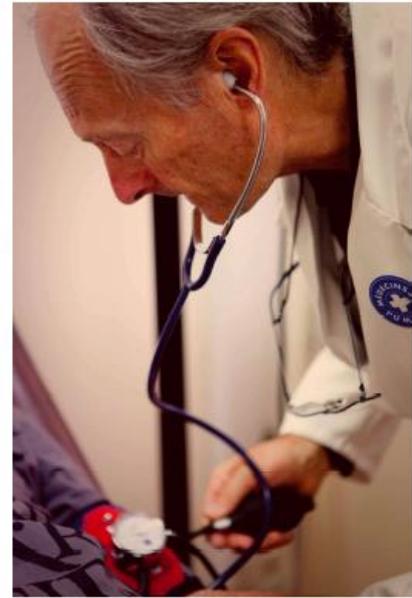




MÉDECINS DU MONDE 世界医師会 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΩΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医師会 ÄRZTE DER WELT 世界の医師会 MÉDECINS DU MONDE 世界医師会 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΩΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医師会 ÄRZTE DER WELT 世界の医師会 MÉDECINS DU MONDE 世界医師会 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΩΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医師会 ÄRZTE DER WELT 世界の医師会

Alsace | Aquitaine | Bretagne | Corse | Franche-Comté | Ile-de-France | Languedoc-Roussillon | Lorraine |
Midi-Pyrénées | Normandie | Nord-Pas de Calais | Océan Indien | Pays de Loire | Poitou-Charentes |
Provence-Alpes-Côte-D'azur | **Rhône-Alpes**

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2011 - LYON



- > CENTRE D'ACCUEIL DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)
- > MISSION DE RUE (BUS)
- > MISSION SQUATS ET BIDONVILLES



Mai 2012

13 rue Sainte Catherine, 69001 Lyon
Tél : 04 78 89 99 99, Fax : 04 26 84 78 08
mf.lyon@medecinsdumonde.net

Crédit photo :
Tiffany Duprès
Philippe Merchez
Elisabeth Rull.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
LISTE DES ACRONYMES	5
SYNTHESE	6
Le CASO (Centre d'accueil, de soins et d'orientation) en bref	7
Le bus en bref	8
La mission squats et bidonvilles en bref	9
Organisation hebdomadaire des activités	10
CONTEXTE	11
Contexte national	11
La santé devient un luxe	11
Le droit des étrangers gravement malades mis à mal	13
Le climat de stigmatisation des Roms	14
La crise de l'hébergement d'urgence.....	15
Contexte lyonnais	16
Les faiblesses des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	17
Des difficultés de plus en plus insurmontables dans l'ouverture des droits.....	18
Crise de l'hébergement d'urgence	21
LE CASO	22
Une activité en augmentation constante	22
Profil des patients reçus au CASO	23
Objectif 1 : Soigner les populations les plus vulnérables et les orienter vers le système de droit commun après ouverture des droits à couverture maladie	26
Accueillir	26
Soigner.....	26
Assurer des consultations sociales.....	29
Délivrer les médicaments	30
Favoriser l'accès à la prévention.....	31
Orienter et accompagner les patients vers le système de soins de droit commun.....	32
Effectuer un suivi médico-social des femmes accueillies sur les lits de repos cogérés avec l'Armée du Salut	34
Effectuer une permanence d'infirmiers à l'accueil de jour 'La Péniche'	36
Objectif 2 : Soulager la souffrance psychique et prévenir les décompensations psychosociales	38
Assurer des consultations psychologiques.....	39
Assurer des consultations de psychiatrie et pédopsychiatrie	39
Objectif 3 : Participer à la prévention périnatale pour les femmes en grande précarité, ne pouvant prétendre à une couverture maladie	41
Assurer des consultations de gynécologie	41
Assurer des suivis de grossesse	41
Orienter les enfants de moins de 6 ans vers les PMI du secteur	43
Objectif 4 : Evaluer et témoigner des obstacles à l'accès aux soins, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales	46
Recueillir des données sur la situation administrative, sociale et médicale des patients reçus.....	46
Organiser des modules de formation en interne, pour améliorer la qualité et la pertinence des actions	46
Participer à des temps de mobilisation inter associative pour sensibiliser sur la question de l'accès aux soins	46
Participer à des groupes de travail thématiques ou territoriaux	48
Données financières du CASO	49
Rapport financier 2011	49
Budget prévisionnel 2012.....	50

LE BUS.....	51
Introduction	51
Présentation de l'activité.....	51
Public reçu	53
Objectif 1 : Prévenir les risques liés à un retard dans l'accès aux soins, et favoriser l'accès aux droits et aux soins en allant au devant des publics marginalisés	55
Accès aux droits	55
Accès aux soins	56
Objectif 2 : Soulager la souffrance psychique et prévenir les risques de décompensation	57
La souffrance psychique et la vie à la rue	57
Le travail d'écoute de la mission bus.....	57
Objectif 3 : Prévenir et réduire les conduites à risque et renforcer les connaissances des usagers en matière de prévention primaire et secondaire	58
Transfert progressif du programme d'échange de seringues à Ruptures (CAARUD)	58
Objectif 4 : Renforcer le travail en réseau et témoigner des situations vécues par les usagers du Bus, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales.....	60
Données financières du bus.....	61
Rapport financier	61
Budget prévisionnel 2012	62
LES SQUATS ET BIDONVILLES.....	63
Introduction	63
Contexte lyonnais	63
Présentation de l'activité.....	64
Personnes rencontrées	65
Objectif 1 : Prévenir les risques liés à un retard dans l'accès aux soins, et favoriser l'accès aux droits et aux soins.....	66
Le soin	66
L'orientation.....	66
L'ouverture des droits à une couverture maladie.....	67
Objectif 2 : Participer à la prévention périnatale pour les femmes en grande précarité, n'ouvrant pas droit à une couverture maladie	68
Objectif 3 : Favoriser la prévention notamment par la vaccination des enfants	69
La vaccination	69
Travail sur le saturnisme.....	70
Objectif 4 : Evaluer et témoigner des obstacles à l'accès aux soins, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales et d'améliorer les dispositifs et réglementations existants	71
Alertes institutionnelles dans le cadre du protocole bidonvilles.....	71
Interpellation de l'opinion publique au travers d'actions médiatiques.....	71
Données financières des squats et bidonvilles	72
Rapport financier 2011	72
Budget prévisionnel 2012	73
CONCLUSION.....	74
REMERCIEMENTS	75
Partenariats sur les missions France de MdM à Lyon	75
Equipes MdM	75

LISTE DES ACRONYMES

ADS	Armée du Salut
ALPIL	Action Lyonnaise pour l'Insertion Sociale par le Logement
AME	Aide Médicale d'Etat
APRF	Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière
ARS	Agence Régionale de Santé
BCG	vaccin bilié de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CASO	Centre d'Accueil, de soins et d'Orientation
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDHS	Comité départemental d'hygiène sociale
CIDAG	Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture Médicale Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPCT	Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement
DALO	Droit au logement opposable
DDASS	Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
ETP	Equivalent temps plein
HCL	Hospices Civils Lyonnais
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi)
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISM	Inter Service Migrants
INSEE	Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS	Institut de Veille sanitaire
LAM	Lits d'accueil médicalisés
MdM	Médecins du Monde
MDR	Maison du Rhône (services du département)
MNU	Médicaments non utilisés
MRIE	Mission régionale d'information sur l'exclusion
ODSE	Observatoire du droit à la santé
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PES	programme d'échange de seringues
PHI	Pharmacie Humanitaire Internationale
PMI	Protection maternelle et infantile
RdR	Réduction des risques
RESF	Réseau Education sans Frontières
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole (vaccin contre)
RSRH	Réseau Social Rue Hôpital
SMI	Santé materno-infantile
SSR	Santé sexuelle et reproductive
URCAM	Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie

SYNTHESE

3 actions :

- le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation,
- la mission bus,
- la mission squats et bidonvilles.

**4595
consultations
médicales
réalisées sur
nos 3
missions**

**73% des personnes
reçues au CASO ont des
droits à une couverture
médicale en France ...
seuls 16,6% ont des
droits déjà ouverts en
France.**

**Environ 4300
personnes
rencontrées**

**92% des personnes reçues
au CASO vivent en dessous
du seuil de pauvreté**

**Plus de 1900
entretiens
sociaux**

**41,5% des patients reçus au
CASO vivent en logement
précaire et 34 % sont sans
logement ou hébergés par un
organisme**

**Ces actions sont assurées grâce à l'engagement
de 4 salariés et 180 bénévoles**

Le CASO (Centre d'accueil, de soins et d'orientation) en bref

Date d'ouverture : 1987.

