissable. Seules ses rides marquent une vieillesse naissante creusée par des années de souffrance. Notre homme reste auprès de nous tel un garde du corps protégeant ses clients. Anne-Marie, gênée, suggère de rentrer à l'intérieur.

Malgré le soleil, le froid est omniprésent. Deux fûts en métal servent de chauffage à combustion : l'un ouvert fait office de foyer tandis que l'autre sert d'insert. Un bricolage fort utile pour se chauffer mais très dangereux pour la santé et pour les éventuels accidents domestiques. Sur le mur est accrochée une photo de la vierge. Un espoir, une écoute aux prières... qui sait ce qu'elle peut lui implorer. Manola l'interroge sur sa rencontre avec un médecin urgentiste. « Elle s'est rendu aux urgences de Saint-Denis et elle a expliqué au médecin ses symptômes : mal à la tête, tension et douleur aux dents. Le docteur lui a prescrit un simple paracétamol pour calmer la douleur ». Anne-Marie m'explique que les médecins ne comprennent pas la langue et ils ne font pas l'effort de chercher plus loin.

Quant au mari, il est au « travail ». La douleur est persistante. Médecins du Monde lui propose de prendre le tramway pour aller au CMS. Un vent de panique souffie soudain dans la maison ! Son mari a tous les papiers, dont l'ordonnance. Ne sachant ni parler, ni lire, ni écrire, la tâche lui paraît insurmontable. Nous lui laissons un moment de réflexion, le temps pour nous d'aller voir une autre malade.

Sur le chemin nous croisons une jeune maman et sa fille adolescente qui nous disent « Bonjour ». Anne-Marie reconnaît sa prochaine patiente. Nous rentrons dans sa maison pour plus d'intimité et de confidentialité. Manola lui explique que MdM a reçu une partie du

Malgré les grandes difficultés, les familles tentent de recréer les conditions d'une vie normale.



compte rendu de l'IRM de sa fille. Le reste des analyses est à retirer à l'hôpital. Malgré les barrières de la langue, cette jeune femme a eu le courage d'aller à l'hôpital Robert Debré et de demander une radio au service de neurologie. La maman explique également qu'elle est venue en France pour la soigner. « Lorsque j'ai su que j'étais enceinte je n'ai pas voulu garder l'enfant. J'ai demandé au médecin un avortement. Il m'a expliqué que cela n'était pas possible car j'étais trop avancée. Il m'a fait une piqure et depuis ma fille est née handicapée ». « Que comptez-vous faire ? », demande Anne-Marie. « Je veux rentrer en Roumanie. Ici, c'est trop difficile. Son père reste en France, il pourra prendre la suite des rendez-vous en ophtalmologie et en neurologie ».

Le logement est semblable à celui de sa voisine. Le lieu est aménagé avec un espace couchage et un espace à vivre. Des sacs à main jonchent les hauteurs des murs. Elle y entrepose les choses les plus importantes comme les papiers des médecins. Un rangement original qui permet en cas d'expulsion de ne prendre que le nécessaire. Sa fille de 12 ans semble ne pas comprendre ce qui se passe.

Tout en sirotant un coca-cola, ses grands yeux noisette nous scrutent. En partant, la maman remercie infiniment Anne-Marie et Manola pour toute l'aide qu'elles apportent. Par ses quelques mots appris en Français « merci beaucoup », cette femme paraît touchée par l'implication des interlocuteurs de MdM.

Rien ne pouvait permettre d'envisager la rencontre de ces deux exilées sauf l'arrivée en France et le retour dans leur pays. Les maris, quant à eux, restent pour « travailler ». Un bien joli verbe d'action pour exprimer le fait de faire la manche.

Les enfants jouent encore dans les grandes voies de cette « ville » insalubre. Anne-Marie, fidèle à sa mission, demande si où l'on peut trouver les deux autres malades. L'une est rentrée dans son pays, l'autre est au travail, nous rétorque-t-on. Les hommes continuent à jouer sans répondre à nos questions même lorsque Manola tombe en glissant sur un caillou. Aucun ne se lave pour l'aider et pourtant Manola reste leur premier allié.

La visite continue à défilier au rythme des cris et des rires des enfants, du va-et-vient permanent des parents qui

rentrent de leurs journées, des chiens qui font leurs besoins sur la voie et inlassablement ses six hommes qui jouent et rejouent aux cartes. Une journée comme une autre, semble-t-il banal pour eux, mais bouleversante pour moi.

Dans quelques jours, ce campement aura disparu. Les habitants ont reçu une ordonnance de quitter le territoire. Une forme d'injonction de l'état leur disant qu'ils ne sont pas les bienvenus en France. J'imagine déjà le défile de fourgon de CRS, de voiture, de policiers municipaux, de photographes et l'action de ses grues écrasant les maisons. Un ouragan emportera les planches de bois, les moquettes, les cartons et tout cela sous l'œil de cette population bouc émissaire d'une chasse aux sorcières à l'échelle européenne.

Dans un pays où la notion des droits de l'homme est apprise à l'école, où les rues sont couvertes de monuments et d'inscription mettant à l'honneur ses combattants de la liberté, nous voici ramenés à discriminer des gens qui ne demandent qu'à vivre simplement.



# Les hommes et les femmes

Mettre en Une cette mission, c'est avant tout rendre hommage à toutes ses personnes salariées et bénévoles qui contribuent à défendre les plus opprimés.

## Anne-Marie, médecin et Manola, interprète

C'est fin 2009, qu'Anne-Marie intègre l'équipe de MdM. De par son métier de pédiatre dans une PMI en Seine Saint-Denis, elle côtoie déjà une population fragile. « Suite à ma rencontre avec Catherine Richard, en 1993, j'ai demandé à mes supérieurs si je pouvais l'accompagner une fois par semaine dans ses tournées. C'est le début de mon aventure MdM ». La PMI voit alors apparaître un nouveau peuple démunis sur le plan social, financier et bien-sûr médical. « À la retraite, j'ai décidé de continuer mon travail de pédiatre avec les équipes des missions Roms et saturnisme » (aujourd'hui missions Bidonvilles et Santé Logement).

