



Sur le fil



Sur le fil n°2



Pleins feux

Pleins feux sur les missions ERLI/XBT



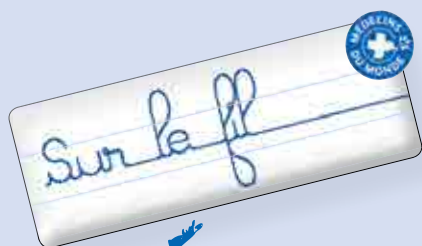
À chaud

La « Grande cause », chantier de la lutte contre la précarité à la mairie de Paris



À chaud

Luz, Charlie Hebdo et les Roses d'Acier



Sur le fil

ÉDITO



© I. Bresciani

Tout d'abord qu'est-ce qu'une veille sanitaire ?

Elle se définit comme l'action de surveiller l'état de santé d'une population afin de prévenir une épidémie. Il s'agit notamment de prévenir le pays ou la zone dans laquelle elle s'exerce d'une éventuelle menace concernant la santé publique.

En fait nous l'entendons plus comme un programme d'assistance sanitaire auprès de personnes, souvent en nombre important, qui se trouvent réunies dans un lieu impropre à l'habitat, éloignées du système de santé par la méconnaissance de celui-ci, la barrière de la langue, l'absence de prise en charge possible du fait d'une arrivée récente sur le territoire et qui sont en situation de souffrance psychique ou/et porteur d'éventuelles pathologies chroniques ou aiguës, graves ou bénignes mais qui vont nécessiter une prise en charge.

Quand Médecins du Monde envisage-t-elle une veille sanitaire ?

À la suite d'une interpellation de l'association par la presse, des partenaires, le bouche à oreille, d'une situation de risque sanitaire pour une population réunie dans un lieu tel qu'un square, un gymnase, un squat, suite à une migration massive ou à une expulsion d'un lieu de vie. C'est ainsi que des veilles sanitaires ont été mises en œuvre lors de l'arrivée de Tunisiens faisant suite aux événements du Printemps arabe, lors de l'expulsion d'un squat à Montreuil en 2011.

Pourquoi ?

Soit les problèmes sanitaires sont clairement identifiés et évalués par la personne, l'organisme qui fait le signalement et aucun intervenant sur place n'est en mesure d'y répondre, soit les données restent floues et une mission exploratoire est diligentée.

Comment ?

D'abord faire un diagnostic de la situation :

- Combien de personnes sont-elles concernées ?
- Existe-t-il un (des) réel(s) besoin(s) ?
- Quels sont les acteurs déjà en place ?
- Quel (s) est (sont) leur(s) domaine(s) de compétence(s) (Alimentation, vestiaires, hébergement éventuel) ?
- Quels problèmes sont identifiés ?
- Quelle(s) est (sont) la (es) demande(s) de la population concernée ?
- La population peut-elle s'appuyer sur des membres de sa communauté déjà en France et insérés ?
- Existe-t-il des problèmes, un (des) risque(s) sanitaire(s) ?
- MdM peut-elle apporter une (des) réponse(s) adaptée(s) et une réelle plus-value à la situation ?

Si la réponse à la dernière question est positive alors une veille sanitaire sera mise en place.

Un programme est élaboré et écrit, il prévoit les conditions de sa fermeture et son évaluation. Des contacts sont pris avec les autres intervenants, des partenariats sont éventuellement établis. Au cours de la veille les personnes souhaitant rencontrer le médecin sont vues :

- les patients présentant une pathologie grave sont orientés dans les PASS ;
- les patients présentant une pathologie bénigne peuvent être adressés dans certains dispensaires de la ville de Paris, proposant des consultations gratuites ou dans nos CASO.

Les démarches pour l'acquisition de l'AME sont expliquées, une attestation de rencontre prouvant la présence sur le territoire français peut être remise.

L'action nécessite des petits moyens : un soignant, un administratif, un stéthoscope et un otoscope, un stylo et des plans du métro...

Il s'agit plus d'une médiation médico-sociale : réactivation du droit commun, orientation vers les structures de soins idoines. Le soignant peut ressentir une certaine frustration à ne plus être directement dans le soin, il n'en reste pas moins dans une action de santé. Cette frustration est compensée par les nombreuses rencontres que permet la veille sanitaire. Ces rencontres motiveront le témoignage et le plaidoyer qui restent en ligne de mire de l'intervention.



©Droits réservés

Jeanine Rochefort
Déléguee Régionale

Alain Benet
Médecin, RM Caso Saint-Denis.



L'équipe du Fil vous
souhaite
une bonne année

SOMMAIRE

- ▶ Les connaissez-vous p 6
- ▶ A chaud p 10
- ▶ Pleins feux sur la mission XBT/ERLI p 16
- ▶ Du côté des missions p 22
 - ▶ Du côté de la délégation p 30
- ▶ Agenda p 36
- ▶ Infos utiles : p 36

Les connais



DU MO
IL

C'est le 22 septembre que Yannick Le Bihan, 48 ans, marié, père de 2 enfants a rejoint la délégation île de France comme coordinateur régional.

Yannick n'est pas un inconnu pour bon nombre d'entre nous et son parcours tient un peu du « MdM, je t'aime, moi non plus ! » En effet après un DESS en Développement et Coopération Internationale, un complément de formation en organisation, un bref séjour dans une entreprise d'export en produits pharmaceutiques, dès 1993, il rejoint MdM comme Administrateur Mauritanie et Mali, puis comme Chargé de projet. Jusqu'en 2002 il alternera les fonctions terrain et siège pour prendre en 2006 la Direction des Missions internationales. Il mettra en place le service technique et d'évaluation, et développera des outils d'amélioration qualité et de capitalisation. Mais il quitte MdM en 2002 pour Solidarités International (Association humanitaire intervenant pour l'accès à l'eau, à l'hygiène et à la sécurité alimentaire), au sein de laquelle il exercera les fonctions de Directeur Exécutif jusqu'en 2011, qu'il quitte en 2012, date à laquelle il effectue un remplacement à la DMF comme Responsable de projets et travaille plus particulièrement sur les populations sans abris et mal logées.

MdM ne pouvant lui proposer un poste pérenne il réeffectue une mission à Solidarités en 2012 comme Directeur Général par intérim mais le destin veillait et il rejoint la délégation île de France.

Nous sommes sûrs que sa grande expérience de management de projets, sa connaissance de l'association et son sens des relations humaines nous apporteront beaucoup à la délégation et à toutes les missions franciliennes.

sez-vous ?

©Julian

Julan Huang – la « grande sœur » du Lotus Bus

Julan, nouvelle recrue du Lotus Bus, programme de promotion de la santé et des droits auprès des femmes chinoises se prostituant vient de Chine. En France depuis 8 ans, elle a d'abord travaillé comme accueillante bénévole avant d'être recrutée en tant qu'animatrice de prévention salariée en juin 2014. Elle veille à ce que les nombreuses femmes rencontrées par le projet aient accès aux informations, aux connaissances et aux outils dont elles ont besoin pour prendre soin de leur santé et assurer leur sécurité. Dès son arrivée elle a participé à la réalisation d'une enquête auprès des femmes pour connaître leur niveau de connaissances et les risques auxquelles elles sont confrontées. Depuis, en s'appuyant sur les résultats de cette enquête, elle mène de nombreuses actions pour renforcer les connaissances des femmes : ateliers sur la santé, visites guidées et accompagnements vers les structures de soins et de prévention, réalisation d'entretiens individuels de prévention... Avec sa fine connaissance de cette population, sa patience et son écoute bienveillante Julian a très rapidement noué un lien de confiance avec les personnes rencontrées par le programme. Pour preuve, de nombreuses personnes l'appellent d'aujourd'hui dajie (« grande sœur ») signe à la fois de la confiance et le respect dont elle jouit grâce à la qualité de son travail.

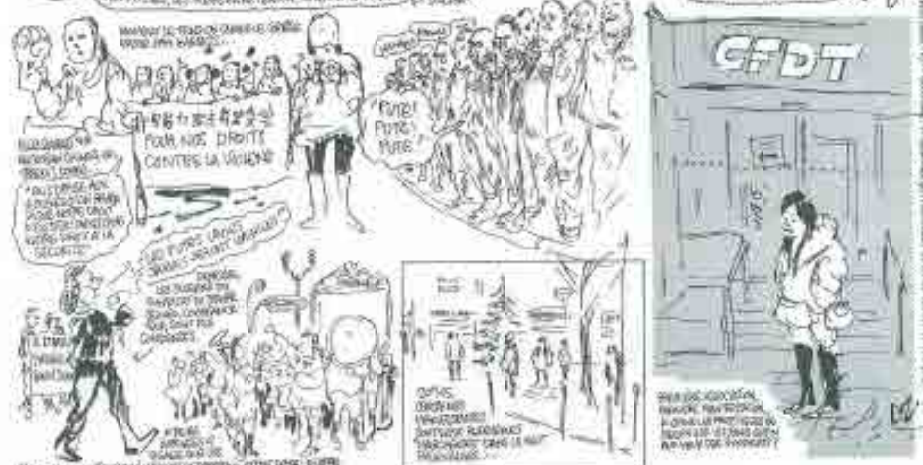
On souhaite une bienvenue chaleureuse à Julian dajie dans la « famille » MdM !

" Le 17 décembre Lors de la manifestation
des travailleuses du sexe
chinoises, Les Roses d'Acier, Le dessinateur
LUZ avait son crayon et Les a croquées
pour Charlie.

Fort heureusement il n' était pas sur
place à la rédaction mercredi dernier "

LES "MARCHEUSES" DE BELLEVILLE BATTENT LE PAVÉ

LE 14 DÉCEMBRE 2009, AU COURS D'UN DÉBAT
COURT, DES "PARADIGMES" MARSHALLI ET KANTIANI ONT ÉTÉ
DISCUTÉS. LES MARSHALLI ONT ÉTÉ DÉFINIS COMME LES
SOUTIENS À LA DÉMOCRATIE ET À LA LIBERTÉ D'ÉCHANGE
ET À LA PROTECTION DE LA VIE HUMAINE. LES KANTIANI
ONT ÉTÉ DÉFINIS COMME LES SOUTIENS À LA DÉMOCRATIE
ET À LA PROTECTION DE LA VIE HUMAINE. LES KANTIANI
ONT ÉTÉ DÉFINIS COMME LES SOUTIENS À LA DÉMOCRATIE
ET À LA PROTECTION DE LA VIE HUMAINE.