Situé 13 rue Sainte Catherine, 69001 Lyon.

Ouvert au public sans rendez vous :

- lundi de 9h à 11H,
- mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 13h30 à 16h30.

Objectifs

Objectif général CASO : Favoriser l'accès aux soins et aux droits des populations en situation de grande précarité par la mise en place et le suivi d'un centre d'accueil, de soins et d'orientation.

Objectifs spécifiques CASO :

1. Soigner les populations les plus vulnérables et les orienter vers le système de droit commun après information et ouverture des droits à couverture maladie, rôle de passerelle.
2. Soulager la souffrance psychique et prévenir les décompensations psychosociales.
3. Participer à la prévention périnatale pour les femmes en grande précarité, n'ayant pas de droits ouverts à une couverture maladie.
4. Evaluer et témoigner des obstacles à l'accès aux soins, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales.

Public reçu

2 546 personnes différentes reçues en 2011 dont 1777 nouvelles personnes.

91,4% de personnes étrangères.

Activité 2011

5 658 passages pour :

Activité médicale : 3 470 consultations de médecine générale,
268 entretiens médicaux pour certificats pour étrangers malades,
216 consultations de gynécologie et sage femme,
65 consultations psychiatriques,
268 actes infirmiers.

Psychologie : 517 consultations.

Activité sociale : 1 151 consultations.

Equipes

Salariées

Une secrétaire (1/2 ETP)

Deux travailleurs sociaux (1 ETP)

Une coordinatrice (1/2 ETP)

122 Bénévoles dont :

37 infirmières

40 médecins (dont 5 psychiatres, 4 gynécologues, 1 neurologue)

10 sages femmes

7 psychologues

13 accueillantes

6 personnes chargées de la saisie des dossiers

5 accompagnateurs

4 pharmaciens

Rapport financier 2011

Dépenses : 200 109 Euros.

Financement institutionnel : 31 %

Le bus en bref

Date d'ouverture : 1993.

Trois sorties hebdomadaires de 3 heures ont été organisées de janvier à juin, animés par 3 ou 4 bénévoles et/ou un travailleur social :

- mardi et jeudi de 19h à 22h, sur la place Carnot, devant la gare de Perrache,
- dimanche de 18h à 21h, à proximité de la place des Terreaux.

A partir de juillet 2011 et au terme d'un processus de passation progressive, la permanence du dimanche (réduction des risques) a été transférée au CAARUD Ruptures.

Objectifs

Objectif général : Promouvoir l'accès à la prévention, aux soins et au système de droit commun aux populations des rues et usagers de drogues en situation de précarité et/ou d'exclusion.

Objectifs spécifiques :

1. Prévenir les risques liés à un retard dans l'accès aux soins, et favoriser l'accès aux droits et aux soins en allant au devant des publics marginalisés.
2. Soulager la souffrance psychique et prévenir les risques de décompensation.
3. Prévenir et réduire les risques liés à l'usage de drogues et renforcer les connaissances des usagers en matière de prévention primaire et secondaire.
4. Renforcer le travail en réseau et témoigner des situations vécues par les usagers du Bus afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales.

Public reçu

Personnes vivant à la rue et usagers de drogues.

Activité 2011

118 sorties,

6 177 contacts,

917 personnes différentes rencontrées (file active),

Matériel de prévention et de réduction des risques distribué et accompagné de messages de prévention :

- ✓ 14 120 Préservatifs (masculins et féminins) distribués.
- ✓ 4 398 Kits d'injection et seringues.

Equipes

Salariées

Une secrétaire (1/4 ETP)

1 travailleur social (1/2 ETP)

Une coordinatrice (1/4 ETP)

43 Bénévoles

32 accueillants,

5 médecins,

6 infirmières,

1 personne chargée de la saisie des fiches.

Rapport financier 2011

Dépenses : 84 049 Euros

Financement institutionnel : 38 %.

La mission squats et bidonvilles *en bref*

Date d'ouverture : 2001

Trois à quatre sorties par semaine en moyenne sur les lieux de vie des personnes.

Objectifs

Objectif Général : Contribuer à améliorer la santé des populations Roms vivant en squats et bidonvilles sur Lyon et son agglomération sur une période de 5 ans (2011-2016).

Objectif spécifique 1 : Favoriser l'accès à l'information, aux droits, à la prévention et aux soins des familles Roms de Lyon dans le domaine de la santé materno-infantile (SMI) et santé sexuelle et reproductive (SSR).

Objectif Spécifique 2 : Améliorer l'accès aux soins et aux droits pour les personnes atteintes de pathologies chroniques.

Public

Personnes vivant en squat et bidonvilles, dont 99,2 % sont des Roms Roumains.
43,4 % sont des mineurs.

Activité 2011

223 sorties effectuées,
35 sites suivis,
3301 contacts pour environ 900 personnes rencontrées,
850 consultations médicales,
1751 orientations (sociales, gynéco, santé enfants, médecine générale).

Equipes

Salariées

Une secrétaire (1/4 ETP)
1 travailleur social (1/2 ETP)
Une coordinatrice (1/4 ETP)

23 Bénévoles dont

10 médecins
7 infirmiers
1 psychologue
4 interprètes
1 accompagnant

Rapport financier 2011

Dépenses : 77 073 Euros.
Financement institutionnel : 60 %.

Organisation hebdomadaire des activités

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	DIMANCHE
MATIN	CASO 9h -11h	Psychologie 9H-12H <u>Lits de repos</u>	Gynéco et Sages Femmes Psychologie 9h -12h	Pédiatrie (1 ^{er} jeudi du mois) Neurologie (1 ^{er} jeudi du mois) 9h -12h	<u>Lits de repos</u>	
APRES- MIDI	Certificats étrangers malades Psychologie 13h30-17h <u>Péniche accueil</u>	CASO 13h30-16h30 Permanences CPAM	CASO 13h30-16h30 Psychologie Psychiatrie (2X/mois) 13h30 -16h30	CASO 13h30-16h30 Psychologie Psychiatrie 13h30 -16h30 <u>Péniche accueil</u>	CASO 13h30-16h30 Psychologie 13h30 -16h30	
SOIREE		<u>BUS place Carnot</u> 19h - 22h		<u>BUS place Carnot</u> 19h - 22h		<u>BUS</u> Terreaux 18h - 21h Arrêté au 01/07/2011

CASO : permanence médicale ouverte sans rendez-vous.

Psychologie, psychiatrie, gynécologie, neurologie : sur prise de rendez vous au CASO.

Surligné : activité hors centre.

La mission squats et bidonvilles n'apparaît pas dans le tableau car les sorties se planifient d'une réunion sur l'autre sans périodicité fixe, en fonction des besoins recensés et de la disponibilité des équipes.

CONTEXTE

Contexte national

La santé devient un luxe

Les centres de soins de Médecins du Monde ont ouvert en France **dans les années 80** pour faire face aux besoins d'une population sans couverture maladie. A force de pression et de lobbying, les associations et réseaux ont permis la création de dispositifs de droit commun facilitant l'accès aux soins des personnes les plus démunies : en 1998 la loi contre les exclusions prévoit la création des PASS et en 1999 une loi porte la création de la CMU et réforme l'AME (Aide Médicale d'Etat). Certains CASO ferment ou réduisent drastiquement leurs activités de soins pour ainsi laisser place aux dispositifs de droit commun.

Cependant, **dès 2003**, la mise en place de l'obligation de preuve de trois mois de présence pour bénéficier de l'AME marque un tournant. Ainsi, toute une partie de la population se trouve sans possibilité d'accès aux soins et n'a recours qu'à des dispositifs humanitaires et associatifs. Depuis 2005, on observe une augmentation du nombre de patients fréquentant les centres de soins de Médecins du Monde.

Reste à charge et retard aux soins

Pénalisés par la crise économique, les plus démunis le sont aussi par les **dépassements d'honoraires, les refus de soins, la baisse des remboursements de l'assurance maladie et l'augmentation du reste à charge**. L'assurance maladie ne rembourse plus les soins courants qu'à hauteur de 55 % (Comptes nationaux de la Santé, DREES, n° 149, septembre 2010) avec des répercussions immédiates pour les patients pauvres. Le processus de réduction des remboursements a été marqué par les étapes suivantes :

- 2008 : franchise de 0,50 euros sur les médicaments et actes paramédicaux et de 2 euros pour le transport.
- 2010 : augmentation du forfait hospitalier (18 euros par jour, 13,50 euros en psychiatrie).
- 2011 : exclusion de l'hypertension artérielle sévère de la liste des Affections Longue Durée.