### *Quelles ont été tes motivations ?*

« Pour moi cela correspond au sens de la vie ». Anne-Marie se compare au petit colibri de Pierre Rabhi <sup>(1)</sup>, « on ne sert pas à grand-chose si on n'apporte pas sa petite goutte d'eau ». Ce colibri fort sympathique contribue à la construction de cet édifice et qui prend d'année en année beaucoup d'ampleur.

### *Qu'est-ce qui a changé depuis le début de la mission ?*

« Aujourd'hui, il y a plus de Rom qu'auparavant et aussi de plus en plus de terrain. Le reste n'a pas vraiment chan-

gé. Les expulsions sont toujours aussi intolérables. Les femmes sont souvent bousculées par les forces de l'ordre lorsqu'elles ne veulent pas partir. Les grues emportent les camions et arrachent les maisons ».

### *Qu'est-ce qui vous met en colère ?*

« Ma priorité reste la scolarité. Je me bats pour cela. Est-ce que la santé se limite seulement au corps humain ? Non, elle concerne la personne dans sa globalité. Et dans le cas d'un enfant, c'est très important ». Anne-Marie conseille les parents en leur expliquant le bien-être que cela peut leur procurer d'envoyer leurs enfants à l'école. « Je me souviens d'un enfant en bas âge qui a subi plusieurs opérations. Les parents l'ont alors beaucoup couvé. Il devenait dur avec eux mais aussi avec ses frères et sœurs. Ils m'ont alors demandé conseil, et moi, en tant que pédiatre, j'ai préconisé comme remède : l'école. La maman pensait plutôt à un calmant sous forme de sirop ». Le problème est que les Roms ne connaissent pas les lois. « La médecine scolaire est un droit commun. Si un établissement refuse une inscription, les parents doivent faire appel aux médiateurs des Droits des enfants. Il faut voir l'école comme un véritable remède pour la santé ». Au-delà de ce problème, c'est également l'ouverture vers une compréhension de la langue. Comprendre, c'est s'ouvrir vers une autonomie, une nouvelle.

Anne-Marie travaille comme toutes les équipes mobiles avec une interprète. Lors de cette journée, je rencontre Manola. D'origine roumaine, elle est entrée à

# mmes de la mission

MdM, il y a 8 ans par le biais d'une coopération. « C'est un grand médecin qui m'a introduite à la mission Rom ».

*Est-ce difficile d'être roumaine intégrée face à des roumains stigmatisés par les médias ?*

« J'ai connu de la haine. On disait que j'étais de l'autre côté. Aujourd'hui, les rapports s'améliorent et puis MdM a bonne réputation ». Malgré la popularité de l'association, le mot Rom reste connoté négativement. Une impopularité qui malheureusement s'accroît au fil de l'actualité. La notion d'enfant est chez les Roms primordiale. « On pense toujours que les enfants sont maltraités et c'est pourtant le contraire ! Ils n'aiment pas qu'on leurs fasse du mal. Ils sont attentifs à leur bien-être. Par exemple, ils ne veulent pas des piqûres car ça les fait pleurer ».

*Et la place des femmes ?*

« On voit énormément de femmes ne sachant ni lire ni écrire. Elles ne vont malheureusement pas à l'école ». Un constat bien triste ! « Lire et écrire peuvent les aider à se débrouiller dans la ville, à prendre les transports, à rencontrer les médecins... ».

*L'intégration des Roms sera-t-elle un jour possible dans notre société ?*

« Si on compare avec l'arrivée des chinois en France, les Roms ont encore beaucoup de travail pour se faire respecter. La culture asiatique est visible et respectée. Les enfants sont scolarisés et parlent le chinois en famille. Alors que pour les Roms, ils sont devenus les ennemis de la

nation. À un chien, on donne un os mais pas à un Rom ». Manola est scandalisée par cet état de fait visible au quotidien. Qui connaît réellement l'histoire de ses hommes et de ses femmes. Rom = Roumain, c'est ce que l'on entend au quotidien. Et pourtant historiquement, ils sont originaires d'Inde. Une des branches a rejoint l'Europe du Centre Est pour s'installer en Hongrie, Pologne et Roumanie. Ils sont donc européens.

*Anne-Marie et Manola : quelles sont vos attentes aujourd'hui ?*

« Le suivi des malades est très important. S'il n'y en a pas, nous perdons du temps mais cela passe aussi par un meilleur équipement technique. Nous ne sommes pas nombreux, nous ne pouvons pas toujours accompagner les cas difficiles. C'est pour cela que nous mettons en place cette orientation vers le droit commun. Nous avons besoin de tous les acteurs extérieurs : CMS, médecins... ».

Des petits moyens malgré l'ampleur du problème, mais avec et surtout des personnes courageuses et dévouées.

---

1) « Un jour, dit la légende, il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés, atterrés, observaient impuissants le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou, agacé par cette agitation dérisoire, lui dit : « Colibri ! Tu n'es pas fou ? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ! » Et le colibri lui répondit : « Je le sais, mais je fais ma part. »

## **Dorinéla, médiatrice et Livia, coordinatrice technique**

C'est en juin 2013 que **Dorinela** arrive sur le poste de médiatrice, mais c'est véritablement en 2012 qu'elle rencontre l'équipe de MdM. Son travail de médiatrice sanitaire et sociale, elle le partage avec Audrey, assistante sociale. **Livia** occupe le poste de coordinatrice

### *Où as-tu appris le Français ?*

« J'étais professeur de Français en Roumanie. Je suis arrivée en France en 2005 et j'ai travaillé comme interprète médiatrice pour une ONG. Je me déplaçais beaucoup dans les bidonvilles. J'orientais déjà à l'époque les usagers vers les structures de droit commun. J'avais envie de me sentir épaulée dans une équipe et d'être au plus proche des intéressés. On parlait déjà des bidonvilles occupés par les Roms ». C'est tout naturellement que Dorinela propose ses services. « J'en avais assez de ces stigmatisations perpétuelles ». A force de côtoyer d'autres services ou des confrères, les intervenants commencent à se connaître et à créer une synergie. « Les gens m'appellent docteur à cause du logo MdM sur mon gilet. Je commence même à connaître les noms de certaines maladies, cela m'aide au quotidien. Livia m'a proposé de travailler prochainement avec un infirmier, un plus lors de mes tournées ! ».