La « Grande cause », chantier de la mandature Hidalgo à La mairie de Paris

En juin 2014, le Conseil de Paris votait à l'unanimité un « vœu » fixant le cap de la lutte contre l'exclusion. Anne Hidalgo souhaite mobiliser toutes les énergies : ses services, l'État, les associations et les entreprises et décroïsonner.

Le jeudi 18 septembre elle lançait le chantier. Nous y étions ainsi que 300 autres associations actives sur ce champ, à Paris.

Le constat : un contexte nouveau à Paris avec de nouvelles formes de basculement vers l'exclusion en particulier pour les femmes ayant charge de famille et les familles.

L'objectif : élaborer dès janvier 2015, un Pacte parisien contre la Grande Exclusion qui proposera des solutions concrètes pour réduire le nombre de personnes à la rue, en optimisant l'utilisation des moyens disponibles.

Les déclinaisons de l'action : mobiliser tous les acteurs pour trouver ensemble des solutions, prévenir l'exclusion, mieux traiter les personnes à la rue, les ré-insérer. Trois groupes de travail sont lancés qui se déclineront en sous-groupes et consulteront. Fin décembre, ils formuleront des propositions opérationnelles qui constitueront la feuille de route des acteurs:

- Prévenir,
- Intervenir,
- Insérer durablement.

Point d'étape après la participation de la délégation à 3 sous-groupes de l'atelier Intervenir .

5 tendances fortes se dégagent :

- Privilégier une approche globale et non morcelante des personnes,
- Co-construire actions et dispositifs avec elles et partir de leurs besoins,

- Adapter les dispositifs existants aux personnes et non l'inverse,
- Proposer des solutions alternatives d'hébergement,
- Former les acteurs publics.

Rendez-vous fin décembre pour la communication des axes stratégiques et actions retenus.

1er atelier : quelle réponse apporter à la présence de familles en situation de sans-abrisme dans l'espace urbain ?

1 Ont été soulignés :

- Le souci de ne pas alourdir les maraudes en intégrant trop de techniciens (réponse à la proposition de D. Versini d'intégrer des AS de l'ASE, des spécialistes, aux maraudes).
- La nécessité de ne pas basculer sans précaution ces personnes fragilisées dans un droit commun (hébergement et travail) parfois kafkaïen. Il faut leur donner le temps de s'adapter (s'ils le souhaitent ?).
- La nécessité de se mettre en lien avec les autres départements de l'île de France car plus de places disponibles hors Paris.
- Les limites du placement en parc hôtelier.

2 Prendre en compte globalement la question de la stabilisation de l'hébergement, de la socialisation, de l'insertion et non les aborder séparément.

3 La nécessité d'un suivi social rapproché avec un référent unique.

4 La participation des familles à l'élaboration des mesures mises en place,

5 L'inclusion dans le droit commun ne peut se réaliser qu'avec un accompagnement et de la médiation. Cet accompagnement peut se faire dans le cadre d'un hébergement de type SAS/ alternatif.

7 Pour les situations à risques et dangers développer des réponses alternatives.

2ème atelier : comment intégrer les problématiques santé (somatiques, psychiatriques, addictives) dans le parcours d'insertion ?

3ème atelier : comment améliorer l'accès à l'hébergement et au logement à partir de la rue ?

Deux sous-groupes de réflexion :

• Comment intégrer la santé dans les pratiques d'accueil et d'accompagnement au quotidien ?

Les 5 propositions formulées par l'atelier :

- 1 Construire un plan de formation Grande Cause pour aller contre les représentations actuelles avec les personnels publics, des usagers et des pairs pour décroisonner.
- 2 Donner connaissance aux acteurs de l'ensemble des dispositifs grâce à une cartographie, des rencontres et également des partenariats. Le retour au droit commun demeure l'objectif mais il faut construire des dispositifs « SAS » pour permettre ou personnes de se retrouver.
- 3 Décloisonner au moyen de consultations mobiles, sur sites, d'accompagnement vers les structures, avec suivi par un interlocuteur unique, de l'interprétariat, des personnes relais.
- 4 Coordonner les actions pour lutter contre le morcellement des parcours.
- 5 Privilégier la RdR.

• Comment assurer la continuité des soins et éviter les ruptures, en particulier pour les une ligne maladies chroniques, psychiques et/ou somatiques ?

Les postulats :

- Développer une approche globale,
- S'appuyer sur le droit commun,
- Faire avec les bénéficiaires,
- Favoriser l'innovation.

Deux groupes de travail :

• Comment améliorer l'accès à l'hébergement et au logement ?

Les 4 propositions du groupe :

- 1 Mettre en commun les ressources pour harmoniser les pratiques.
- 2 Créer des équipes mobiles spécialisées vers les structures d'hébergement.
- 3 Adapter les structures d'hébergement aux besoins des personnes, placées au centre du dispositif. Il faut partir de leurs besoins : prévoir de la souplesse dans la durée de l'hébergement et dans les formules d'hébergement (offres modulaires à taille humaine, chambres à plusieurs, chambres pour une seule personne, présence des animaux, etc.).
- 4 Développer des structures alternatives pour les familles sur la durée. Il pourrait s'agir d'hôtels sociaux gérés par des associations.
- 5 Simplifier de l'accès aux droits (actuellement de 6 mois à 1an et demi).

• Comment améliorer l'accès à tous types d'hébergement, de logement ?

Le mot d'ordre :

- Adapter les dispositifs aux personnes et non l'inverse en termes de :
- Durée, ressources : permettre aux titulaires des minima sociaux ou du RSA d'accéder au logement social et revoir le "reste à vivre" dans le cas de l'attribution d'un logement,
 - Développer un accompagnement adapté,
 - Accepter le droit à la discontinuité dans les parcours.

Les propositions :

- 1 Prévoir des personnes relais dans les structures pour que les hébergés puissent se re-construire en douceur,
- 2 Augmenter les places en pensions de famille (500/an sont nécessaires),
- 3 Mettre en place des lieux « SAS » entre la rue et le logement plus classique, des « squats conventionnés »,
- 4 Les objectifs de relogement dans le parc social doivent être atteints (aujourd'hui 1 800 places affectées sur les 4 800 qui devraient l'être).
- 5 Transparence dans le « scoring » des demandes par les bailleurs sociaux pour les sites dits sensibles,
- 6 Mutualiser les ressources en île de France,
- 7 Travailler sur les baux glissants et sécuriser les opérateurs. Prévoir un fond de solidarité pour aider les associations en cas d'impayés et de dégradations,
- 8 Doubler le parc « louez solidaire » et les proposer aux grands précaires pour 3 ans,
- 9 Former les travailleurs sociaux aux problématiques du logement.
- 10 Prévoir une palette d'offre en cas d'expulsion d'un logement social pour éviter le retour à la rue.



© Maire de Paris



©A Thomes

VIGILANCE EBOLA



Le risque d'importation du virus Ebola par le biais des voyageurs en France est très faible mais ne peut être exclu. La contamination s'effectue par les fluides corporels (sang, selles, sueurs) d'un patient symptomatique ayant déclaré la maladie.

A l'accueil, la question suivante doit être posée :

Avez-vous séjourné ou transité par l'un de ces pays dans les 3 semaines précédentes ?

- en Afrique de l'Ouest : Sierra Leone, Guinée Conakry, Libéria et le district de Bamako (Mali);
- en République démocratique du Congo (« Congo-Kinshasa ») : province de l'Equateur (Nord-Ouest du pays).
- Depuis le 20 octobre 2014, le Nigéria ne fait plus partie de la zone à risque.

Si oui :

- Isolement du patient dans une pièce fermée
- lui faire prendre sa température (éviter les contacts)

Si non :

Patient non contagieux, suite du parcours classique

Si fièvre, température $\geq 38^{\circ}$

Le patient sera considéré comme un « cas suspect »

- laisser le **patient en isolement**
- lui mettre un **masque chirurgical** et lui faire faire une friction hydro-alcoolique
- Prévenir la personne référente du programme identifiée qui coordonnera la suite de la prise en charge
- **Eviter les contacts et limiter le nombre de personnes dans la pièce**, friction hydro-alcoolique, port du masque, gants nitriles, sur-blouse et lunettes de protection.
- **Appel au 15** pour évaluation et éventuelle prise en charge
- Patient vu par un médecin qui connaît les procédures pour compléter les informations

Pas de fièvre, température $< 38^{\circ}$

Informez le patient de surveiller tous les jours sa température jusqu'aux 21 jours depuis son départ du pays

- Si apparition de fièvre, insister sur l'appel du 15 et éviter les transports, se rendre directement à l'hôpital ou chez le médecin.

- **Lui fournir un thermomètre** et une fiche explicative, symptômes et conduite à tenir

Patient non contagieux, suite du parcours classique

Nobody Left Behind : Aucune personne ne doit être laissée pour compte

20^e conférence
internationale sur le SIDA
à Melbourne en Australie

Lors de la 4^{ème} semaine de Juillet 5 personnes de MdM – Olivier Maguet, Marie Debrus, Niklas Luhmann, Dr Zin (coordinatrice RDR au Kenya) & Dr Moe (coordinateur médical au Myanmar) – ont participé à la 20^{ème} conférence mondiale sur le SIDA qui s'est tenue à, Melbourne. Cette conférence qui rassemble tous ceux qui œuvrent dans la lutte contre le VIH et les pathologies qui y sont associées permet de faire un état des lieux des avancées accomplies au cours des deux dernières années et des défis à venir.

C'est aussi l'occasion de dessiner l'agenda de la lutte mondiale pour les années suivantes.