Entre 1980 et 2008, le reste à charge est ainsi passé de 217 à 547 euros par personne et par an. Conséquences : en 2011, 30 % des Français ont déclaré retarder ou renoncer aux soins faute de moyens. Dans les centres de Médecins du Monde, 24 % des patients ont consulté trop tardivement en 2011 (Médecins du Monde, Rapport de l'Observatoire 2011).

Des complémentaires santé : pas pour tout le monde

Souscrire à une mutuelle est donc de plus en plus nécessaire mais de plus en plus coûteux : la part du revenu des ménages consacrée aux mutuelles varie de 3 % pour les plus riches à 10 % pour les plus pauvres. 6 % des assurés n'ont pas de complémentaire soit 4 millions de personnes. La situation la plus paradoxale est celle des personnes trop « pauvres » pour payer une mutuelle mais trop « riches » pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire (CMU-C). Elles se situent sous le seuil de pauvreté (moins de 954 euros par mois) mais disposent de ressources « trop importantes » pour bénéficier de la CMU-Complémentaire (moins de 648 euros par mois) et doivent donc payer des franchises pour chaque soin. C'est le cas des personnes allocataires de certains minima sociaux comme l'allocation aux adultes handicapés ou le minimum vieillesse.

Le droit aux soins des étrangers pauvres remis en cause

En 2010, toute une série de mesures est venue complexifier l'accès aux soins des plus précaires. Le **nouveau titre d'admission à l'AME** prévu par l'arrêté ministériel du 10 juillet 2009 comporte une photo et doit être remis en mains propres : ainsi la carte AME constitue une vraie 'carte de sans papiers'.

La **réforme concernant l'AME introduite dans la loi de finances 2011** remet en cause l'accès aux soins de 200 000 personnes, parmi les plus pauvres (le montant de leurs revenus est inférieur à 634 euros par mois). Les mesures prises sont les suivantes :

- Depuis le 1^{er} mars 2011, l'accès à l'Aide médicale d'Etat (AME) est payant, avec la mise en place d'un droit d'entrée de 30 euros par personne majeure (demandeur et ayant droit).
- une limitation du panier de soins et un accord préalable pour bénéficier de soins hospitaliers lourds.

Pourtant, un **rapport de l'Inspection Générale des Finances (IGF) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS** « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat », 24 novembre 2010) conclue que la hausse des dépenses de l'AME ne provient pas de fraudes de la part des bénéficiaires. Ce rapport recommande de ne pas instaurer de contribution financière pour avoir accès à l'AME ni d'accord préalable à tous les soins hospitaliers coûteux. Aujourd'hui nous constatons sur le terrain que les conséquences néfastes annoncées par l'IGAS se vérifient:

- Pour repousser cette dépense de 30€ qui représente au minimum 5% de leurs revenus (le plafond de ressources pour accéder à l'AME est de 634 euros) mensuels, de nombreuses personnes retardent leur entrée dans le dispositif. Ainsi l'accès à la prévention et à un suivi médical régulier est entravé par ce prix d'entrée. Les personnes sont prises en charge à un stade plus avancé de leur pathologie, au risque d'arriver quand elles ont besoin de soins urgents, toujours plus lourds et compliqués à mettre en œuvre. Cela compromet l'efficacité du traitement et coûte plus cher à la collectivité. Les personnes relèveraient plus souvent des hôpitaux déjà surchargés plutôt que de soins dans les centres de santé ou en médecine libérale. Cette politique est contraire à toutes les préconisations en matière de santé publique qui recommande de multiplier les mesures en faveur de la prévention et du dépistage, pour une prise en charge la plus précoce possible des pathologies graves (cancers, maladies cardio-vasculaires, neurologiques, diabète, etc.).
- Non seulement un droit d'entrée représente un frein aux soins pour les plus pauvres, mais en plus il n'a aucun effet positif sur les finances publiques : le surcoût entraîné par les retards de prise en charge ainsi que les frais de fonctionnement pour collecter cette somme réduisent à néant les bénéfices escomptés de l'ordre de 6 millions d'euros (rapportés aux 543 millions du budget global de l'AME pour les 216 000 personnes couvertes).

Par ailleurs, le rôle de Médecins du Monde, d'assurer une passerelle vers le droit commun est mis à mal par cette réforme de l'AME : nous sommes en difficulté pour orienter les personnes vers la médecine de ville ou le milieu hospitalier. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont confrontées à la même difficulté d'ouvrir des droits. Dans ce contexte, la continuité des actions de MdM est nécessaire afin d'assurer une prise en charge minimum pour les populations les plus précaires qui ne sont pas en mesure d'avoir une couverture médicale.

Le droit des étrangers gravement malades mis à mal

En 2011, la loi immigration, intégration et nationalité, dite loi Besson (article 17 ter), votée malgré une très forte mobilisation associative et institutionnelle, remet directement en cause le droit au séjour des étrangers gravement malades vivant en France, qui était déjà strictement encadré et difficile à faire valoir :

- Il transforme la condition de "non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger" en seule "absence du *traitement approprié*". Une telle modification est loin d'être une précision purement sémantique : cela revient à supprimer le droit au séjour des étrangers gravement malades vivant en France. En effet, la présence d'un traitement dans un pays ne garantit en rien que la personne malade puisse y avoir effectivement accès.
- En outre, la loi introduit le concept assez flou d'un examen de circonstances humanitaires exceptionnelles appréciées par le préfet. Une circulaire du 17 juin 2011 précise que « sur le fondement de l'avis du médecin de l'ARS, le préfet peut prendre en considération, si l'étranger en fait état, des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de le conduire, après avis du directeur général de l'ARS, à accorder le droit au séjour, même si la condition d'absence de traitement dans le pays d'origine n'est pas remplie ».

Refuser le droit au séjour à des étrangers gravement malades qui vivent en France, au motif que le traitement requis par leur état de santé n'est pas «absent» dans leur pays d'origine (sans vérifier son accès effectif) conduirait à une situation dramatique. Certaines personnes seraient contraintes de repartir dans leur pays d'origine, malgré le risque d'une mort à plus ou moins brève échéance. La France devrait alors assumer sa responsabilité à la fois directement, et plus globalement en matière de désengagement dans la lutte contre les pandémies, notamment l'infection à VIH, la tuberculose et les hépatites virales. Ces arguments ont été entendus par le Secrétariat d'Etat à la Santé qui a réduit la portée de la loi Besson dans une instruction du 10 novembre 2011 adressée aux directeurs des ARS :

- L'instruction affirme que les principes du droit au séjour des étrangers malades restent 'inchangés' : l'absence de traitement est avérée « lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettront pas au demandeur, en cas de retour dans ce pays, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur la santé ».
- L'instruction précise que le traitement approprié s'apprécie en fonction de la situation clinique de l'étranger malade. En outre, elle énonce que l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprend les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause.
- L'instruction rappelle que « dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH ».
- L'instruction met enfin l'accent sur le respect du secret médical : « Le médecin de l'ARS est le garant de la régularité de la procédure et en particulier du respect des droits de la personne malade, au premier rang desquels figure le droit au respect du secret médical ».

Il n'en reste pas moins que l'accessibilité financière du traitement n'est pas du tout prise en compte. Les équipes de Médecins du Monde suivront de près l'application de cette circulaire, en particulier le respect du secret médical tout au long de la procédure.

L'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans leur récent rapport de novembre 2010 sur l'Aide médicale d'Etat constatent déjà que des étrangers gravement malades qui auraient dû relever du dispositif « étranger malade » (et donc de l'assurance maladie), relèvent à tort du dispositif de l'Aide médicale d'Etat (augmentant ainsi les dépenses de l'aide médicale d'Etat). Le non recours aux soins et la prise en charge tardive ont pour conséquences des complications et surcoûts hospitaliers, en contradiction totale avec les programmes et objectifs de santé publique pour la prévention et le dépistage précoce en matière de VIH, des hépatites, des cancers, des diabètes, etc.

Le climat de stigmatisation des Roms

Les Roumains et les Bulgares sont des citoyens européens, et devraient à ce titre avoir les mêmes droits que les autres communautaires, encadrés par le traité de Rome. Cependant la loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration a entraîné l'application de conditions strictes de droit au séjour : les citoyens roumains et bulgares peuvent séjourner trois mois maximum sans aucunes formalités ni justification ; au-delà, leur présence est soumise à plusieurs impératifs énumérés dans une circulaire de 2006 du Ministère de l'Intérieur. Obligation leur est notamment faite de disposer d'un emploi, d'être étudiants, ou bien de bénéficier de ressources suffisantes et d'une assurance-maladie. Le problème est qu'une autorisation de travail, obligatoire pour les Bulgares et les Roumains, s'avère très difficile à obtenir, ces demandeurs d'emploi ne pouvant être embauchés que dans l'un des 150 métiers dits 'en tension' et l'employeur devant payer une taxe qui s'élève à plusieurs centaines d'euros. Les **mesures transitoires limitant l'accès au travail des Roumains et Bulgares** en France ont été renouvelés jusqu'au 1^{er} janvier 2014.