Livia est arrivée en 2007 à MdM et notamment sur la mission Bidonville.

**Livia, la mission Bidonville fête ses 20 ans, qu'est-ce qui a changé par rapport à la mission Rom ?**

« On a resserré sur 2 départements et 3 communes. Cela nous permet d'activer

un partenariat (parfois non formel) avec les cellules de droit commun. On guide et on oriente les usages vers ses structures afin d'éviter cette dépendance vis-à-vis de MdM ». Les Roms ne viennent que lorsque le camion est à proximité. C'est une donnée importante pour les équipes ; car pas de camion, pas de soin et les cas difficiles demandent un suivi régulier. Prendre la décision de les envoyer directement dans les services concernés, c'est éviter de perdre du temps et le temps à MdM est crucial. « on préfère travailler avec cette frustration pour les équipes mais au moins nous générons de l'autonomie ». Livia souhaite mettre plus d'énergie dans un plaidoyer constructif où chaque intervenant puisse témoigner des faits. Aujourd'hui la mission bidonville est à un tournant important. Elle englobe dorénavant les Roms mais aussi les usagers en situation précaire. Dans les deux cas les demandes sont en forte augmentation et le suivi social, médical et psychologique s'avère plus pointu. Selon Livia, la barrière linguistique n'est pas le seul problème. C'est aussi une affaire politique et de conscience de chacun. Accepterions-nous que l'un nos proches vivent dans ces conditions ? Et pourtant nous l'acceptons pour un étranger !

© Jérôme Sessini/Magum Photos





# Les 20 ans de la mission bidonvilles

A 20 ans tout est permis ! Ce bel adage convient-il à la mission bidonville ? Pas sûr selon Livia. Deux décennies plus tard c'est un véritable « signal d'alarme qu'il faut tirer ».

Même si aujourd'hui les moyens sont « supérieurs », la réalité est nettement plus difficile. Anne-Marie part d'un postulat, comme il y a plus de terrains, il y a forcément plus de Roms. Le travail de MdM évolue forcément, c'est pourquoi MdM met en place une politique de plaidoyer. L'histoire a bien compris que la parole est tout aussi importante que les actes. Livia, Dorinela, Martin, Anne-Marie et le reste de l'équipe sont les témoins privilégiés de ce bouleversement.

Le témoignage n'est pas la seule garantie d'une réussite. Livia souhaite un rapprochement avec les services étatiques. Aujourd'hui la mission bidonville travaille sur plusieurs départements et trois communes. L'idée est d'avancer tous ensemble. « Si un médecin a besoin d'un interprète, il nous appelle. Si on doit accompagner un usager, nous pouvons également le faire. Notre but est de ne plus créer cette dépendance envers MdM. Il y a encore quelques années les Roms ne venaient vers nous que lorsqu'ils voyaient notre camion ».

Comment peuvent-ils se débrouiller dans un pays étranger s'ils ne connaissent pas la langue, ni les struc-

tures ? « Nous devons les obliger à acquérir un minimum d'autonomie surtout lorsque que le campement est détruit. Ils doivent réussir à trouver une structure équivalente dans un autre lieu ».

MdM souhaite mettre aujourd'hui ces notions de droit commun et de plaidoyer en avant. Comme souligne Livia « on accuse la barrière culturelle d'être moteur de cette exclusion, or c'est souvent lié à des problèmes linguistiques ». La notoriété de MdM oblige les structures (politiques, sociales ou autres) à les écouter, mais agissent-ils vraiment ? Pour Livia ce qui a changé, c'est cette action globale entre la ville et les bénéficiaires.

Aujourd'hui le constat est alarmant. On crée une nouvelle génération d'exclus. La non-représentation dans la société les cantonne à rester dans cette misère qui s'aggrave de jour en jour. Le résultat est un éloignement de la société et un racisme massif.

Il y 20 ans, la politique d'intégration des Roms permettait de scolariser les enfants et d'obtenir des soins pour toute la famille. Aujourd'hui, l'insertion n'est plus d'actualité. Le mot d'ordre est la précarisation et la peur de « l'autre ».

Apprendrons-nous à cette nouvelle génération qui naît dans les campements que leurs ancêtres sont des gaulois ou que la France est le garant des Droits de l'Homme ?

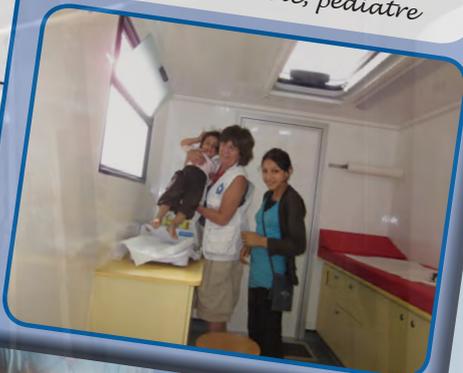


Le plaidoyer répond à la question « Qu'est-ce qui peut être fait ? ». Il sert à dire et à redire « pas d'expulsion sans solution de relogement ». Avec la crise du logement, cela n'est pas forcément faisable, mais la précarité sociale, financière et sanitaire implique qu'il faut une politique de stabilisation des personnes.

*Martin, médecin RM*



« Pour moi cela correspond au sens de la vie. On ne sert pas à grand chose si on n'apporte pas sa petite goutte d'eau ». *Anne-Marie, pédiatre*



Deux décennies plus tard c'est un véritable « signal d'alarme que l'on doit tirer ». Et elle le tire !

*Livia,  
coordinatrice  
technique*

# Du côté des missions

**En début d'année, la Mission squats a présenté ses vœux pour la nouvelle année, relisons-les. Et surtout : une bonne survie pour 2014 !!!**

Janvier 2014, c'était la période des vœux, pour la nouvelle année, relisons-les.