Cette année la conférence a été largement dominée par la thématique des populations clés :

- usagers de drogues
- hommes homosexuels
- transgenres travailleurs du sexe

Les diverses présentations lors de cet événement ont insisté sur le fait que nous devons travailler davantage avec ces populations et mieux les cibler pour augmenter l'impact de la lutte contre

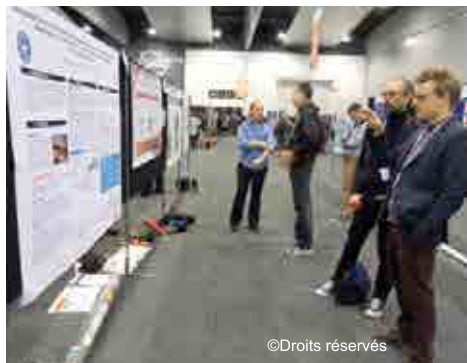
l'épidémie du VIH. Cela ne peut se faire sans l'arrivée de financements plus ciblés sur ce type de programmes. À titre d'exemple, les investissements internationaux dans les programmes de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues sont très insuffisants. Une enquête internationale a conclu que

160 millions de dollars ont été consacrés à la réduction des risques en 2010, soit seulement 7 % des 2,3 milliards nécessaires pour assurer une couverture adéquate de la réduction des risques.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié à l'occasion de cette conférence ses

nouveaux guidelines concernant cette thématique. (Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations). Notons que le programme MdM Tanzanie est un des *case study* cités dans le guide. En ce qui concerne la question de la réduction de risque auprès des usagers de drogues l'OMS développe pour la première fois des recommandations concernant l'overdose par des opiacés et conseille des changements dans le domaine de la politique de drogue.





©Droits réservés

Les équipes de Mdm ont participé pendant plus d'une semaine à différents événements et sessions.

Tout d'abord une **préconférence** importante sur la question des coïnfections du VIH et les hépatites virales. Cela nous a permis de rencontrer des acteurs clefs (TAG, MSF, Burnet Institute, Kirby Institute etc.) travaillant sur cette question et de se mettre à jour sur les dernières questions et avancées scientifiques (notamment les résultats de derniers essais cliniques concernant les médicaments antiviraux à l'action directe (DAAs) et les derniers résultats concernant les estimations de coûts de production de forme générique de ces médicaments).

Durant la **conférence**, Niklas et Dr Moe ont présenté deux posters scientifiques : le premier portant sur la coïnfection VIH/VHC dans notre programme au Myanmar et le second portant sur le programme en Tanzanie et la baisse de la prévalence VIH dans notre file active sur la durée. Niklas est également intervenu dans une discussion organisée par le Burnet Institute de Melbourne sur la question du traitement utilisé comme prévention (treatment as prevention (TasP)) et Olivier Maguet

a participé à l'émission Priorité Santé de RFI.

En outre les premiers résultats de la recherche-action : accompagnement à l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI), co financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), ont été présentés lors de cette conférence. Elle démontre que proposer des sessions d'éducation délivrées par des pairs aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse permet de réduire significativement les pratiques à risque de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC).

Enfin, Mdm a aussi participé à l'organisation et à la mise en œuvre d'une action militante contre les prix des médicaments contre le VHC visant particulièrement le laboratoire pharmaceutique Gilead, producteur du Sofusbuvir.

Niklas Luhmann - médecin. Référent, VIH/SIDA et RdR 31 juillet 2014



©Droits réservés



Pleins feux sur les missions ERLI/XBT

Par Emma Zour

La mission ERLI

« Le projet d'Education aux Risques Liés à l'Injection (ERLI) de MdM apparaît comme un des outils permettant de lutter contre l'épidémie d'hépatite C et contre les complications qui perdurent chez les usagers de drogues qui injectent par voie intraveineuse ».

Les origines du projet ERLI

Durant 2 ans, le CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) SIDA Paroles a négocié avec les autorités de tutelles pour obtenir une autorisation administrative permettant de lancer le projet ERLI, en incluant dans le dossier l'injection de produits amenés par les usagers eux-mêmes. Lors de la formalisation du projet en milieu urbain, le CAARUD et Gaïa Paris avaient rejoint le groupe pour construire un projet commun. Il faudra attendre fin 2009 pour que MdM valide officiellement la création de la mission ERLI en s'appuyant sur les deux structures déjà existantes : GAÏA Paris, implantée dans le onzième arrondissement de Paris, et SIDA Paroles, à Colombes dans les Hauts-de-Seine. Janvier 2011 conclut une action commune à la Gare du Nord.

Les phases

La première phase permet d'observer les pratiques de la personne : elle réalise alors son injection comme elle a l'habitude de le faire et sans intervention de la structure, sauf quelques demandes de précisions sur sa manière de faire. Par la suite, un bilan de séance est réalisé avec un partage des points de vue entre les usagers et les intervenants, notamment sur la perception des risques. L'objectif n'est pas la réalisation d'une injection parfaite, mais la recherche d'une autonomie pour l'usager. Sans faire à sa place, il s'agit de l'éveiller aux risques qu'il est susceptible de prendre, mais aussi de lui apprendre à faire les gestes adaptés à sa pratique, tout en tenant compte de ses capacités et de son environnement. C'est à l'usager de déterminer et de définir les risques qu'il accepte ou non de prendre.

Aujourd'hui, le programme ERLI est de plus en plus sollicité par des acteurs de la réduction des risques, des professionnels du soin, et des représentants institutionnels qui souhaitent l'étudier.

En quelques mots...

C'est en milieu festif que le projet ERLI a vu le jour avec notamment la mission Rave de MdM qui est particulièrement engagée sur la question de l'injection. Une problématique de plus en plus importante qui touche de nombreux acteurs : les pouvoirs publics, les usagers, MdM, nombres d'associations et les riverains (notamment dans les Gares du Nord et de l'Est).

Aujourd'hui, le développement du projet en milieu urbain se heurte aux autorités qui refusent l'idée de l'injection de produits par les usagers. En 2009, MdM, Gaïa Paris et Sida Paroles se regroupent pour actionner ce projet

La structure Gaïa se concentre sur son programme d'échange de seringues dans les deux grandes gares parisiennes. Quant aux usagers, selon les demandes, ils peuvent rencontrer les équipes pour parler de leurs difficultés (veines, espaces de « pratiques »...). Sensible à ses questionnements, le travail de la mission ERLI propose une première permanence commune avec CAARUD Gaïa Paris. L'idée est pour les usagers de rencontrer l'équipe et d'avoir un suivi afin d'améliorer leurs connaissances face aux risques liés à l'injection. Il faut savoir que dans cet état de fait l'utilisateur n'est pas en demande d'un espace de dialogue mais c'est la mission ERLI qui souhaite mettre en place cette action de prévention. Un véritable travail de fond qui demande beaucoup de bienveillance, d'indulgence mais aussi des moyens et du temps. La stratégie d'ERLI peut paraître complexe, et pourtant :

- elle favorise le dialogue avec les usagers
- elle améliore les connaissances liées aux injections
- elle informe sur l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque
- elle privilégie le recours à des soins en cas de mauvaises injections...

Le but étant de mettre en avant un programme d'éducation lié à la santé en proposant aux consommateurs de réaliser l'injection devant des intervenants bénévoles ou salariés dont un infirmier dans l'équipe. Ces personnes pourront dialoguer avec les usagers en leur expliquant les risques et les bonnes pratiques à adopter.

En aucun cas, souligne Marie Debrus, les intervenants n'injectent ni ne poussent le piston, ni n'introduisent l'aiguille dans les veines. Ils accompagnent et informent selon le programme développé par ERLI.



©M. Couturier

Entretien avec Marie Debrus

Coordinatrice XBT

12 ans à MdM

Pharmacienne

Master 2 en Santé publique

J'ai commencé en tant

que bénévole pour

différentes missions XBT

(analyse des drogues),

programme échange serin-

gues (mission Rave).

Salariée et responsable de

la mission Lotus Bus puis

responsable mission XBT

La mission ERLI

MdM s'intéressait, comme moi, à toute la problématique autour des drogues et des usagers. C'est Patrick Beauverie, mon maître de stage qui m'a introduite dans cette mission.

ERLI est né, en 2000, d'une expérience avec la mission RAVE. Puis dans les années 2005 et en partenariat avec MdM, nous avons établi un premier document semi officiel sur le thème de la pratique issue du terrain. Au début, on tâtonnait un peu, puis avec la force de nos convictions, nous avons pu mettre en place une action conjointe qui a abouti à l'établissement de ce premier document.

De fil en aiguille, les collaborations se sont multipliées notamment avec la mission RAVE, en 2006. Le conseil d'administration nous a octroyé leur confiance mais à condition de ne pas communiquer dans les médias. Cet accord de principe nous unissait pour garder le document en interne tout en développant les idées en milieu festif. A cette époque, le responsable de la mission RAVE a souhaité développer le principe de réductions des risques au sein du CAARUD. Nous avons, alors, proposé un

protocole et un argumentaire autour de ce projet afin de négocier un dispositif avec l'état : DGS, DRACIF, Sécurité sociale, MILD (lutte contre la drogue et les conduites addictives) + SIDA Paroles et des partenaires de l'association. Au bout de 2 ans, les négociations n'ont pas abouti en raison de complications diverses et variées. Il faudra attendre fin 2009 pour voir la création d'un poste à temps plein et la naissance de la mission ERLI. Plusieurs acteurs associatifs sont venus nous rejoindre dont GAIA Paris et SIDA Paroles. La particularité réside dans une action commune afin d'obtenir un maximum d'interlocuteurs impliqués dans des structures existantes. Les difficultés sont palpables : nous sommes ensemble dans l'organigramme sans réellement l'être. Un enseignement riche qui nous permet d'avancer avec nos propres moyens.

Nous avons créé un projet de recherche avec l'association AIDES et l'INSERM financé par l'ANRS. Nous avons présenté les premiers résultats à Melbourne avec le dépôt d'un article scientifique. Aujourd'hui, on attend la légalisation de notre projet. Nous sommes conscients des difficultés notamment en raison de l'article 70 qui stipule l'interdiction de faciliter l'usage de drogues.