Sans ressources jugées suffisantes, dont aucun montant minimal n'a d'ailleurs été fixé, Bulgares et Roumains risquent donc l'expulsion, via une obligation de quitter le territoire français (OQTF) ou un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière. Depuis 2006, il existe une autre voie de reconduite à la frontière: l'aide au retour humanitaire, qui n'interdit pas à ses bénéficiaires de revenir en France. Les Roms qui vivent en France sont majoritairement en provenance de Roumanie et de Bulgarie. Depuis le discours de Grenoble, l'incitation aux retours humanitaires et la distribution collective d'OQTF aux personnes Roms ont inscrit ces personnes un peu plus dans des **voyages pendulaires** entre la Roumanie ou la Bulgarie et la France. Ainsi, les personnes alternent des périodes de plusieurs mois en France, puis sont contraintes de repartir vers la Roumanie/la Bulgarie. Cela ne fait que compliquer l'accès aux droits des personnes, la scolarisation des enfants. Au final, ces voyages pendulaires, combinés aux expulsions des terrains, conduisent à une **précarisation de plus en plus grande des Roms**. Ces départs s'inscrivent dans le cadre d'un **durcissement de la politique migratoire** : le Ministre de l'Intérieur s'est fait fort d'afficher un record de 32 912 éloignements forcés en 2011, soit trois fois plus qu'en 2002.

Le **discours de Grenoble** (juillet 2010) a marqué un tournant dans la politique française vis à vis des Roms. En citant expressément les gens du voyage et Roms, le discours présidentiel a clairement assimilé les questions d'insécurité et d'ordre public à ces populations, déjà ostracisées. L'engouement médiatique qui a suivi a mis sur le devant de la scène des problématiques d'exclusion déjà existantes mais peu visibles. Malgré le manque de sanctions, le rappel à l'ordre de la Commission Européenne au gouvernement aura au moins permis de poser certaines limites à la politique migratoire française en rappelant certains principes fondamentaux des Droits de l'Homme.

La crise de l'hébergement d'urgence



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

Sur le terrain, les équipes de Mdm constatent l'absence de solutions à des situations d'extrême urgence sanitaire : personnes malades sans solution d'hébergement même pour un soir, patients orientés en dernier recours vers les hôpitaux pour y passer la nuit, familles avec enfants en bas âge remises à la rue, manque de places dans les centres d'accueil des demandeurs

d'asile... Selon l'enquête menée par Médecins du Monde au niveau national durant l'hiver 2010/2011, la moitié des personnes signalées par les équipes Mdm au 115 sont restées à la rue, dans 32 % des cas par manque de places. En 2010, seuls 23% de patients reçus dans les centres de soins de Mdm ont un logement stable, deux fois moins qu'il y a dix ans. Près d'un mineur sur dix vit dans la rue, ainsi que 8 % des femmes enceintes. Cette situation a des conséquences sur le suivi de leur grossesse : plus de la moitié des femmes reçues par Mdm présente ainsi un retard de suivi de grossesse et 68 % d'entre elles n'ont pas accès aux soins prénataux (source : Rapport de l'Observatoire de l'Accès aux soins, 2011).

Le nombre de places d'hébergement d'urgence reste insuffisant et surtout les structures sont inadaptées : promiscuité, séparation des couples et des familles, violences et vols, absence de chenils...

Pour les personnes malades en particulier, l'offre d'hébergement est limitée aux seuls Lits Halte Soins Santé. Les personnes atteintes de maladies chroniques, d'addiction, de pathologies psychiatriques manquent de lieux d'hébergement médicalisés adaptés à leurs pathologies.

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

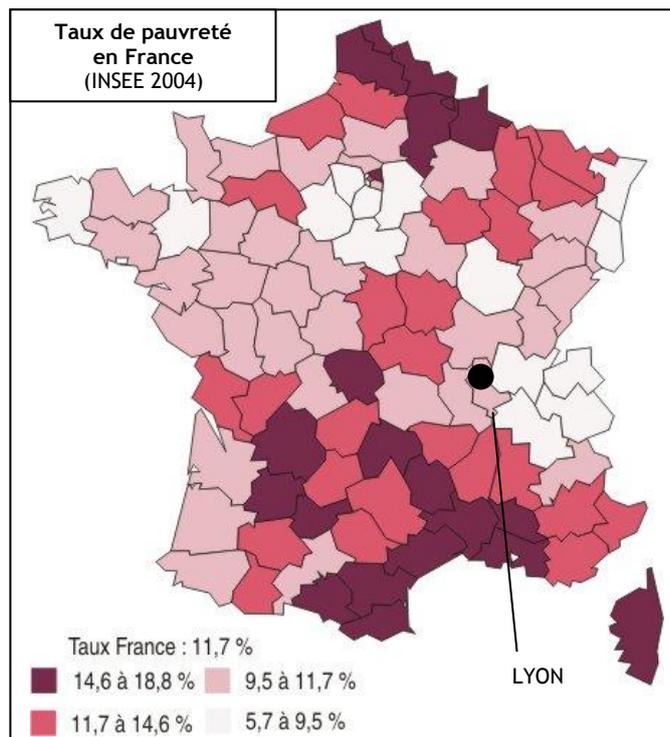
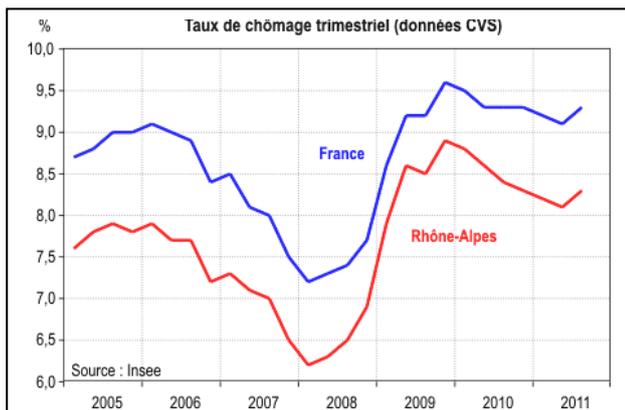
Le collectif des Associations Unies, dont fait partie Médecins du Monde, fait les demandes suivantes :

A travers 5 axes d'engagement forts, les associations unies défendent avant tout le fait que **le logement est un droit**. Elles revendiquent une **politique ambitieuse pour répondre effectivement aux besoins en logement de tous, et rompre ainsi avec une logique qui oriente les personnes en situation de fragilité vers des formules intermédiaires d'hébergement et de logement**. Les engagements du Collectif reposent sur les principes suivants :

1. **Personne ne doit subir la contrainte de vivre à la rue** : l'Etat doit garantir l'application des principes d'accueil inconditionnel pour tous et de continuité de la prise en charge ;
2. **Le logement doit rester le mode d'accueil principal et la finalité** de tous les dispositifs d'accueil et d'hébergement ;
3. **L'Etat est garant de l'accès et du maintien dans un logement décent** pour les personnes en situation de fragilité, dans une **dynamique de pilotage interministériel et en cohérence avec les autorités décentralisées** ;
4. **Un accompagnement social global** (associant notamment social et santé) doit être systématiquement proposé aux personnes qui en ont besoin ;
5. Les politiques de l'accès au logement doivent être **élaborées, mises en œuvre et évaluées avec la participation des personnes** accueillies et accompagnées

Contexte lyonnais

La région Rhône-Alpes est moins touchée par la pauvreté que la moyenne nationale : en 2008 11,3% des Rhônalpins sont considérés comme pauvres selon l'INSEE, contre 13% des français¹. Le Rhône est l'un des départements les plus touchés par la précarité dans la région, avec un taux de pauvreté de 12%.



Le **taux de chômage** en Rhône-Alpes enregistre une forte progression annuelle de 2008 à 2009, et se stabilise en 2010-2011. Il est de 8,7% dans le département du Rhône. La part des allocataires de minima sociaux est de l'ordre de 231 000 en région Rhône Alpes (MRIE rapport 2011).

La région Rhône-Alpes connaît une croissance importante du nombre de bénéficiaires de la CMU depuis 2006. En 2011 dans le Rhône, 112 862 personnes sont couvertes par la CMU (97 640 en 2010) et 3414 (2501 en 2010) par l'AME, ayant droits compris.

Au sein des missions de MdM, on note une augmentation des publics vus au centre de soins et sur les missions mobiles. En 2011, plus de 92% des personnes reçues au centre de soins de Médecins du Monde à Lyon vivent en dessous du seuil de pauvreté. Si ce chiffre est stable depuis 2005, les personnes que nous rencontrons sont dans des situations de plus en plus complexes, marquées par une précarité multidimensionnelle : précarité financière, administrative, affective, sociale, en termes d'habitat, de santé, etc.