Nous y allons tous de nos discours bienveillants, bien-pensants et plein de positivisme, jusqu'à la nausée, comme si nous devions lifter notre conscience.

Dans notre belle France, 5 millions de personnes sont au chômage, 9 millions sont pauvres (sous le seuil de consommation), 10 millions sont concernées par la « crise du logement » et 50 000 ménages éligibles au DALO n'ont pas de toit.

C'est notre société inégalitaire qui conduit les personnes qu'elle exclut à s'autodéterminer et à s'exposer à la répression qu'elle orchestre en augmentant les inégalités et en punissant les personnes qu'elle a exclues. Ce cercle vicieux a pour objet de défendre des lois de plus en plus nombreuses, qui protègent la richesse arrogante et fait de ceux qui ne se soumettent pas à ces lois, des délinquants, qu'elle peut légalement sanctionner, exclure et disqualifier en boucle. Jusqu'à diminuer les espérances de vie, des plus vulnérabilisés, des plus précarisés.

Les politiques « vertueuses » mises en œuvre par la France du Haut, sont en fait moralistes. Selon sa morale, la société du

mépris, exerce un pouvoir sur les autres, qu'elle juge et condamne selon des critères qui lui sont propres.

La Loi est toujours une volonté de transformer l'autre en objet visible, observable et punissable, selon la volonté d'un pouvoir, qu'il soit démocratique ou tyrannique.

**Robert Bianco-Levrin, coordinateur mission squats.**

## **Farewell Michel !**

Michel Armellino, notre Ami et psy de la mission squats vient de partir pour ouvrir de nouveaux squats ailleurs. Ceux qui l'ont connu, savent à quel point c'était un être de cœur remarquable et si profondément humain. Il était vivant par amour et il cultivait l'amour de la vie.

**Adieu Monsieur Michel...  
Yaëlle et Roberto**

## **Au CASO de Saint-Denis, Suzanne Vuilliet, infirmière bénévole nous parle de son parcours :**

C'est en mars 1998, alors âgée de 64 ans et tout juste retraitée de l'AP-HP comme cadre enseignant dans un IFSI, que je décide de postuler comme bénévole à MdM ; en effet je n'envisageais pas de cesser alors toute activité. Ma carrière d'infirmière et d'enseignante avait été entrecoupée d'un séjour au Sénégal pour valider une formation d'infirmière de Santé Publique et d'éducatrice sanitaire pendant plus d'un an. J'avais, ainsi, pu travailler du-

rant 2 ans comme monitrice de l'OMS à Pointe Noire en République du Congo. Ensuite deux missions humanitaires avec AGIR Association m'avaient conduite en Ukraine, pour 2 mois ½ dans un orphelinat .....Handicapés physiques et mentaux et à Rabat dans une maison de retraite. Ces 2 missions étaient axées sur la nutrition, compte tenu de ma formation très poussée dans ce domaine, à l'École de Santé Publique de Rennes.

#### À Gennevilliers

Je me suis tournée vers MdM car une de mes anciennes collègues y travaillait et c'est au CASO de Gennevilliers dans des locaux exigus que j'ai fait mes premiers pas.

Initialement je collaborais avec les médecins pour la prise de poids-taille, de tension artérielle des consultants et en cas de blessures effectuais la vaccination antitétanique et désinfection des plaies ainsi que les pansements. Il m'arrivait de donner quelques conseils d'éducation sanitaire mais je me suis vite aperçue que mes conseils n'étaient pas adaptés à la population accueillie....Puis j'ai remplacé la personne qui s'occupait de la consultation d'ophtalmologie, d'abord occasionnellement, et, lors de son départ définitif, j'ai pris sa succession. J'occupe toujours ce

poste : accueil des consultants, élaboration des dossiers et lien avec le médecin, commande de lunettes à l'Ordre de Malte en passant par le secrétariat. Les patients obtiennent leurs lunettes sous environ 10 à 15 jours.

La population accueillie à l'époque venait essentiellement d'Afrique du Nord, et d'Afrique subsaharienne. L'ambiance bonne au début, avait été un peu ébranlée par le départ d'un médecin, invité à quitter MdM car ayant atteint la limite d'âge. De plus le manque d'unité au sein des différentes missions, je crois, a amené un certain nombre de bénévoles (médecins et accueillants) à quitter le CASO. Durant ma présence à Gennevilliers j'ai participé à plusieurs JMF, entre autres à Toulouse et à Nantes. Ces journées étaient très enrichissantes, tout particulièrement en termes d'accueil des personnes.

#### À Saint-Denis

C'est en mai 2004 que le CASO a été transféré à la Plaine St Denis avec, à ce moment-là, un renouvellement quasiment complet des équipes (salariés et bénévoles).

Des locaux plus vastes nous ont permis d'améliorer notre relation aux personnes avec un accueil renforcé, une information sur les droits auxquels elles peuvent pré-

Suzanne Vuilliet, infirmière bénévole



# Du côté des missions

tendre, l'élaboration de dossier pour l'AME ou l'orientation pour l'obtenir, un accueil social (présence d'une assistante sociale), un accueil psychologique, psychiatrique, un accueil médicalisé infirmier ; mais aussi des consultations médicales, gynécologique, dentaire, ophtalmologique ; mais encore des entretiens de prévention (VIH- Tuberculose, avec radio...) ; et enfin le développement de missions spécifiques : mission bidonvilles et mission santé-logement. Pour ce faire nous sommes 7 salariés et 80 bénévoles.

La population accueillie a totalement changé et maintenant nos usagers viennent d'Europe de l'Est (Moldavie, Roumanie, Ukraine), d'Asie (Afghanistan, Inde, Pakistan). Après la révolution arabe : Tunisie et l'Égypte. Pourquoi ces personnes viennent-elles en France ? Pour des raisons économiques, sociales, politiques, de sécurité et de justice, voire pour faire soigner un membre âgé de leur famille. L'ambiance du CASO est très chaleureuse, relation parfaite entre salariés et les bénévoles et j'éprouve un grand plaisir à venir.