Nous poussons les autres structures à développer le même projet. Une première victoire qui nous réconforte dans nos idées tout en continuant l'action commune avec GAIA et SIDA Paroles. Nous souhaitons mutualiser les ressources avec d'autres structures en les formant, mais ce sont vraiment eux qui se « mouillent ».

Grâce à notre expérience, ERLI devient formateur des organisations en régions et MdM développe cette action de partenariat. La perspective 2015 reste l'identification des partenaires et la multiplication des projets. Nous devons faire changer les mentalités et les lois en faisant du forcing. L'état interdit de consommer des drogues par conséquent l'idée de la réduction des risques est également interdite, c'est en totale contradiction avec la loi. Il faut continuer pour que les choses bougent tant que les textes juridiques restent flous.

Le futur

Nous devons tout d'abord diffuser notre action, ensuite si la loi passe nous devons nous assurer que les acteurs déroulent cette action dans de bonnes conditions tout en se posant les bonnes questions. C'est en quelque sorte, pour nous, une forme de capitalisation.

La mission n'est pas vouée à se perpétuer, selon moi, elle doit s'arrêter un jour. Malgré toutes les barrières, nous remarquons, qu'au niveau du terrain et même au niveau social, il existe des évolutions positives chez les usagers. Nous devons combattre avec une action et un objectif précis mais surtout avec la reconnaissance des différents acteurs et des différentes structures.

Le fonctionnement

ERLI fonctionne avec 3 salariés (1 coordinatrice, 1 infirmière et une éducatrice à la santé) + 25 bénévoles (dont 15 appartiennent au noyau dur). On travaille selon trois déterminants :

- action pure terrain
- évaluation de notre travail à travers des réflexions, analyse de la pratique et la capitalisation
- la formation, la communication dans le milieu pour faire connaître notre expertise sur les réductions des risques.

Les bénévoles nous les formons nous-mêmes. Nous oublions parfois que ce sont des salariés qui ont déjà eu une journée active. Même si la motivation est présente, ils n'ont pas toujours le temps. Et ce ne sont pas forcément des gens qui travaillent dans le milieu, ni des infirmiers. Il est parfois difficile de leur expliquer tous le processus comme par exemple la recherche de veines.

Nous avons besoin de bénévoles ouverts d'esprit qui n'ont pas la prétention de jouer les sauveurs. Ensuite, c'est la sélection naturelle qui fait le reste.

Nous souhaiterions avoir des bénévoles multidisciplinaires comme des photographes pour faire des reportages et développer la communication. En général, le bouche à oreille fonctionne mieux que la candidature spontanée.

Au niveau de la logistique, c'est parfois difficile car les particuliers viennent « visiter », une sorte de fascination par ce que l'on fait. Il est primordial d'être à l'aise avec tout cela car on est avant tout présent pour les usagers.

En conclusion

Notre programme est un dispositif novateur de réduction des risques. Ce que l'on fait peut se faire partout en France, dans toutes les structures et pour tous les usagers alors que dans les salles de conso cela reste impossible. Il faut que les structures étatiques, les usagers et même MdM en prennent conscience. Il faut absolument donner des moyens à cette mission pour faciliter (plus tard) les éventuelles ouvertures des salles de consommation. Les salles répondent à une demande unique, celle des usagers dans l'espace public. Notre travail est fait pour ses mêmes usagers qui sont prêts ou qui ont envie de modifier leur consommation.

Nous n'avons pas les moyens de nous occuper de tout le monde, car travailler sur les pratiques nécessite du temps et des moyens. Notre travail, c'est de la haute couture alors que la salle de consommation c'est un travail de masse.
C'est juste une question d'échelle.

La mission XBT

Grégory Pfau

Coordinateur mission XBT

33 ans

Etude en pharmacie

« J'ai besoin de faire quelque chose de concret »

Tu peux me raconter ton parcours ?

Je suis coordinateur à temps partiel à MdM. Je suis arrivé dans la structure par le biais de mon doctorat en pharmacie. Et c'est aussi par ce biais que j'ai découvert la mission de réduction des risques et ensuite Marie. Lors d'une de nos rencontres, elle m'a parlé d'un poste éventuel au sein de la mission.

Quelle est la problématique de la mission ?

Elle est à la fois évidente et difficile à expliquer car c'est un débat qui touche les usagers, la société et les politiques. La problématique concerne le contenu des drogues dites de rue. Le seul moyen de se prémunir des impuretés, c'est une information objective sur la consommation.

Pour ceux qui le souhaitent, on a la possibilité de s'informer sur le contenu des drogues. La demande a été de plus en plus importante surtout lors des festivals alternatifs.

Le bouche à oreille fonctionne mieux dans ce milieu alors que dans la sphère urbaine, il est moins implanté. En France, l'objectif est faire de la veille et de l'analyse. Alors que la mission XBT vise à réduire les risques

sur le terrain. C'est une grosse différence en ajoutant également l'aspect étatique du problème. Aujourd'hui, les pouvoirs publics aident les consommateurs de tabac et d'alcool, mais pas nous. C'est la différence entre drogues légales et drogues illicites.

Parle-moi de tes débuts à la mission ERLI ?

Je travaille avec les deux missions (XBT et ERLI).

On confronte des savoirs empiriques à des savoirs scientifiques. C'est une évolution récente de ce projet de recherche. On propose un outil accessible en milieu festif. La structure de réductions des risques travaille avec nous pour donner aux usagers l'habitude d'analyser les drogues et MdM les accompagne.

Avec Marie, on souhaite fusionner nos 2 missions (XBT et ERLI). Elle connaît bien XBT car elle en était responsable auparavant. Tous les deux, nous travaillons réellement ensemble pour faire bouger les choses. On a les mêmes manières d'aborder les problématiques, c'est-à-dire accompagner les actes à la parole.

On stoppe la « version » distribution de flyer et on valorise le rapport avec les usagers. C'est cette idée qui a donné la naissance du projet de réduction des risques. L'avenir de la mission demande la mutualisation des forces et des moyens. On doit avoir un positionnement commun par rapport aux usagers. Il serait fort dommage que cela ne se fasse pas !

Objectif en quelques mots

Soutien, élaboration des documents, expertises juridiques, relais avec les partenaires (association).

Fermer pour faire autre chose, signifie que nous avons enfin accompli notre mission.

Du côté des missions

Gaïa et le fibroscan mobile

Me voilà à Berlin avec Elisabeth Avril, directrice de Gaïa (est-il besoin de la présenter ?) et Johann Volant, coordinateur du Fibroscan Mobile pour assister à la conférence « Hepatitis C and Drug Use » de Correlation Network. Nous profitons de cette occasion pour rencontrer l'équipe de Fixpunkt, qui gère plusieurs salles de consommation à moindre risque (SCMR) dont une mobile, leur présenter notre projet Fibroscan et pratiquer une séance avec leurs usagers.

D'emblée je suis frappée par la tranquillité qui règne dans ces lieux. Nous rencontrons des usagers qui sortent tout juste de la salle d'injection ; certes ils ont les paupières qui tombent et leur voix est brouillée, mais ils sont malgré tout réceptifs et nous avons des entretiens vraiment intéressants. Cela me conforte dans l'idée qu'une SCMR a toute sa place dans le panel d'outils de RdR. En effet, j'ai rencontré des usagers bien plus au fait, il me semble, des modes de transmission de l'hépatite C que ceux qui fréquentent les centres partenaires franciliens, et il est indéniable que le fait de consommer dans un lieu sécurisé avec des professionnels permet une amélioration des pratiques.

Le Fibroscan mobile, qu'est-ce que c'est ?

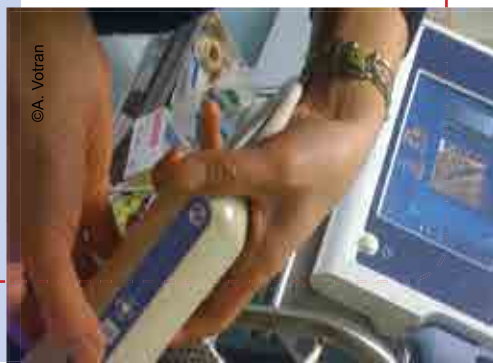
Mais revenons à nos moutons : le Fibroscan Mobile. Ce projet a été lancé par Gaïa en 2011. De quoi s'agit-il ? D'un côté nous avons une population d'usagers de drogue (UD), population stigmatisée, précarisée, ayant difficilement accès aux soins, touchée par

une maladie virale, transmissible par le biais du matériel utilisé pour préparer et consommer les drogues, l'hépatite C. D'un autre côté une machine, coûteuse mais de maniement facile, qui permet en quelques minutes d'évaluer l'état de dureté du foie (l'élasticité) et donc de déterminer le stade d'évolution de la maladie sans passer par la biopsie.

Une expérience préalable menée à Gaïa toujours, avait montré en 2009 que, pratiqué dans les lieux accueillants les UD, cet examen permettait de faire prendre conscience aux usagers de l'importance du dépistage, puis de l'importance de faire suivre et même de traiter leur hépatite. En effet, même s'il n'y a pas d'image, le fait d'avoir un résultat immédiat, donné en score d'élasticité sur un ticket, a un impact visuel important, surtout s'il fait suite à un entretien de counselling et d'information sur la maladie. Comme la RdR repose sur l'« aller vers », il était logique de monter un projet mobile.

En pratique comment ça se passe ?