¹ Le seuil de pauvreté calculé par l'INSEE selon les revenus fiscaux 2009 est de 954 Euros par mois pour une personne seule. Il correspond à 60% du revenu médian.

Les faiblesses des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS sont un dispositif hospitalier créé par la loi de Lutte contre les Exclusions de 1998. Elles doivent permettre la prise en charge en milieu hospitalier des personnes sans couverture maladie en situation de grande précarité. Les PASS lyonnaises sont au nombre de quatre :

La PASS des Hospices Civils de Lyon, qui avait été transférée de l'Hôtel Dieu en octobre 2010 **est désormais située au sein de l'Hôpital Edouard Herriot (HEH)**, a vu son équipe se renforcer en 2011 et dispose à la fin de l'année de 2 équivalents temps plein d'assistante sociale et de 6 vacations médicales (du lundi au vendredi matin et le vendredi après-midi). En 2011, la PASS a accueilli 1017 patients, chiffre stable depuis 2009, dont 13% de français. 82% sont sans ressources et 94% sont sans logement ou en habitat précaire (foyer ou chez un ami, etc.). 10% des patients sont orientés par MdM. 2000 consultations médicales ont été réalisées en 2011, et environ 450 patients refusés tout au long de l'année, ou orientés vers la consultation du lendemain. Les patients doivent arriver très tôt le matin, vers 6h30, pour avoir une chance d'être pris en consultation. La présence d'un médical n'est pas systématiquement assurée, notamment lors des vacances scolaires, ce qui pose un problème de continuité de la prise en charge.

La PASS du Vinatier a ouvert courant 2010 et s'est orientée vers une prise en charge de la santé psychique des populations précaires. Elle est dotée d'un temps plein d'assistante sociale, de vacations d'un médecin, d'un psychiatre et d'une psychologue. Cette PASS est la seule à disposer de fonds pour l'interprétariat.

La PASS mobile du Réseau Social Rue Hôpital évalue la situation médico-sociale des personnes en situation de précarité sur leur lieu de vie (rue, centre d'hébergement, hôpital...) et les accompagne dans la coordination et la continuité des soins. L'équipe est composée d'infirmiers (1,5 ETP), d'une assistante sociale (1ETP), d'un médecin (0,5 ETP) et d'une secrétaire (0,5 ETP).

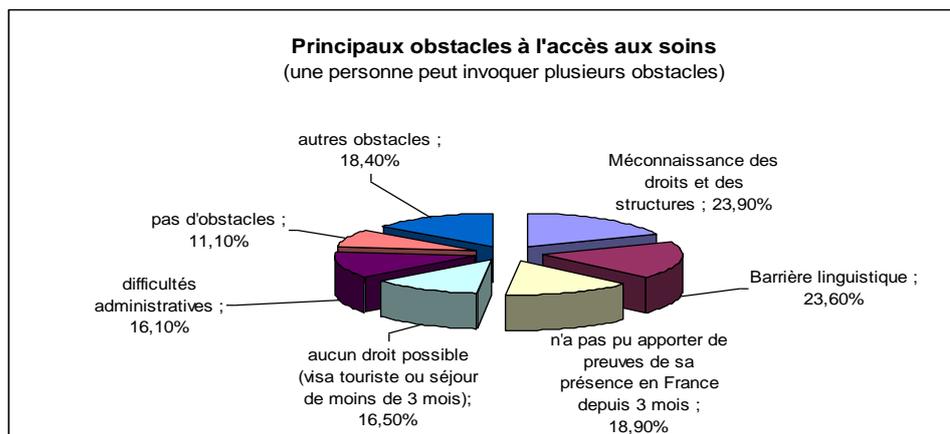
La PASS des Portes du Sud dispose seulement d'un temps partiel d'assistante sociale. Elle a reçu 293 patients en 2009.

Globalement, des améliorations sont à noter en 2011, notamment dans la prise en charge des suivis de grossesse. Cependant **les lacunes du système des PASS lyonnaises en 2011 restent importantes :**

- la prise en charge pédiatrique est inexistante.
- Les soins dentaires ne sont pas pris en charge, et c'est l'association France Humanitaire qui pallie à ce manque.
- La remise des médicaments en milieu hospitalier est souvent problématique, notamment quand la PASS est fermée.
- Les PASS ne sont pas en mesure de prendre en charge tous les patients qui relèvent de ce dispositif. Malgré des efforts importants pour orienter vers les différentes PASS, la file active du centre de soins de Médecins du Monde à Lyon est en augmentation en 2011 avec 2546 personnes reçues.

Des difficultés de plus en plus insurmontables dans l'ouverture des droits

Les obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins sont les suivants, lorsqu'on interroge les patients reçus au CASO en 2011 (un patient peut invoquer plusieurs raisons) :



Avoir une couverture médicale permet aux personnes reçues d'être prises en charge dans le système de soins de droit commun (hôpital, médecine de ville, etc.). Les éléments exigés par les textes en vigueur pour établir une couverture médicale peuvent constituer de réels obstacles à l'ouverture de droits :

- **Etre en France depuis plus de 3 mois** (pour les majeurs uniquement), or **33,9% des patients reçus au CASO de Lyon sont en France depuis moins de 3 mois.**

Plusieurs situations principales peuvent être distinguées :

- Personnes entrées en France depuis moins de trois mois (avec un visa ou non), qui n'ont effectué aucune démarche en vue d'une régularisation.
- Personnes ayant sollicité l'asile et qui ont été admises au titre d'une procédure prioritaire : elles ne peuvent alors justifier du dépôt de leur demande, et sont dans l'impossibilité d'ouvrir des droits à une couverture maladie.
- Personnes ayant sollicité l'asile en procédure Dublin II : ces personnes doivent attendre une présence de plus de 3 mois pour pouvoir bénéficier d'une AME.

En cas d'urgence, elles peuvent bénéficier du fonds soins urgents et vitaux¹ mais cette possibilité de prise en charge ponctuelle ne garantit en rien la continuité des soins que seule peut permettre une couverture maladie.

Parmi les personnes reçues au CASO, **23,6% ne relèvent d'aucun dispositif**, c'est bien souvent la condition des 3 mois qui fait défaut (63,6%), ou bien il s'agit d'étrangers de passage sans intention de résider en France (36,4%).

Quand les personnes sont reçues à MdM, une attestation de passage leur est remise, afin qu'elles puissent prouver leur présence sur le sol français.

- **Justifier de son identité.**
Quand on vit à la rue, ou dans un squat et que l'on en est expulsé, les documents d'identité peuvent être perdus, abîmés, détruits.
- **Justifier d'une domiciliation.**
L'absence d'adresse ou de domiciliation constitue un obstacle pour les populations avec lesquelles nous travaillons : populations migrantes et mouvantes avec de fortes problématiques d'habitat précaire ou sans logement.

Le principe déclaratif en matière de domicile (adresse) s'applique à tous les droits sociaux, y compris l'AME/la CMU. Dès lors qu'une personne peut déclarer une adresse où recevoir son courrier, la domiciliation n'est pas nécessaire pour accéder aux droits sociaux. La circulaire N° DGAS/MAS/2008/70 du 25/02/08 relative à la domiciliation des personnes sans domicile

¹ Art L254-1 du code de l'action sociale et des familles, commenté par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16/03/05

stable rappelle le principe déclaratif du domicile. Cette circulaire permet de supprimer (normalement) toutes les pratiques antérieures, généralisées sur tout le territoire qui consistaient à exiger une preuve du domicile. Ce principe n'est pas appliqué par la CPAM qui demande systématiquement une attestation de l'hébergeant et un justificatif de domicile (facture).

Si les personnes n'ont pas d'adresse à déclarer pour recevoir du courrier, elles peuvent demander une **domiciliation administrative auprès des CCAS**. Les CCAS ont pour mandat d'établir une domiciliation aux personnes le nécessitant mais ils ne le font pas forcément. Pour les domiciliations AME, seuls les CCAS sont habilités et il n'y a pas d'exigence de lien avec la commune. Les pratiques des CCAS sont parfois abusives : exigence d'un séjour de plus de 3 mois, d'un lien suffisant avec la commune, etc. Pour la CMU, il faut bien un lien avec la commune, qui est exigé par les CCAS.

Certaines associations sont habilitées à délivrer des domiciliations, par exemple Forum Réfugiés pour les demandeurs d'asile. Un cahier des charges est imposé à ces associations avec un nombre maximum de domiciliations et un public précis.