Bien sûr, nous rencontrons des difficultés : l'augmentation du nombre des consultations entraîne parfois, dans les files d'attente, de la violence et de l'agressivité surtout au niveau du 1er accueil qui oriente les patients en fonction du pourquoi de leur venue.

L'accueil au niveau des différents secteurs est de plus en plus dif-

ficile en raison de la barrière linguistique, complète ou partielle avec les consultants et du souci d'éviter les temps morts entre l'élaboration du dossier et la prise en charge du patient par le médecin.

Nous pouvons faire appel à un interprétariat téléphonique (mais le coût s'élève à 30 € pour un quart d'heure) et nous essayons donc au maximum de trouver une personne au niveau du centre, voire de solliciter d'autres patients. Cela reste source de stress de notre part, au détriment de notre disponibilité et de l'accueil de la personne.

Toutefois le fait d'avoir travaillé en Afrique, dans plusieurs pays francophones, me facilite les échanges et instaure un climat de confiance.

## Au CASO de PARIS :

### Angèle Droulers témoigne :

Interne de médecine générale, j'ai l'occasion depuis deux mois de réaliser des consultations de médecine générale au sein du CASO de Parmentier.

L'objectif des consultations médicales est de traiter sur place dans la mesure du possible les plaintes les plus courantes, et d'orienter les patients nécessitant un suivi médical spécialisé ou régulier (notamment dans le cadre de pathologies chroniques) vers les structures du système de droit commun que sont les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé). Le dépistage et la vaccination sont également des actions très importantes chez cette



© R. Lucas 2013

Nimet au CASO de Paris  
↓



# Du côté des missions

population particulièrement exposée à certaines pathologies infectieuses (hépatites B et C, VIH, tuberculose).

Je constate lors des consultations que l'on se retrouve très fréquemment confronté à des situations complexes où l'on doit répondre à des plaintes multiples chez des patients parfois en grande détresse. Il ne s'agit pas de «patients ordinaires», il faut faire face à des problématiques tant médicales que psychosociales avec des barrières linguistiques et culturelles importantes. De plus, le ressenti et la description des symptômes par les patients reçus en consultation sont variés et souvent éloignés de ceux que j'ai pu rencontrer dans ma pratique quotidienne. Il est donc parfois difficile d'identifier les problèmes et de répondre à la demande des patients. Il est également délicat de fournir des conseils hygiéno-diététiques à une population souvent en situation de grande précarité, parfois sans domicile, ayant accès à des ressources très limitées.

C'est donc une écoute toute particulière qu'il faut fournir aux patients afin de proposer des solutions réalisables.

Participer aux consultations médicales du CASO me permet tout à la fois d'enrichir ma pratique de la Médecine et d'essayer d'offrir des soins décents à des personnes qui en ont besoin.

## **Nimet, une bénévole accueillante :**

Cela fait à peu près un an que je travaille comme bénévole au CASO Paris 11e. Durant cette année, j'ai appris comment travailler

à l'accueil, et j'ai assisté à pas mal de changements du point de vue organisationnel au CASO.

L'accueil est un poste très varié, qui demande des connaissances de droit commun qui doivent être constamment à jour, ainsi qu'une connaissance des différentes populations reçues. La formation d'un bénévole est donc essentielle et doit être bien adaptée.

Depuis la réorganisation du CASO cette année, j'ai constaté une grande amélioration de l'organisation du CASO en général et de l'accueil en particulier. En effet, nous avons reçu plusieurs formations très pointues, et bien adaptées, et surtout très utiles pour pouvoir faire notre travail dans les meilleures conditions. En particulier, la formation donnée par l'assurance maladie était très efficace et le livret de formation et d'accueil des bénévoles est bien fait, et souvent utilisé.

En outre, beaucoup d'outils ont été créés pour aider le bénévole dans son travail journalier. Nous utilisons constamment ces outils qui rendent notre travail beaucoup plus efficace.

La réorganisation physique du lieu a aussi beaucoup contribué à rendre l'atmosphère et le travail plus efficaces. En général, l'atmosphère du CASO est très bonne. Les équipes bénévoles partagent leurs connaissances facilement, et les équipes permanentes sont très accessibles. Nous formons une belle équipe.

## Clap de fin pour la Mission santé-logement

Sofia (RM depuis 2005) et Chiara (RM depuis 2008) ont fait part, à la suite d'une réunion avec l'équipe de la mission Santé-Logement, de leur volonté commune d'arrêter leur engagement.

Elles évoquent un sentiment d' « usure » pour leur part mais aussi « un cumul de circonstances » au cours de ces 18 derniers mois, une incompréhension sur le sens et la place de ce programme au sein de MdM. Incompréhension renforcée par le flou dans certaines décisions énoncées par le siège voire même revirement complet - à l'automne 2012, le passage à temps plein de la coordinatrice technique leur avait semblé acquis, il sera finalement invalidé au moment du vote du budget -, arrêt maladie de la coordinatrice technique puis changement de coordinatrice, changement de coordinatrice générale de la mission banlieue, non-validation par le CD de la stratégie présentée. De plus des circonstances personnelles ont joué pour Chiara qui travaille maintenant à plein-temps au PACT 92 et n'a plus la même disponibilité à accorder au projet.

Cette mission se caractérisait par deux points forts :

- Une double compétence médicale & architecturale/urbaniste ;
- Des visites au domicile des familles.

Le désengagement s'effectuera en douceur afin de ne pas pénaliser les familles suivies. Les RM et la coordinatrice technique vont se rencontrer pour organiser ce désengagement, en particulier l'identification des partenaires et les activités qu'ils peuvent reprendre. Un document de capitalisation sur ce projet, unique à MdM, est à l'étude.