Nous sommes une équipe de quatre : un coordinateur, une animatrice de prévention, une infirmière, un médecin. Nous intervenons dans environ 25 centres recevant un public d'UD, CSAPA et CAARUD d'Île-de-France. Le coordinateur fait le lien avec les centres partenaires ; avec l'animatrice, il anime les espaces d'accueil, idéalement en collaboration avec les équipes, pour donner des informations sur les hépatites et



©A. Volant

l'examen en lui-même. Le médecin et l'infirmière reçoivent ensuite en individuel chaque personne, et, par le biais d'un petit questionnaire, abordent des questions tels que le dépistage, les pratiques à risque, et conseillent sur la conduite à tenir en fonction des risques perçus et des résultats. Le Fibroscan peut être couplé à des TROD VIH et VHC si besoin. Ce projet nous a demandé des capacités d'adaptation et de flexibilité car nous avons dû travailler avec des populations très différentes d'un endroit à l'autre. Nous sommes passés de structures très parisiennes avec de fortes concentrations d'usagers, à des centres en milieu semi-rural, où il faut parcourir des kilomètres en maraude pour rencontrer trois usagers. Nous avons dû également nous adapter à des fonctionnements d'équipe : horaires de travail, sur rendez-vous ou sans rendez-vous, intégration dans des activités déjà existantes, ou au contraire création d'animations dans des endroits où il n'y avait aucune tradition d'intervention collective etc. En contrepartie, cela nous a donné l'occasion de créer des liens très forts avec les équipes et de monter des groupes de travail interstructures sur des thématiques où il nous semblait manquer de supports d'information. Les échanges sur les pratiques, sur des situations particulières, dans un cadre informel, se sont révélés très enrichissants et même dynamisants pour tous, et ont été source de créativité de la part de notre équipe mais aussi des partenaires. Nous avons ainsi créé plusieurs outils pédagogiques ayant pour vocation de parler et faire les personnes sur des sujets de santé.

Comment le projet a-t-il évolué ?

Au fil du temps, nous avons étoffé le projet, au départ centré sur l'hépatite C, en prenant en compte l'hépatite B



mais également la réduction des risques chez les consommateurs d'alcool.

Chez ces derniers, le Fibroscan est un outil tout à fait intéressant pour aider la personne à évaluer la place de l'alcool dans ses consommations, les impacts sur sa santé, et peut être un moyen de l'aider à gérer ses consommations. Nous avons également grossi l'offre de services en proposant des TROD VIH et VHC (et bientôt peut-être VHB), des prélèvements sur buvards pour les confirmations de sérologie, puis en aménageant un camion qui nous permet d'intervenir dans des locaux exigus en agrandissant l'espace, ou de suivre les équipes qui travaillent en maraude.

Depuis juin 2011, nous sommes intervenus dans une trentaine de centres et avons effectué environ 1 500 examens. Au-delà des données purement médicales et de la satisfaction exprimée aussi bien par les équipes que par les usagers, nous avons fait plusieurs constats. Tout d'abord, rien de tel que d'aller vers les gens et leur montrer que l'on s'intéresse à eux pour faire passer des messages de santé ! Cela tombe sous le sens, mais combien de services gagneraient en

Du côté des missions

efficacité s'ils sortaient de leurs murs et allaient à la rencontre du public ? Les UD sont aussi soucieux de leur santé que tout un chacun, même si elle est rarement prioritaire au regard de toute sorte d'autres préoccupations. Ils ont peu recours aux services de santé pour de multiples raisons que nous connaissons tous (absence de couverture maladie, précarité, stigmatisation de la part des professionnels...), mais lorsqu'une équipe médicale se présente à eux, ils se saisissent volontiers de l'occasion pour parler de leur vie et de leur santé. C'est l'occasion pour nous de les faire réfléchir sur des représentations très négatives qu'ils peuvent avoir notamment sur les traitements des hépatites.

Ensuite, il y a un intérêt économique à partager une machine coûteuse, une équipe, des compétences entre les structures qui travaillent dans le même champ.

Enfin je ne voudrais pas finir cet article – trop court pour décrire toute la richesse de ce projet – sans dire combien ce projet est gratifiant pour chaque membre de notre équipe. Nous prenons beaucoup de plaisir à peaufiner en permanence nos techniques d'approche, de counseling, remettre en question nos façons de voir les choses et faire évoluer le projet. Il y a également le plaisir de rencontrer chaque trimestre des partenaires avec lesquels nous avons appris à travailler et avec qui nous reprenons une conversation commencée trois mois auparavant, des usagers qui viennent parfois nous donner des nouvelles, meilleures ou pires mais pour qui nous savons que des graines ont été semées qui pousseront peut-être un jour.

Et j'aimerais vraiment remercier Elisabeth Avril, qui a eu l'idée de ce projet et l'a fait aboutir avec succès, ainsi que les personnes qui se sont succédé dans notre équipe en ap-

portant, chacune avec sa personnalité, une pierre à l'édifice : Béatrice Daleski, Louise Alluin et Johann Volant, les coordinateurs ; Charlotte Lécot, Marine Houzelle et Camille Jaouen, les infirmières ; Delphine Frouard et Anne-Lise Dehée, les animatrices de prévention, des artistes pleines d'idées et de trouvailles.

1 500 personnes – 82 % hommes 18 % femmes

32 % VHC (+ (déclaratif) dont 1/3 n'est pas suivi

17 % de fibrose modérée à sévère

Plus de la moitié a une consommation d'alcool problématique.

**Ai Anh VOTRAN, médecin à Gaïa,
RM Vietnam**



©A. Votran

Le dioxyde de titane, un excipient controversé

Le dioxyde de titane ou oxyde de titane est une molécule composée d'oxygène et de titane de formule TiO_2 . Il est principalement utilisé comme pigment et opacifiant pour toutes sortes de substances, dont un très grand nombre de médicaments. Son innocuité est controversée.

En effet, il est classé comme peut-être cancérigène pour l'homme (groupe 2B) au Centre International de Recherches sur le Cancer (CIRC), et des effets génotoxiques ont été montrés (source Colorant E171 - Dioxyde de titane, Bioxyde de titane). De plus il y a des doutes quant à la capacité de l'organisme à l'éliminer. Les toxicologues et écotoxicologues craignent que ce TiO_2 puisse traverser plusieurs barrières biologiques, voire s'accumuler dans certains organes cibles (cytoplasme cellulaire) faute d'élimination suffisante par le rein. Ils craignent que le TiO_2 ayant pénétré les cellules ne lèse leur ADN (observé in vitro) avec des effets à long terme sur l'individu et les générations suivantes.

Récemment (en 2011), des chercheurs du CEA et de l'université Joseph Fourier ont montré que, in vitro, des nanoparticules de dioxyde de titane (nano- TiO_2) altèrent l'intégrité de la barrière hémato-encéphalique (BHE, vitale pour la protection du cerveau) ; les nano- TiO_2 s'accumulent dans l'endothélium de la BHE, y cause une inflammation qui aboutit à une rupture de la barrière. De plus, ces particules semblent inhiber la fonction réparatrice des P-glycoprotéines (protéines jouant un rôle majeur dans la détoxification d'organes vitaux dont le cerveau. source https://fr.wikipedia.org/wiki/Dioxyde_de_titane).

Il est présent dans un très grand nom-

bre de préparations pharmaceutiques, et sa présence n'est pas toujours signalée sur la notice du médicament ou les sites internet médicaux. Pour vérifier si un médicament en contient, je peux vous conseiller ce site qui semble assez complet sur les excipients :

ANSM Ecodex

Selon les médicaments considérés, il peut être possible d'enlever l'enrobage (lavage) ou de faire des extractions afin de limiter la présence d'excipients. Pour plus de renseignements je vous invite à faire vos recherches. Voici quelques liens :

Dioxyde de Titane sur Wikipédia

Fiche additifs alimentaires

Un article quelque peu alarmiste de l'UFC Que Choisir

À vous les studios,

**Yan Amar, bénévole mission
squats.**

Alain Benet, Médecin et RM CASO St Denis et Muhammad R.

M. Muhammad R., 25 ans, originaire du Pakistan, vient consulter pour des douleurs abdominales. Il a froid. Son anglais ne lui permet pas de bien expliquer ses troubles. Appel est fait à ISM (Inter Service Migrants). Grâce à l'interprète Urdu, je comprends mieux ses troubles et apprends qu'il vient de passer trois nuits dans un parc.

L'interprète peut lui expliquer qu'un traitement lui sera remis et qu'un rendez-vous sera pris pour prise de sang. Une fois le rendez-vous pris, j'essaie d'en expliquer le lieu et la date. Cela prend un peu de temps, je tente de m'assurer que M.R. a bien compris. Lorsque, soudain, il croise ses bras sur le bureau en y posant sa tête, visage contre le bureau.

Du côté des missions

Trop d'anxiété empêchait-elle M.R. de comprendre mes explications ? A-t-il perçu mon irritation devant la difficulté de nous comprendre ? En tout cas, le message était clair : « je n'en peux plus, aidez-moi ». M. R. reste dans cette position, muet, sourd à toute parole de réconfort qu'il ne peut comprendre. Je suis obligé de changer de bureau pour poursuivre les consultations. Finalement, après plus d'une heure, avec l'aide d'un autre patient Pakistanais, parlant anglais, l'échange peut être repris.

M.R. quitte le CASO avec trois rendez-vous, dont un le lendemain pour la radio et surtout une rencontre avec Parween, notre interprète Urdu. M.R. est bien là le lendemain matin, il a pu dormir chez un ami, il n'a plus froid, a moins mal au ventre, sourit un peu. J'apprends plus tard qu'il s'est bien rendu au deuxième rendez-vous à l'hôpital, le matin au lieu de l'après-midi, mais il a été reçu. Enfin je revois M.R. lors de son troisième rendez-vous, avec Audrey, notre assistante sociale.

De combien s'augmente l'angoisse d'une situation déjà angoissante lorsqu'elle ne peut être communiquée ?

Diana et l'École dans la Rue

Diana est née juste avant le changement de siècle, et a grandi jusqu'à maintenant, sans l'usage de ses jambes. Née Rom, en Roumanie, ses parents font face d'abord aux diagnostics expéditifs, aux examens impossibles à faire du fait du manque d'argent. Médicalement, elle n'aura que le minimum, qui ne suffit pas à faire grand-chose.

Faute d'équipement et de soins appropriés, ou même de structures accessibles, elle n'est jamais allée à

l'école. Arrivée en France pour ses 15 ans, avec ses parents elle ne démord pourtant pas de ses rêves ; pouvoir aller à l'école, apprendre à jouer du piano, ou de la guitare, pouvoir travailler un jour.