En 2011, 32% des patients reçus avaient besoin d'une domiciliation. En effet à leur première consultation au CASO :

- 24,3% des personnes sont dépourvues de domiciliation,
- 15,8% ont une domiciliation associative,
- 7,4% via le CCAS (contre 0,6% en 2009),
- 24,3% n'ont pas d'adresse postale.

L'augmentation de domiciliation via le CCAS est très encourageante. Cela a nécessité de la part des travailleurs sociaux un long travail d'interpellation et de sensibilisation des CCAS et des communes. Nous souhaitons que ce pourcentage continue à augmenter. Concernant les personnes n'ayant pas de domiciliation, 17% des orientations sociales du CASO de Lyon sont réalisées vers un CCAS pour une demande de domiciliation.

○ **Payer 30 euros par adulte et par an (pour l'AME uniquement).**

Les équipes de Médecins du Monde se sont fortement mobilisées contre la loi de finances de 2011 qui introduit de **substantielles restrictions à l'Aide médicale de l'Etat (AME)** et qui a été définitivement promulguée le 30 décembre 2010. Les conséquences que nous avons observées sont les suivantes :

- ⇒ Pour les familles qui ne sont pas en mesure de payer 60 Euros (timbre pour 2 adultes), un choix est fait par la famille de celui qui sera l'assuré principal car ayant le plus de risque d'être malade.
- ⇒ Pour les familles qui ne peuvent pas du tout payer les 30 Euros, nous faisons une demande d'AME mineur uniquement.
- ⇒ Parmi les personnes qui en font la demande dans le Rhône, seuls 60% (84% en 2010) viennent effectivement chercher leur carte après paiement des 30 Euros.

C'est dire qu'il s'agit d'un véritable droit d'entrée qui empêche les plus démunis d'accéder à la prévention et aux soins.

Quand les conditions susmentionnées sont réunies, nous rencontrons des **difficultés croissantes au niveau des CPAM** :

- **multiplication des pièces justificatives à fournir pour la constitution d'un dossier** (en 2010 exigence nouvelle d'une photo d'identité, en 2011 d'un timbre fiscal à 30 Euros pour le retrait de la carte),
- **demandes abusives de pièces** (déclaration de ressources accompagnée des moyens d'existence, pièce d'identité avec date de validité effective pour l'AME, RIB pour la CMU, etc.) en fonction des personnes au guichet,
- **retours de dossiers** (en tarif postal lent) pour des motifs injustifiés avec une mauvaise lecture des pièces fournies.

Aujourd'hui, **le délai pour obtenir une AME ou une CMU est de 6 semaines minimum.**

Enfin, la peur de se déplacer, la désocialisation et le manque de confiance dans le système social et sanitaire existant (personnes vivant à la rue dans un processus de marginalisation extrême) sont aussi des facteurs importants. **43,3% des personnes reçues au CASO limitent parfois ou souvent leurs déplacements par peur d'être arrêtées** (pour les personnes sans autorisation de séjour).

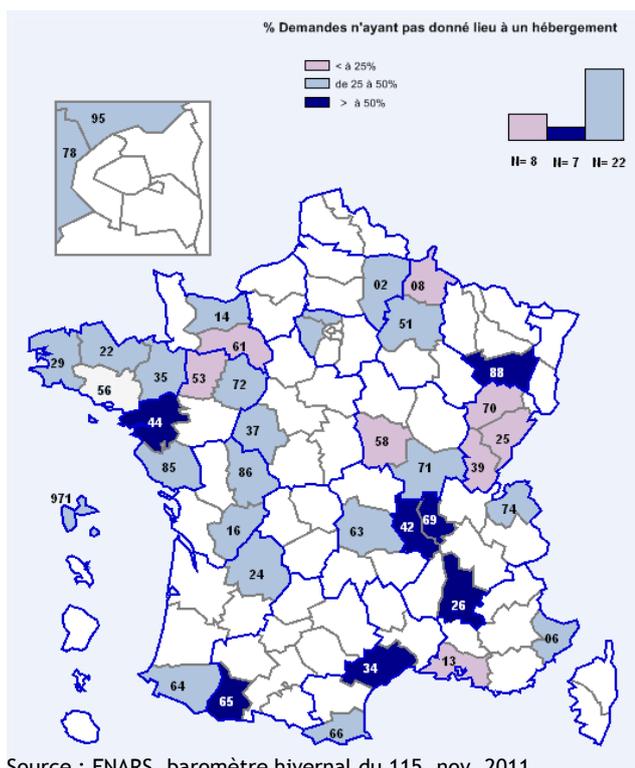


Ainsi sur la totalité des patients reçus en consultation médicale au CASO, 73% ont des droits à une couverture médicale en France (45,8% AME et 27,2% CMU, base ou complémentaire). Or seuls 16,6% ont des droits déjà ouverts en France. Une grande partie d'entre eux est donc sans couverture maladie alors qu'ils pourraient y prétendre. Ces personnes sont orientées vers les travailleurs sociaux afin de les informer et de les accompagner dans leur ouverture de droits. En effet, plus de la moitié des entretiens réalisés par nos travailleurs sociaux sont des entretiens d'information.

Crise de l'hébergement d'urgence à Lyon

La Fondation Abbé Pierre dans son rapport 2011, estime à environ **59000** le nombre de personnes privées de domicile personnel en région Rhône-Alpes, dont 12 500 sans-domicile et 9500 personnes vivant en habitations de fortune. Par ailleurs, la Fondation fait état de 292 000 personnes vivant en Rhône-Alpes dans des conditions de logement difficiles.

Dans le Rhône, il existe 1000 places en Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale (CHRS) ainsi que 1000 places 'urgence' pérenne. Pendant l'hiver 2011, 650 places d'hébergement supplémentaires (contre 400 l'année passée) ont été ouvertes jusqu'au 2 avril 2012. L'accent est mis sur la réquisition d'immeubles vacants, ce qui semble plus satisfaisant que les gymnases de l'année précédente.



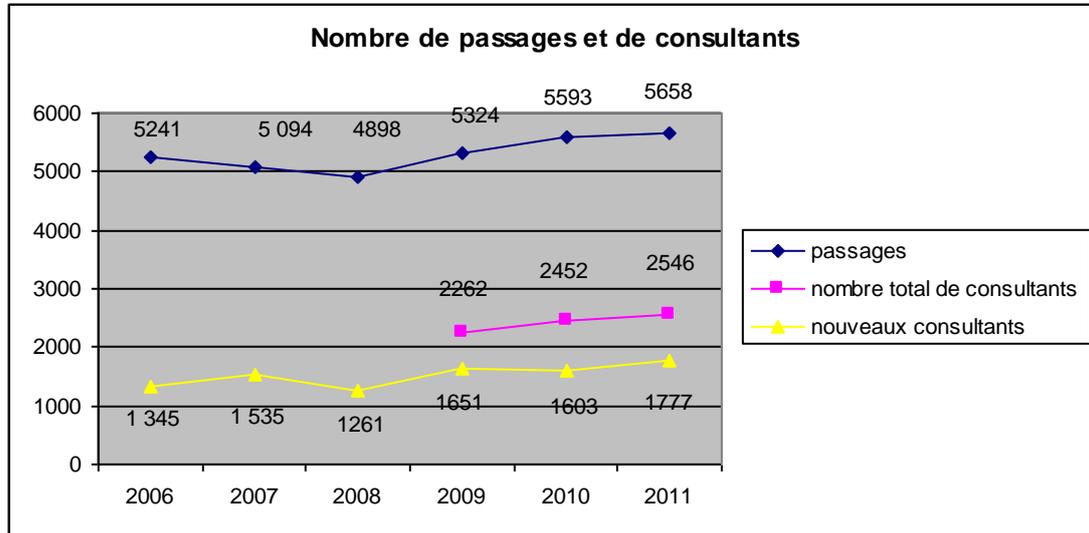
Malgré tout, l'année 2011 est marquée à Lyon par un pic du nombre de personnes pour lesquelles le 115 n'a pu trouver de solutions : plus de 400 refus par soir en novembre 2011. Ce pic constitue un triste « record », puisque même les pires statistiques des dernières années gravitaient autour de 100 à 200 personnes sans solutions. Ce chiffre de 400 est néanmoins bien en deçà du nombre de personnes réellement à la rue : nombreux sont ceux qui ne sollicitent plus le « 115 » pour trouver un hébergement d'urgence.

Au CASO de Médecins du Monde à Lyon, 41,5% des personnes reçues vivent en logement précaire, 34,6% sont sans logement ou hébergés par un organisme et 23,9% seulement vivent en logement stable.