**Merci à toute l'équipe pour le travail effectué tout au long de ces années.**

## ERLI au féminin

Minoritaires sur le programme ERLI, les femmes y occupent une place particulière. Pour toutes, le camion à Gare du Nord sert à réaliser son injection et à discuter de leurs consommations mais pas seulement. Au fil du temps, ERLI c'est aussi le camion où l'on se pose, où l'on discute, on s'y confie, on boit pas mal de café et parfois même on y pique un somme. Elles y entrent avec leurs chiens, leurs sourires ou leurs pleurs. Nous accueillons des femmes de tout âge avec des parcours très différents. Pourtant, elles rencontrent quelques réalités communes dont elles nous font part le temps d'un moment sur le programme.

Ces femmes sont parfois l'objet d'une double stigmatisation, souvent lourde à porter : usagères, injectrices de drogues et femmes ne répondant pas aux critères sociétaux ! Alors que notre société souffre encore de certains diktats selon lesquels les femmes devraient toutes être de bonnes mères, de bonnes épouses et prendre soin de leur apparence, nous croisons des femmes explosant ces codes ! Pourtant, malgré les casquettes, les « baguis », les voix qui portent, les chiens imposants, une fois la porte fermée, elles revendiquent et assument leur féminité.

Lorsque, au détour d'une séance ERLI nous faisons de la recherche de veines, la gêne et la pudeur que peut entraîner cette proximité lorsque nous touchons leurs bras, leurs jambes, leurs mains et parfois leur cou, finit par laisser place à la complicité, à l'intimité d'un lien. Le non-jugement et l'acceptation de leurs consommations, et de ce qu'elles sont, permettent des échanges sur leur statut de femme. Ces moments d'apaisement, hors des tensions de la scène de Gare du Nord, nous permettent d'être témoin de leur vulnérabilité. Ces femmes sont confrontées à de nombreux risques liés à leurs contextes

de consommation (racket, viol, agression, etc.). La posture que le quotidien de la rue leur impose leur donne l'apparence de « bonhomme » prêt à se battre. La mission ERLI devient un lieu protégé où la parole se libère et les masques tombent. Les intervenants sont alors face à l'émotion

qu'elles s'interdisent souvent de laisser paraître. Nous accueillons cette sensibilité, la valorisons ! Ces femmes sont fortes et pleines de vie, elles forcent le respect !

**Jeanne Latallerie,**  
infirmière mission Erli.





# 1 Pourquoi et comment valoriser le bénévolat ?

Nous avons demandé aux nombreux bénévoles de la délégation de remplir leur relevé d'heures et, nous le savons, c'est fastidieux !

Mais sachez que le fait que soient intégrées dans les budgets des projets de MdM (et consolidées nationalement) les contributions des bénévoles, donne à voir une image fidèle de ses activités, de son dynamisme, du volume de travail consacré à ses actions et partant, de son modèle associatif. Lors de mon stage d'intégration à MdM, j'avais été particulièrement sensible à l'intervention de Thierry Brigaud qui soulignait l'importance du plaidoyer pour notre association et l'attention portée par l'association à la valorisation du bénévolat.

## Cette valorisation du travail des bénévoles :

- Est prise en compte dans les coûts réels de chaque projet de l'association,
- Permet de rendre compte de l'intégralité des ressources de l'association,
- Met en évidence un autofinancement important de l'activité,
- Permet de justifier du caractère non lucratif de l'association,
- Permet de diminuer les frais de fonctionnement, de gestion administrative ou de collecte de fonds.

## Comment se met-elle en place ?

Les missions distribuent et recueillent les fiches déclaratives des heures bénévoles. Ces fiches sont ensuite remises à Ilham Bresciani, secrétaire de la délégation et je

saisis les informations dans le mois qui suit chaque trimestre sur un logiciel spécifique.

Ce logiciel nous permet également de faire des statistiques afin de connaître nos effectifs, la situation professionnelle de nos bénévoles, la fidélité, leur âge.... Nous pouvons ainsi rendre compte de l'importance de leur travail, de la dynamique de notre association et de sa capacité à mobiliser des bénévoles, tout en sachant, qu'il ne faut pas perdre de vue la fragilité de cette ressource et l'importance de son renouvellement permanent, avec ce que cela implique en matière de formation et encadrement.

Lorsque Ilham m'a sollicitée pour effectuer la saisie des heures des bénévoles d'Île de France, je n'ai pas hésité et ai accepté cette mission avec intérêt. Nous sommes environ 400 bénévoles sur 10 programmes en Île de France. Je tiens à remercier Ilham, Nicolas et Tim qui m'ont bien aidée lors de cette première prise en main de la saisie.

Nous sommes loin d'avoir comptabilisé toutes vos heures et comptons sur votre application et implication dans ce projet et vous en remercions. J'accueille ce travail tout en étant accueillante au CASO de Parmentier les lundis après-midi.

## Catherine Lelong bénévole délégation IDF.

# 2 Violences faites aux femmes, situation française et objectifs :

À la suite de la publication par l'OMS d'une enquête sur les violences liées au genre, le secrétaire général des Nations Unies déclarait en 2008 « **Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence contre les femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais**

La vie de la délégation Du côté de la délégation Du côté de la délégation Du côté de la délégation

Du côté de la délégation Du côté de la délégation Du côté de la délégation Du côté de la délégation

**tolérable** ». Le rapport de l'OMS détaillait l'effet de la violence sur la santé physique, sexuelle, reproductive et mentale des femmes. 35 % des femmes dans le monde auraient subi une violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire habituel ou non. À la suite de ces violences, elles sont 16 % plus susceptibles d'accoucher d'un enfant de petit poids, plus de deux fois plus de risque d'un avortement, deux fois plus une dépression et, dans certains pays 1,5 fois plus de contamination au VIH.

MdM a exécuté un vaste programme international de 2007 à 2010, qui s'est conclu par un colloque à la Grande Bibliothèque en octobre 2010. Le programme s'est achevé, mais au vu de son importance, des efforts déployés, des dispositifs mis en place et des résultats révélés et de l'expérience acquise, **il conviendrait de se réapproprier cette thématique** :

- Faire un état des lieux **en France comme à l'international**,
- Souligner l'importance de la problématique dans les actions de MdM,
- Proposer des pistes de travail.