Son goût pour l'apprentissage est d'ailleurs prouvé par sa connaissance des langues espagnole et ... tamoul ! Langues qu'elle a apprises grâce à des séries télévisées.

Et c'est il y a quelques mois qu'elle croise les bénévoles de l'École dans la Rue au cœur de Paris. L'École dans la Rue c'est une dizaine de bénévoles qui font l'école au beau milieu de la place de la République pour les enfants Rom qui sont à la rue. Le but étant de les sensibiliser, et de les faire entrer dans le droit commun : l'école. C'est à ce moment que se structure autour de Diana, un réseau d'associations, coordonnées par Eddy, cofondateur de l'École dans la Rue qui cherche à la scolariser, Emmaüs, le Samu social, pour trouver un logement pour elle et ses parents. C'est via l'association de solidarité et d'aide à l'intégration Autremonde (où Eddy et moi sommes également bénévoles), que je rentre en contact avec Eddy, qui, dans un premier temps, me demande de venir faire de la traduction avec les parents de Diana, principalement pour des raisons administratives.

Je fais intervenir Anne Marie, médecin pédiatre de la mission bidonville à St Denis, (pour qui également, la question de la scolarisation est un vrai cheval de bataille), pour le volet



©B. Guillaume

médical, et c'est le CASO de Parmen-
tier qui nous ouvre les portes pour
accueillir Diana et ses parents lors de
consultations.

En un rien de temps, le réseau de
solidarité fait ses preuves, et le dossier
de Diana avance grandement sur tous
les plans. Tous, espérons une issue
favorable, on devrait notamment avoir
une réponse très rapide concernant sa
prise en charge scolaire.

Au-delà des résultats que nous allons
avoir sur ce cas précis, cet exemple
montre encore combien le réseau de
solidarité, et le partage des com-
pétences entre les associations et
structures est productif et efficace. Et
combien il faut développer autant que
possible ces liens pour avancer, et rap-
peler comme la solidarité, à tous les
niveaux est indispensable aujourd'hui.

**Brice Guillaume, bénévole média-
teur à la mission bidonvilles.**

Il part...

Une expérience conduit à une autre, à
l'infini. C'est alors qu'en novembre 2013,
Nelson Mandela n'était pas encore
mort, que je me suis arrêté en terre
de Saint-Denis. Moi anciennement
d'Emmaüs rencontrant les bénévoles et
salariés du CASO, 2 termes de l'équation
Médecins du Monde.

Et le 23 septembre, après 10 mois d'une
riche période, mon aventure de Chargé
d'Accueil prendra fin. Mon intégration
passait par un premier passage média-
tique dans la revue interne « Sur le fil »
édition 0. L'idée d'un témoignage de
départ m'a paru légitime.

Le public accueilli n'est pas toujours
facile tant ces patients sont en quête
d'un avenir immédiat, d'une solution
au présent. Comprendre afin de
tenter de répondre aux différentes
demandes, que ce soit pour des

consultations médicales, infirmières,
de domiciliations, informer ou
constituer un dossier d'AME qui
n'est pas toujours facile. Et cette
union bénévoles-salariés fait un
travail admirable afin que chacun
reparte avec une écoute, une
réponse, une orientation. Ce fut
une équipe avec suffisamment de
conscience politique, de profession-
nalisme, d'énergie, d'humour et de
culture pour que je suive avec facilité
leur engagement. En fin de compte
ceci n'est pas un témoignage, mais
plutôt un hommage.

**David Debarnot, ex chargé
d'accueil CASO St Denis.**

Elles sont parties

Sans douleur, au revoir Maïté

Sans douleur, sans anxiété elle est
partie hier matin de Bayonne sous un
soleil radieux.

Elle sera inhumée à Mézos, chez elle,
dans les Landes mercredi après-midi.
C'est ainsi que ses enfants Camille
et Clément et son compagnon
faisaient part du décès de leur mère et
compagne Maïté Lavielle à la mission
banlieue et plus particulièrement au
CASO. Elle l'avait rejoint trois ans
plus tôt alors qu'elle se savait déjà
malade mais souhaitait mettre ses
compétences et ses forces au service
de ceux que le monde oublie peu à
peu. La délégation, par ces quelques
lignes, souhaiterait témoigner de ses
qualités certes professionnelles mais
aussi et surtout humaines faites de
dignité, de courage, de militance, de
don de soi et de respect de l'autre
dans ses ressemblances et ses
différences.

Que sa vie soit un exemple pour tous
ceux qui ont eu, comme nous, le plaisir
de la rencontrer, la connaître et de
partager avec elle.

Que sa mémoire reste vive en nous tous, la vraie mort n'est-elle pas seulement lorsqu'il n'y a plus personne pour se souvenir ?



Laurence Travers, pharmacienne au CASO de Parmentier se trouvait dans l'avion Air Algérie tombé le 24 juillet.

Chères amies, chers amis
Nous venons d'apprendre la disparition de l'une d'entre nous dans des circonstances particulièrement tragiques.
Laurence TRAVERS était venue nous rejoindre en novembre 2013 à la pharmacie et travaillait le mardi. Toujours souriante, particulièrement discrète, elle avait pris ce travail avec joie et entrain.
Elle s'était parfaitement adaptée à ce poste ; son sérieux et son désir de rester au CASO, nous avait conduits avec Geneviève à penser qu'elle pourrait, à termes, prendre la responsabilité de la pharmacie, tout particulièrement la gestion des stocks et des commandes auprès de PH1.
Elle nous avait fait part de son désir de rendre encore plus de services aux déshérités et avait réservé ses vacances de Juillet pour aider des familles au Burkina Fasso.
Elle ne rentrera pas en France ; sa vie

s'est arrêtée dans le crash de l'avion d'Air Algérie le 24 juillet.
Nous pensons à elle et à sa famille et nous sommes tous très tristes et malheureux que la vie de cette jeune femme se soit envolée dans de telles circonstances tragiques.
Céline vous fera part de ce douloureux départ lors des staffs matinaux auxquels je ne pourrais assister mais je tenais à être avec vous par la pensée dans ces moments difficiles.

Christian DEROSIER
RM CASO Paris, juillet 2014

Graciela Robert, quitte la mission SDF

Décembre, MdM lance la distribution de tentes aux SDF parisiens. C'est Graciela Robert, RM de la mission SDF depuis son démarrage qui avait lancé et coordonné cette action avec l'équipe : " C'était une manière d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics pour demander que l'hébergement d'urgence le reste et ne devienne pas une solution durable. Bien sûr, nous voulions aussi apporter une aide à des personnes qui sont en danger en dormant dans la rue en plein hiver ".
Graciela a quitté ses fonctions de RM le 6 octobre 2014. La mission a élu son remplaçant, Paul Zylberg, déjà co-RM.
Bon vent à tous deux.

Il arrive ...

Arrivé avec le soleil de l'été au CASO de St Denis, j'ai le plaisir d'y découvrir une équipe pleine de sourires et de bonne humeur. On m'accueille, pour ma rentrée, avec quelques pâtisseries, des bonjours chaleureux et un petit thé. Après quelques présentations, j'ai le plaisir de partager mes premiers moments avec Viviane qui m'explique les complexités de l'administration française pour l'obtention de l'aide médicale d'état. Et nous voilà à parler urdu, anglais, rom ou tout simplement avec les mains afin de glaner quelques précieuses informations afin de constituer les dossiers.

En coulisses, je prends plaisir à retrouver les autres collègues parmi les rayons de dossiers, les papiers ou encore derrière l'ordinateur à la recherche d'informations.

La plupart du temps c'est avec eux qu'on trouve ce qu'on cherche.

J'aurai le plaisir de réaliser les entretiens tout le mois d'août avec Ilham et d'autres avant de prendre mon envol.... Pour ensuite aller courir après David, Alexandra ou d'autres avec toujours une nouvelle question pour connaître les subtilités du rôle d'accueillant que l'on apprend au fil de l'eau.

À bientôt

Vincent Le Garrec, bénévole accueillant CASO St Denis.



©V. Le Garrec

Le colloque RdR en 5 actes, au 104, les 13, 14 et 15 octobre 2014

Quand Ilham, cet été, m'a proposé d'assister au colloque sur la réduction des risques organisé par l'AFR, mon premier réflexe a été de lui dire que je n'étais pas directement concernée par le sujet car lors des entretiens de prévention que nous menons au Caso de St Denis, nous rencontrons rarement des patients toxicomanes. Je me suis décidée finalement car la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites est un sujet qui me tient à cœur. J'ai consulté le programme en ligne du colloque et l'approche qui était présentée m'a interpellée « la sale guerre », déjà le titre était intrigant !

Le village RdR

Le colloque avait lieu au « 104 », un endroit très original. J'ai d'abord visité les différents stands du Village RdR, situé dans la nef au cœur des rencontres et également ouvert au grand public. Le village donnait l'impression d'un camp militaire ! Chaque association ou institution y présentait ses actions dans la Réduction des risques. J'y ai rencontré l'équipe du bus Gaïa qui faisait des démonstrations de dépistage rapide par fibroscan et Trod ainsi que des séances d'auriculothérapie, la Mission XBT de Médecins du Monde qui présentait ses activités et notamment l'analyse de produits par CCM, le Crips, le Caruud mobile etc.

Les conférences

Je suis allée dans la salle de conférences pour entendre les différentes plénières aux titres guerriers. Les présentations se déroulaient en 5 actes selon le fil historique de la guerre faite aux drogues.

Acte I « Partir en guerre, la fleur au fusil » : nous avons eu droit à un historique très intéressant fait par un sociologue, François-Xavier Dudouet, sur l'histoire du commerce international des drogues et comment on en est arrivé à son interdiction ! Ensuite un ancien commandant de police Serge Supersac a développé la situation en France.



© AFR 2014 / illustration Weth.fr

Acte II : La chanson de Craonne : « De cette guerre infâme »

Olivier Maguet et Fabrice Olivet ont exposé toutes les conséquences néfastes de cette guerre à la drogue.