Sur Lyon, les dispositifs existant pour accueillir des personnes malades (Lits Halte Soins Santé, Appartement de Coordination Thérapeutique, etc.) sont saturés et la mise à l'abri des personnes souffrant de pathologies graves/chroniques reste problématique. Les personnes concernées, quand elles trouvent de la place, sont souvent mises à l'abri dans des centres d'hébergement qui n'ont pas les moyens humains et matériels de répondre aux besoins de prise en charge médicale.

LE CASO

Une activité en augmentation constante



On peut noter depuis 2008 une augmentation continue des passages au CASO, qui atteignent 5658 en 2011. Le nombre de permanences assurées reste identique et la salle d'attente est de plus en plus comble. En 2011, le nombre de nouveaux patients est de 1777 sur 2546 personnes reçues au total, soit 69% de la file active.

Les personnes viennent en moyenne 2,22 fois au CASO. Pour les consultations de médecine générale, les personnes viennent 1,7 fois en moyenne. Pour les consultations psychologiques, la moyenne est de 4,83, ce qui s'explique par les difficultés à orienter vers la prise en charge de la santé mentale dans le système de droit commun, saturé. Un important travail est mené afin de pouvoir orienter les personnes vers le système de droit commun (médecine de ville, PASS, etc.). Le rôle de passerelle que nous essayons de jouer pour orienter les personnes vers le système de soin de droit commun a été mis à mal avec la réforme de l'AME. De nombreuses personnes nous ont dit ne pas pouvoir payer la somme de 30 Euros par adulte. Sans couverture médicale, ils n'ont d'autre choix que de revenir à Médecins du Monde.

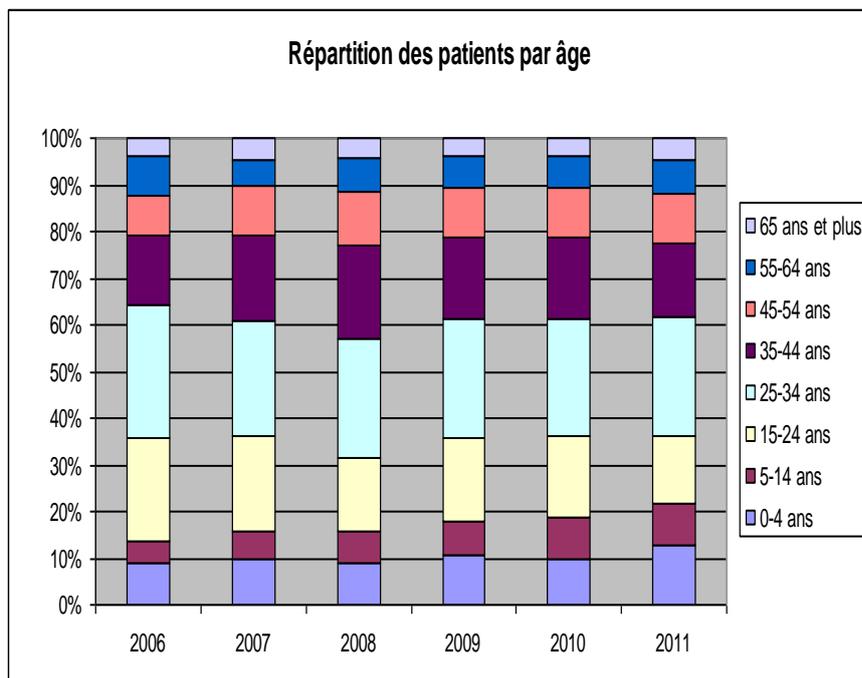
Parmi les motifs de venue indiqués par les patients, 85,3% viennent voir un médecin et 8,2% pour les droits à une couverture maladie.

56,5% des personnes connaissent le CASO par le bouche à oreille, 16,6% par une association et 9,3% par une autre mission de MdM (mission bus ou mission squats et bidonvilles). Cela met en lumière le fort lien de confiance qui existe de la part des patients à l'égard de MdM.



Profil des patients reçus au CASO

➤ L'âge moyen des patients reçus est de 31 ans pour les femmes et de 30 ans pour les hommes et est stable par rapport à 2010. Cette moyenne, comme les années précédentes, est induite par le nombre important d'enfants reçus. Près de la moitié de la population a entre 15 et 34 ans. La proportion des patients âgés de 5 à 14 ans a doublé entre 2006 et 2011. La part importante des étrangers dans la population accueillie constitue un facteur d'explication : la migration est avant tout le fait d'une population jeune, souvent familiale. Ainsi, en 2011, **23,8% des patients ont moins de 18 ans** (21,9% en 2010) et 18,7 % ont moins de 9 ans (15,4 en 2010).

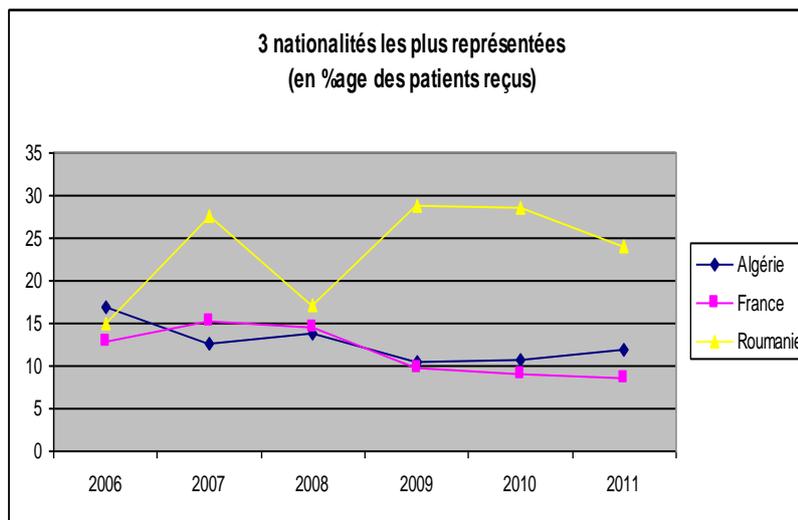


➤ La répartition par genre est stable : 50,3% d'hommes et 49,7% de femmes.

➤ En termes de situation familiale des plus de 16 ans, 35,2% sont en couple (avec ou sans enfants) et 64,8% sont seules (avec ou sans enfants). 47,1% des patients ont des enfants de moins de 18 ans. Pour ceux qui ont des enfants, seuls 53,6% vivent avec tous leurs enfants.

➤ En ce qui concerne la nationalité des patients reçus

- la part des **français**, en augmentation de 2006 à 2007, marque une baisse constante depuis 2008 pour arriver à 8,6% en 2011.
- La **population Rom roumaine** est largement majoritaire et représente en 2011, 24% de la population reçue. Ceci peut s'expliquer du fait de notre action mobile auprès des Roms (voir partie du rapport sur les squats et bidonvilles) qui oriente un grand nombre des patients vers le CASO. Cette présence peut aussi s'expliquer par la précarité et les conditions de vie de ces populations majoritairement victimes de discrimination dans l'accès aux biens et services, dont la santé.
- Les principales autres nationalités en 2011 sont : **Algérie (11,8%), Tunisie (6,6%), Macédoine (5,7%), Cameroun (3,8%).**



➤ En ce qui concerne la répartition par groupes continentaux, le contexte géopolitique et l'émergence des printemps arabes a sans doute influé sur l'augmentation du nombre de patients en provenance du Maghreb.

Groupes continentaux	2009	2010	2011
Maghreb	16,5 %	16,7 %	20,5%
Europe (hors UE)	14,6 %	15,7 %	18,9%
Afrique sub-saharienne	22,3 %	22,5 %	20,6%
France	9,7 %	9,1 %	8,6%
Océanie et Amériques	0,9 %	1,0 %	0,8%
Asie	0,8 %	1,0 %	1,4%
Proche et Moyen-Orient	1,4 %	0,4 %	0,9%
Union Européenne (hors France)	33,8 %	33,7%	28,3%

➤ On note une que le nombre de personnes en situation administrative précaire est stable: Parmi l'ensemble des patients :

- **40,5 % sont sans titre de séjour,**
- 34,2% n'ont pas besoin de titre de séjour (français, mineurs, européens),
- 17,1% ont un titre de séjour,
- 8,3% ont un visa touriste en cours de validité.