Les violences liées au genre sont un phénomène international qui ne connaît aucune frontière, géographique ou sociale. Le secteur médical représente une porte d'entrée privilégiée pour le repérage et la prise en charge des victimes. La question des violences faites aux femmes pourrait être pertinente dans l'ensemble des programmes de MdM dans le monde.

Dès 2009, la Délégation Île de France a abordé la question des violences faites aux femmes en organisant une enquête auprès de « femmes migrantes en situation administrative précaire » venues consulter dans les CASO de Saint-Denis et Paris. Cette initiative a porté sur 126 femmes et permis de mettre en évidence plusieurs aspects : existence d'une vulnérabilité spécifique,

fréquence élevée de violences diverses (verbales, psychologiques, physiques, administratives, sexuelles...), auteurs des violences, différences entre les violences subies au pays d'origine et dans le pays d'accueil, confession aux proches, recours médical et sociojuridique, etc....

En France, en 2012, à la demande du Ministère du droit des femmes et en partenariat avec la Chaire de Santé Publique de Sciences Po, un séminaire sur la **santé des femmes** s'est déroulé, dans le but de faire le point sur l'état des connaissances et d'élaborer des recommandations ; il a été suivi fin janvier 2013 par un second séminaire consacré **aux violences faites aux femmes**. Le dernier, le 14 mars 2014 avec la présence de la Ministre du droit des femmes, et la Ministre de la santé, a produit un rapport de synthèse. Le **4<sup>e</sup> plan interministériel** de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes annoncé le 22 novembre 2013 prévoit de ne laisser sans réponse aucune violence déclarée. Il a créé un Observatoire national des violences faites aux femmes. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique a été signée en 2011 à Istanbul et sera prochainement ratifiée par la France.

**L'observatoire national des violences faites aux femmes** a pour mission d'améliorer leur connaissance, de diffuser les bonnes pratiques de repérage et d'aider au développement des observatoires régionaux.

Selon les méthodes employées, des résultats différents sont obtenus, et ce, d'autant plus qu'ils ne peuvent concerner que les violences déclarées ou repérées. Sur les trois dernières années, en moyenne sur un an, 95 000 personnes (13 000 hommes/83 000 femmes) ont été victimes de viol ou de tentative de viol ; pour les femmes, le conjoint est l'agresseur dans 31 % des cas. En 2012, les morts violentes au sein du couple représentaient

197 victimes, dont 166 femmes. Pour l'ensemble de la population, les niveaux « grave » et « très grave » représentent 9 % des violences conjugales (12,1 % pour les 20-24 ans). 46 % des femmes victimes de violence n'ont pas entrepris de démarche, 27 % ont consulté un médecin, 20 % se sont rendues à un commissariat ou à la gendarmerie, 10 % une association et 17 % un service social.

Pour ce qui concerne plus précisément MdM, la proportion de femmes étrangères (avec ou « sans papiers » victimes de violence s'élèverait à près de 50 %) ; elles devraient faire l'objet de mesures spécifiques pour améliorer leur protection. Le lien entre violences faites aux femmes et santé publique est reconnu maintenant internationalement par la communauté scientifique ; il y a unanimité sur les conséquences immédiates sur la santé, qui sont nettement plus graves que pour les hommes.

Le quatrième plan gouvernemental se décline sur quatre thèmes : **Protection, Prévention, Poursuite, Partenariat**. De nombreuses associations d'accompagnement se développent ; il existe aujourd'hui un réseau qui, certes, ne couvre pas l'ensemble des besoins mais offre des services diversifiés et complémentaires. Un numéro national d'écoute **3919** est accessible tous les jours de la semaine de 9 à 22 heures, de 9 à 18 heures le samedi et le dimanche de (31 000 appels en 2012). Les écoutes informent, aident, et orientent les victimes vers les dispositifs d'accueil et d'hébergement spécifiquement adaptés lorsque nécessaire.

Au-delà des statistiques, qui ne peuvent pas être précises mais reflètent une réalité urgente, l'heure est maintenant au **repérage** des victimes : les professionnels de santé, comme tous les intervenants doivent être formés à l'accueil des femmes qui pourraient être victimes de violence, afin de mieux les identifier et les prendre en charge sur le plan sanitaire, médical et pénal.

Catherine Giboin et Michèle Teule

### 3 Les PASS pédiatriques en Île de France, résultats d'une enquête en demi teintes

La délégation Île de France a réalisé un état des lieux des PASS pédiatriques de mars à juin 2013, portant sur les seules PASS de l'AP-HP, celles des centres hospitaliers régionaux ayant été l'objet de l'enquête conduite en 2011.

Alors qu'il est partout écrit et répété que « les soins aux mineurs ne doivent souffrir d'aucune restriction ni dans le temps ni dans la qualité », dans Paris intra-Muros un seul établissement affiche une PASS et accueille les enfants en difficultés d'accès aux soins. La petite couronne est un peu mieux lotie puisque trois des quatre établissements disposent du dispositif mais celui-ci est transversal, avec les faiblesses qu'on lui connaît. Les grands absents sont les consultations de pédiatrie générale sans rendez-vous, la prise en charge psychologique et psychiatrique, les soins bucco-dentaires et de kinésithérapie. Quand bien même l'accueil des enfants est assuré, il n'est pas pensé comme porte d'entrée dans un parcours de soins coordonné. Alors certes, un enfant en demande de soins en urgence sera pris en charge, pour la pathologie pour laquelle il consulte mais sans pour autant être intégré et maintenu dans le système de santé.

Les CASOs franciliens devront encore, et sûrement longtemps accueillir et prendre en charge les mineurs mais nous ne baissons pas la garde et inlassablement poursuivons notre travail de plaidoyer pour l'accueil inconditionnel des mineurs par le droit commun et son maintien dans celui-ci.