Acte III : « Ils ont tué Jaurès »

Marie Debrus présidente de l'AFR a exposé les arguments pour en finir avec la guerre

Acte IV : L'espoir d'une nouvelle société des Nations

Concrétisé par deux exemples : un documentaire : « Drogue, la fin de la prohibition » présenté par Jean Félix Savary, GREA (Suisse) et l'expérience nationale de légalisation du cannabis en Uruguay.

Acte V : L'adieu aux armes

Jean-Luc Roméro, Président du CRIPS IdF et Marie Nougier, Consultante à l'IDPC posent la question de la direction à adopter pour la politique des drogues.

Après 40 ans de guerre à la drogue, il s'avère que le constat est sans appel : partout dans le monde, la chasse aux trafiquants et la répression du consommateur sont un échec. Le temps est venu maintenant de réfléchir à d'autres solutions : supprimer la prohibition, légaliser le cannabis, voire les drogues dures.

Dans le village RdR avaient lieu en parallèle des Forums, espaces d'échange ouverts à tous, animés par un modérateur. 15 à 30 mn étaient consacrées à des interventions afin d'amorcer la discussion et ensuite les participants pouvaient prendre la parole.

Il était très difficile de choisir entre deux présentations car les sujets étaient tous très intéressants. (quelques exemples de présentations intéressantes le cannabis en tant

qu'outil thérapeutique dans la prise en charge des usagers de drogues, la consommation de méthadone par voie injectable : quels publics, quels outils, quels messages ?)

En conclusion ces journées étaient vraiment très réussies et présentaient tous les aspects possibles de réduction des risques. Comment ne pas être convaincue qu'il faut aller vers une dépénalisation de l'usage de drogues !

**Catherine Bouviala, pharmacienne
bénévole CASO Saint-Denis**

Dernière étape du processus de régionalisation, la délégation de pouvoir budgétaire aux collèges régionaux

Le process

Pour achever le processus de régionalisation, le conseil d'administration du 22 mars 2014 a donné aux collèges régionaux une délégation de pouvoir budgétaire sur les actions de l'association dans leurs régions conférant ainsi aux régions un certain niveau d'autonomie pour la mise en œuvre de leur projet régional, signe politique fort.

L'objectif

L'objectif de cette démarche budgétaire est triple. Donner aux délégations une vision globale sur le budget de l'ensemble des activités de leur région, stimuler l'innovation et le « turnover opérationnel » des projets (créer de nouveaux projets et transférer), réguler la répartition des fonds non affectés (« fonds propres ») entre le secteur international et le secteur France. Cette délégation est, bien évidemment, soumise à un cadre, le contenu des actions doit répondre aux orientations données par le conseil d'administration et par le groupe France, et aux normes de qualité communiquées par la direction des missions France et respecter le cadre réglementaire qui s'impose dans notre pays. Elle est tout aussi évidemment soumise à des réserves, le respect par la délégation du budget qui lui était alloué au cours des années antérieures et la capacité statutaire du CA de

modifier un budget voté par une délégation lors du vote formel du budget en cas de circonstances exceptionnelles ou de dysfonctionnement.

Les chiffres

En termes de chiffres (qui doivent être définitivement validés au cours du Conseil d'Administration du 19 décembre 2014), le budget de délégation Ile-de-France pour l'année 2015 (délégation et programmes) s'élève à 2 331 314 euros, en augmentation de 70 000 euros par rapport au budget initial de l'année 2014. L'augmentation est notamment due au financement des travaux d'agencement du bâtiment de la mission Banlieue à Saint Denis prévus pour le printemps 2015.

Ce budget de 2 331 314 euros se répartit en 1 433 064 euros de Revenus Non Affectés (anciennement nommés fonds propres) et 898 250 euros de subventions publiques (ARS, Conseil régional,...) et privées (fondations), soit globalement un ratio de 60/40.

De par le volume important des activités sur la zone francilienne, le budget de la Délégation Ile-de-France est le plus élevé parmi les délégations et représente environ 26 % de l'activité totale (8,8 millions d'euros) des missions France. Notons que ces éléments financiers ne reflètent pas complètement l'activité de la Délégation, il manque la valorisation du travail effectué par les bénévoles. Grâce à un nouveau mode d'enregistrement comptable et aux déclarations volontaires des bénévoles mises en place cette année, cette valorisation sera possible en 2015 et permettra ainsi une vision plus juste de l'activité de la Délégation et surtout de ses programmes.

**Jeanine Rochefort
Déléguee régionale**

**Yannick Le Bihan
Coordinateur régional**



La régularisation pour soins des étrangers malades en situation irrégulière.

C'est à Bordeaux, il y a une quinzaine d'années que MdM a démarré une activité de régularisation pour soins des étrangers malades en situation irrégulière. En 2011, 10 CASO ont rapporté une telle activité : Lyon, Marseille, Nantes, Paris, Toulouse, Strasbourg, Metz et Grenoble, Poitiers/Angoulême.

Après validation du projet par la délégation Île de France et le groupe France nous avançons sur la mise en œuvre d'une mini-cellule Régularisation pour soins, pilotée par Michèle Teule, pour une mise en place en début 2015, dans les locaux de la délégation, au 3e étage de Parmentier, lorsque les travaux seront terminés. Cette cellule prendra en charge les demandes de régularisations personnes envoyées par les acteurs franciliens

Qu'en est-il en termes de législation ?

- La loi du 11 mai 1998 permet la régularisation du séjour pour l'étranger dont « l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». Cette disposition est accompagnée de conditions administratives et médicales : ne pas représenter une menace à l'ordre public, résidence « habituelle » en France, nécessité d'une prise en charge médicale, exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge, non-accessibilité au traitement dans le pays d'origine.
- Les rapports médicaux sont rédigés par des Praticiens Hospitaliers ou des Médecins agréés dont la liste établie dans chaque département par le Préfet sur proposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (la prise en charge financière des rapports médicaux doit être gratuite ou effectuée sur la base de la CMU-C ou l'AME et pas plus). L'évaluation administrative est confiée au Préfet, l'évaluation médicale aux MARS (Médecins de l'Agence Régionale de Santé).
- Le 7 avril 2010, le Conseil d'État réaffirmait

l'esprit de la loi sur l'effectivité de l'accès au traitement « ...un étranger malade peut se prévaloir du fait que, même si des possibilités de traitement existent en théorie, il ne pourrait en bénéficier effectivement compte tenu de son inaccessibilité socio-économique ou de circonstances exceptionnelles liées à sa situation personnelle... ».

- La déontologie médicale s'applique tout au long de la procédure (Ministère de la Santé 10 novembre 2011) : continuité des soins, indépendance des médecins dans la rédaction de leurs avis médicaux, préservation du secret médical.

Attention ! Le statut d'« étranger malade » correspond à un accueil humanitaire lorsqu'on ne peut pas renvoyer le malade dans son pays sans risque d'absence ou de rupture de soins.

- La loi du 16 juin 2011 prévoit que le Préfet peut, après avis de l'ARS, prendre en considération des « circonstances humanitaires exceptionnelles » pour attribuer le droit au séjour d'un étranger même si toutes les conditions ne sont pas remplies, procédure en voie d'abandon. De plus, cette loi a remplacé la notion de la disponibilité effective du traitement dans le pays d'origine, par celle d'existence, ce qui a considérablement affecté l'appréciation des MARS. Le traitement approprié doit être réputé « absent », et non plus « disponible » (et accessible) pour justifier une régularisation. L'instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011 précise que les traitements du VIH et des hépatites ne peuvent pas être considérés comme existants dans la majorité des pays d'origine concernés mais elle est peu appliquée.

- Le dossier de demande doit contenir d'autres documents, non médicaux, pour permettre une évaluation globale de la situation. Les documents administratifs exigés sont destinés à fournir des « indications relatives à l'état civil, du demandeur et, le cas échéant celui de son conjoint et de ses enfants à charge ».

Quels sont les obstacles qui s'opposent au respect de la loi ?

- Il revient désormais aux services du Ministère de l'Intérieur d'apprécier les conditions administratives conduisant à déterminer le type de protection à accorder. C'est une gestion politique alors qu'il s'agit de protection de la santé, ce qui donne lieu à de nombreux abus dont

l'octroi d'Autorisations Provisoires de Séjour au lieu de la Carte de Séjour Temporaire (CST), l'expulsion d'étrangers malades, etc. Le Préfet prend sa décision après avis médical de l'ARS et considération de l'ensemble des informations soumises. Selon les associations, certaines préfectures conduiraient des « contre-enquêtes médicales » pour décider ou non d'une reconduite à la frontière, même après avis favorable du médecin de l'ARS.

- Les délais d'instruction dépassent presque toujours les quatre mois prévus par les textes et dépassent fréquemment un an pour atteindre deux ans, d'où la possibilité d'obtenir un titre de séjour proche de l'expiration.

Où en sommes-nous ?

Il n'existe aucun document public permettant de mesurer l'application de droit au séjour pour raison médicale ; les rapports au Parlement ne mentionnent que les premières délivrances de CST et seulement dans l'hexagone.

Mis en place en 1998, en 2009 le dispositif était considéré comme stable environ 28 000 dossiers acceptés (soit 0,8 % des étrangers de France) représentant 3 % de tous les titres de séjour accordés ; 18 % relatifs au VIH (100 % des demandeurs), 17 % la psychiatrie, 5,8 % cardio-vasculaires, 8 % hépatites, 6 % diabète, 4 % cancer. La moitié des titres accordés le sont en Île de France (données communiquées en 2010).

En 2011, sur les 38 683 avis médicaux rendus, 75 % ont été favorables, documentés par 11 356 premiers titres de séjour et 21 660 renouvellements dont 50 % en Île de France.

Les données récentes (provisoires) publiées pour l'année 2012 dans le rapport IGA/IGAS sont voisines : 36 615 avis, dont 75 % favorables. Selon le même rapport, les principales pathologies étaient : la psychiatrie (22 %), VIH (15 %), hépatites (9 %), diabète (7 %), maladies cardio-vasculaires (6 %) et cancer (5 %). Les pays d'origine : 15 % Algérie, 8 % Congo RD, 7 % Congo, 6 % Cameroun et Arménie et 5 % Maroc. Le rapport considère que ces résultats sont à peu près stables depuis 2005, mais reconnaît que des améliorations sont nécessaires ; cependant, les recommandations sont loin de satisfaire nos attentes et nos revendications (ODSE mai 2013). Pour un grand nombre de demandes, le refus

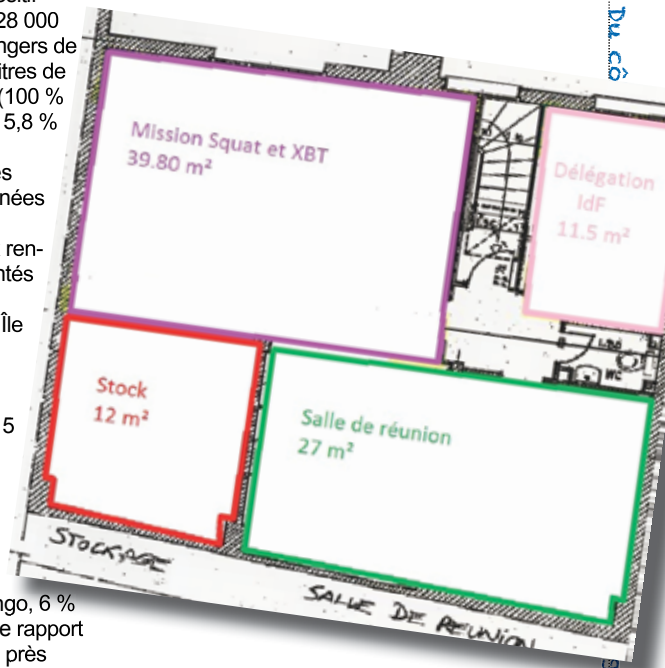
est accompagné d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF). Dans un nombre limité de cas, justifiés, un recours rapide peut être tenté auprès du Tribunal Administratif, procédure qui allonge alors encore la procédure et dont le résultat est aléatoire.

Michèle Teule

Du nouveau à Parmentier : réaménagement du 3ème étage

Le 3ème étage était occupé ainsi :

- 39.8 m² pour mission squats et XTB
- 11.5 m² pour délégation IdF (1 permanent + 1 stagiaire)
- 12 m² destinés au stockage des produits de ménage et des produits chimiques à haut risque pour les tests produits
- 27 m² de salle de réunion

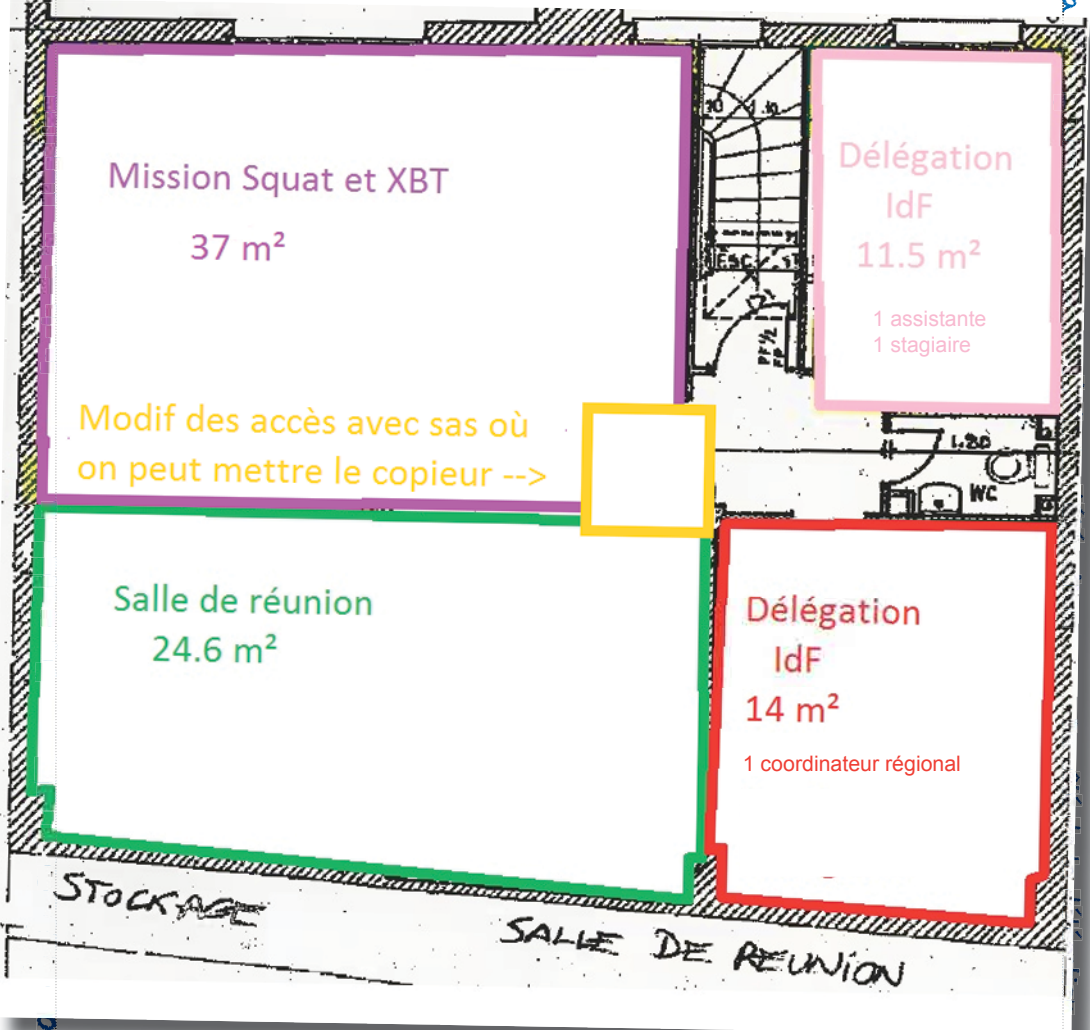


AVANT

tout le monde :

L'arrivée de Yannick Le Bihan nous a amenés à retravailler l'espace ; en effet étant donné que la délégation ne disposait que de 11.5 m² il n'était pas envisageable d'intégrer un poste de travail supplémentaire et ce à la fois pour des raisons d'ergonomie et de confidentialité. Les services généraux du siège ont proposé le réaménagement suivant, qui convient à

Bonnes nouvelles : Le laboratoire qui a été installé récemment va permettre aux bénévoles de la mission XBT- Squats d'effectuer les analyses de produits en toute sécurité. Le coordinateur régional va avoir un vrai bureau !



APRES



Mille excuses : dans le numéro 1 du Fil nous avons omis de préciser que les photos de la page 34 illustrant l'article sur ERLI étaient de Maxime Couturier. C'est également lui qui a réalisé les photos du dossier XBT/ERLI.

Missions franciliennes

Septembre/Octobre : Participation de l'ensemble des bénévoles du CASO de Paris pour la revue des missions.

17 octobre : Rencontre avec le cabinet de Bernand Jomier, adjoint de la Mairie de Paris chargé de la santé.

28 octobre : Audition du Lotus Bus à la cours d'assises de Paris dans le cadre d'un procès pour des viols commises contre quatre femmes suivis par le programme

29 octobre : Première réunion d'un groupe de femmes chinoises en vue de la création d'une association d'autosupport.

15 novembre : Conférence sur les adolescents organisée par la mission parrainage

27 novembre : Formation d'équipe sur les droits et la prostitution animée par Sarah Marie Maffesoli (juriste)

26, 27 et 28 novembre : Visite de la mission squats à Marseille

28 novembre : Formation « Mieux comprendre les patients du Pakistan et de l'Inde » organisée par la mission banlieue et animés par une anthropologue spécialisée sur la migration sud-asiatique

29 novembre : Séminaire « IST et Jeunes en errances » organisé par la mission bidonvilles

17 décembre : Journée de lutte contre les violences faites aux travailleuses du sexe. Participation du Lotus Bus à un rassemblement à Belleville à partir de 18h.

Délégation IdF

22 septembre : Présentation des budgets franciliens

3 octobre : Réunion du bureau IdF « Arbitrage des budgets franciliens »

14 octobre : Copil PASS Salpêtrière et Copil Delafontaine

23 octobre : Réunion délégation et coordinateurs franciliens « présentation de l'arbitrage des budgets »

23 octobre : Participation de Dominique Dumand et Solveig Mattei, assistante sociale mission SDF à l'atelier « Quelle réponse apporter à la présence de famille en situation de sans-abrisme dans l'espace urbain ? » organisé par l'Hôtel de ville.

30 octobre : Rencontre avec le conseiller de Santé de Mme Anne Hidalgo.

6 et 7 novembre : Commissions Paritaires Budgétaires (CPB)

4 novembre : 9h00 avec Robert Bianco-Levrin et Dominique Dumand : participation au Groupe 2 Intervenir, CHRS Relais des Carrières, atelier Comment intégrer les problématiques santé (somatique, psy, addictions) dans le parcours d'insertion ?

4 novembre : 14h00 avec Robert Bianco-Levrin et Dominique Dumand : participation au Groupe 2 Intervenir, mairie du 3ème, atelier Comment améliorer l'accès à l'hébergement et au logement à partir de la rue ?

25 novembre : Session d'information -nouveau bénévole

5 décembre : réunion du collège IdF

4 décembre : Formation « Accès aux soins, Accès aux droits »

8 et 9 janvier : DU Santé Précarité Solidarité

14 janvier : Intervention à l'IFSI de Cochin

22 janvier : présentation de la mission parrainage

12 février : Soirée - débat « Secret médical / Secret partagé »

12 et 13 février : Nuit solidaire

I N F O S U T I L E S

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 ou demander à quelqu'un de vous poster le billet.

adherent@medecinsdumonde.net

Mot de passe : Adhe.MdM

benevole@medecinsdumonde.net

Mot de passe : Bene.MdM

delegation.iledefrance@medecinsdumonde.net

Mot de passe : Dele.idf