Jeanine Rochefort, déléguée régionale

## Interruption volontaire de grossesse et contraception, qu'en est-il aujourd'hui ?

**Au regard de la loi :** (photo manif)  
D'après l'article L 2 212-1 du code de la santé publique : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. » Cette IVG se déroule dans un cadre strict :

- Des conditions à remplir : délai légal fixé à la fin de la 12<sup>e</sup> semaine, libre choix de la femme, consultations préalables obligatoires, entretien psychosocial,
- Deux méthodes d'interruption de grossesse (chirurgicale ou médicamenteuse),
- Un coût (prise en charge par l'assurance maladie pour les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation),
- Une visite de contrôle après l'intervention.

### Dans les faits :

Même pour les femmes insérées dans la société, francophones, vivant dans un logement stable, en situation régulière de séjour, possédant une couverture maladie, plus ou moins soutenues par l'entourage familial l'accès à la contraception et/ou à l'IVG n'est pas toujours aisé : déserts médicaux, problèmes financiers (toutes les méthodes contraceptives ne sont pas prises en charge par la SS), propres représentations etc., sont autant d'obstacles à franchir.

Alors qu'en est-il pour les femmes reçues dans les CASO qui cumulent les handicaps, barrière de la langue, isolement, absence de couverture maladie, manque de repère dans le système de santé, refus de soins, déterminants socioculturels à la fois personnels et du système de santé lui-même, etc. ?

C'est pour répondre à cette question que la délégation a décidé de mener une enquête dans les CASO franciliens sous une double approche quantitative et qualitative avec pour objectifs :

- De construire éventuellement un plaidoyer si des dysfonctionnements institutionnels ou du système de santé sont identifiés.
- D'agir, si nécessaire, pour l'acquisition de compétence individuelle par le public cible.

### Les conclusions de notre enquête :

- Une méconnaissance massive des centres de planification qui s'accompagne d'une absence inquiétante de suivi gynécologique.
- Une faible prévalence de la contraception (à peine supérieure à 20 % pour 80 % en population générale) et dans le même temps un recours à l'IVG légèrement moindre qu'en population générale. Un nombre moyen d'IVG, 0,5, comparable à celui de la population générale (0,52).
- Une méconnaissance notable de la physiologie de la femme, des représentations erronées des effets secondaires de la contraception, la stérilité étant régulièrement citée. Des pratiques contraceptives plus ou moins aléatoires et efficaces mais surtout une résignation devant leur destin de femmes. Tout aussi méconnues sont les méthodes et conditions de la pratique de l'IVG ainsi que des représentations négatives tant par le risque de mort maternelle que par des jugements moraux (« tue un enfant », « c'est mal ! ») se traduisant dans les faits par un rejet global de la pratique.

Cette enquête n'est qu'une étape vers une enquête plus large qui s'adressera aux missions Bidonvilles et Squat ainsi qu'à des usagères de structures travaillant en partenariat avec l'ASV du 20<sup>e</sup> arrondissement.

**En conclusion, rien n'est jamais acquis, ne baissons pas les bras !**

**Jeanine Rochefort, déléguée régionale.**



## Hier et demain

**13 mai** : Session d'information -nouveau bénévole « MdM son histoire, son organisation, son fonctionnement, ses objectifs, votre place et votre rôle au sein de cette association »

**15 et 16 mai** : DU Santé Précarité Solidarité

**19 et 23 mai** : semaine des coordinateurs

**21 mai** : ARS tuberculose (intervention de Jeanine Rochefort)

**24 mai** : Assemblée générale MdM suivi de la fête de l'AG

**26 mai et 02 juin** : Groupe de travail sur les déterminants socio-culturels

**12 et 13 juin** : DU Santé Précarité Solidarité

**16 et 26 juin** : Groupe de travail sur les déterminants socio-culturels

**17 juin** : Groupe de travail sur la refonte di projet associatif

**18 juin** : Sessions d'information - nouveau bénévole « MdM son histoire, son organisation, son fonctionnement, ses objectifs, votre place et votre rôle au sein de cette association »

**20 juin** : COPIL PASS Avicenne

**27 juin** : Groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive

**28 et 29 juin** : Séminaire qualité des pratiques médicales au siège

**07 juillet** : Commission paritaire d'île de France

**08 juillet** : Rencontre avec le SIAO 93 autour d'un projet de partenariat

**09 juillet** : Rencontre avec le Conseil Général 93 autour du dépistage et maladies infectieuses

**22 juillet** : Rencontre avec la directrice adjointe de la santé à la Mairie de Paris

**08 septembre** : Intervention à l'IFSI de Villeneuve Saint-Georges

**10 septembre** : Soutenance du mémoire de Said-Tamim à Rennes (participation de Jeanine au jury)

**25 septembre et 9 octobre** : Intervention dans le cadre de la formation de SOLIPAM « Prévalence de la précarité en île de France »

**03 octobre** : Intervention au CRIPS dans le cadre de formation « l'impact de la précarité sur la santé »

**04 octobre** : Fête de Saint Denis au village des associations

**13, 14 et 15 octobre** : auront lieu les 5èmes Rencontres Nationales de la Réduction des Risques «Drogues : la sale guerre» organisées par l'AFR

**08 novembre** : Participation à la 6ème édition de la journée des Solidarités du 11ème arrondissement

## Comment accéder à l'Intranet de MdM ?

Vous pouvez TOUS, bénévoles, adhérents, salariés vous connecter sur l'Intranet de MdM. Si vous n'avez pas de mot de passe personnalisé, utilisez les mots de passe génériques. Ils vous permettront d'accéder à **TOUTES** les rubriques de l'Intranet et de son blog en lecture. En revanche pour écrire un article sur le blog, il faut posséder une adresse en [@medecinsdumonde.net](mailto:@medecinsdumonde.net) ou demander à quelqu'un de vous poster le billet.

✉ [adherent@medecinsdumonde.net](mailto:adherent@medecinsdumonde.net)

**Mot de passe : Adhe.mdm**

✉ [benevole@medecinsdumonde.net](mailto:benevole@medecinsdumonde.net)

**Mot de passe : Bene.mdm**

✉ [delegation.iledefrance@medecinsdumonde.net](mailto:delegation.iledefrance@medecinsdumonde.net)

**Mot de passe : Dele.idf**