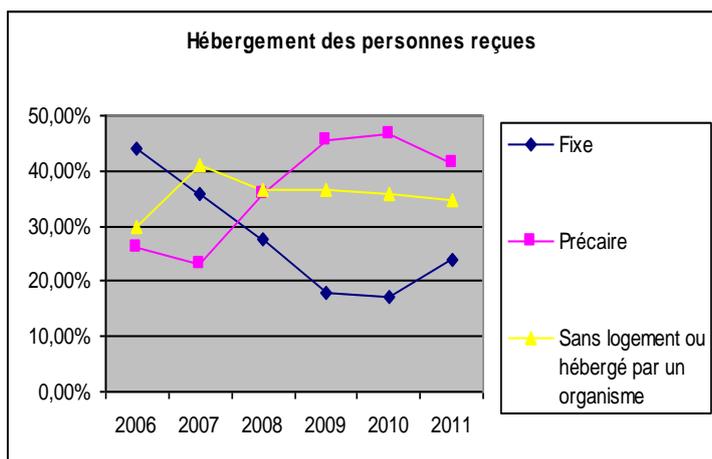
Parmi les étrangers de plus de 18 ans devant justifier d'un titre de séjour :

- 62% sont sans titre de séjour,
- 12,8% ont un visa touristique en cours de validité,
- 12,5 % ont un titre de séjour de 1 à 3 mois ou un rendez-vous en préfecture,
- 12,5 % ont un titre de séjour d'une validité allant de 3 mois à 10 ans.

Ainsi, trois quart des patients reçus au CASO sont en situation administrative très précaire.

36% des patients ont déposé une demande d'asile, il s'agit principalement de macédoniens, kosovars et arméniens. 38,3% ont été déboutés, 16,7% sont en recours, 34,8% ont une demande en cours, 8,4% sont en procédure prioritaire et 1,8% a le statut de réfugié.

34% des patients sont en France depuis moins de 3 mois et 68,3% depuis moins d'un an.



➤ La situation des personnes reçues au regard du logement est la suivante en 2011 : 41,5% sont en logement précaire, 34,6% sans logement ou hébergés par un organisme et 23,9% en logement stable. On note une augmentation du nombre de personnes en logement fixe, ce qui peut signifier que même avec un logement fixe et des revenus, la santé est de plus en plus inaccessible et le recours à une association comme Médecins du Monde la seule issue.

Conditions de logement	Ensemble des patients	Hommes	Femmes	16-25 ans
Stable	23,9%	22,6%	25,2 %	24,5%
Précaire (famille/amis, logement sans bail, terrain sans droit)	41,5%	40,7%	42,3 %	45,5%
Hébergé par un organisme/assoc	22,1%	20,6%	23,6%	20,2%
Sans logement	12,5%	16%	8,9%	9,9%
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

➤ En termes de revenus, 91,9% des patients vivent en dessous du seuil de pauvreté¹, chiffre constant depuis 2005. Seuls 8,9% des patients reçus travaillent. Parmi les droits dont sont privés les patients du CASO, le droit au travail est sans nul doute celui qui engendre le plus de souffrance : interdire à un homme ou une femme de travailler, et porter cette interdiction sur son titre provisoire de séjour, revient à lui enlever la dignité de vivre par lui-même en le contraignant à la charité publique pour sa survie quotidienne. L'évocation du travail non déclaré demeure difficile, surtout pour les patients que nous ne voyons que quelques fois, avant une réorientation vers le système de soins de droit commun.

¹ Le seuil de pauvreté calculé par l'INSEE selon les revenus fiscaux 2009 est de 954 Euros par mois pour une personne seule. Il correspond à 60% du revenu médian (critère Eurostat).

Objectif 1 : Soigner les populations les plus vulnérables et les orienter vers le système de droit commun après ouverture des droits à couverture maladie

Accueillir

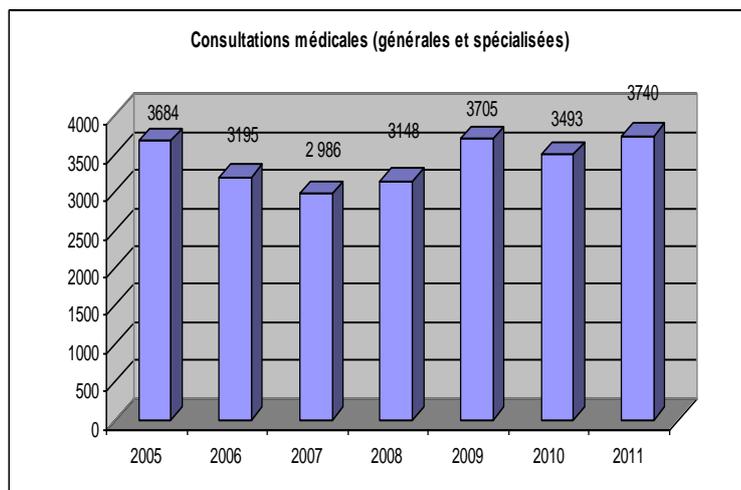
Accueillir les personnes est le préalable indispensable à l'établissement d'un rapport de confiance, qui constitue la base du soin.

Médecins du Monde accueille les personnes au sein du CASO dans des permanences **sans rendez-vous** (médecine générale, consultations sociales), ce qui est plus adapté à un public précaire. Seules les consultations spécialisées nécessitent un rendez-vous (gynécologues, sages-femmes, neurologues, pédiatres, psychologues, psychiatres).

47,6% des patients ont besoin d'un traducteur. C'est dire combien le recours à un service d'interprétariat est indispensable. Pour fluidifier la communication avec les patients ne parlant pas Français, nous avons recours à :

- l'interprétariat par téléphone pour les consultations sans rendez-vous ;
- l'interprétariat physique pour les consultations de psychologue et de psychiatre.

Soigner



Le nombre des consultations médicales (générales et spécialisées) est en légère augmentation de 2010 à 2011. Elle comprend :

- 3470 consultations de médecine générale (3 269 en 2010).
- 147 consultations de gynécologue,
- 91 consultations de psychiatre,
- 18 consultations de neurologue,
- 14 consultations de pédiatre.



Consultations de médecine générale

Les consultations de médecine générale ont lieu tous les lundis matins et du mardi au vendredi en après-midi. Il n'y a pas de rendez-vous, les personnes se présentent spontanément. Ces consultations sont assurées par un médecin, accompagné systématiquement d'un infirmier, ce qui permet une complémentarité des approches et des regards.

Les diagnostics les plus fréquemment en cause sont :

- les infections des voies respiratoires (12%),
- l'hypertension (4,6%),
- les bronchites (2,9),
- les dépressions (2,6%),
- les grossesses (2,6%),
- les angines (2,6%),
- le diabète non insulino-dépendant (2%),
- les troubles anxieux (1,8%).

Ces résultats de consultation sont similaires à ceux observés les années précédentes. 76,1% des personnes qui ont consulté le centre de soins de Médecins du Monde étaient sans logement ou mal logées quand elles ont été reçues par nos équipes. Cela a une incidence sur les pathologies recensées au CASO. On observe que **du fait des conditions de vie (absence de logement, logement précaire avec des difficultés d'accès à l'eau, à l'alimentation, etc.)**, les populations reçues sont plus sensibles aux problématiques de santé dermatologiques, respiratoires et digestives. Cela est manifeste dans le résultat des **consultations par appareil en 2011** :

- On constate en 2011 que les pathologies respiratoires sont en tête des diagnostics (26,7%) et peuvent être expliqués notamment par des logements surchauffés, confinés, ou au contraire sans chauffage.
- Du fait d'un accès aux toilettes et douches plus complexe pour les personnes vivant à la rue ou en squats, les pathologies classées en gastro-entérologie et dermatologie sont importantes (respectivement 15,2% et 12,9% des résultats de consultation en 2011).

Extrait du rapport « Pas de santé sans toit ni droit », 2009

En moyenne, l'espérance de vie des personnes vivant dans la rue est estimée comme étant inférieure de 30-35 ans à celle de la population générale. Il existe un lien indissociable entre l'état de santé et les conditions de vie. **Les personnes sans domicile fixe souffrent plus fréquemment de certaines pathologies** : à titre d'exemple, elles présentent 3 fois plus de maladies dermatologiques que la population générale. Les conditions de vie ne favorisent pas l'observance fiable d'un traitement, d'un suivi médical, et les passages successifs à la rue aggravent souvent l'état de santé de ces personnes. Les situations de « grand froid » durant l'hiver pour les personnes vivant à la rue, les variations de température entre l'intérieur des cabanes ou des squats et l'extérieur, souvent surchauffés et mal aérés, sont également un facteur aggravant.

Par ailleurs, une grande partie des pathologies observées en consultation étaient à la base des **pathologies bénignes mais qui, du fait des retards de soins et des conditions de vie, se sont aggravées et qui ont parfois nécessité des orientations en milieu hospitalier.**

29,1% des consultations ont au moins une pathologie ou une problématique de santé nécessitant une prise en charge à moyen ou long terme (il s'agit d'hypertension, de prise en charge de la grossesse, diabète, problèmes dépressifs, ...).

Soins infirmiers

Des soins infirmiers peuvent être dispensés sur place. 32,5% des soins infirmiers sont des pansements et 6% des injections.

Il s'agit dans 59% des cas de prélèvements sanguins pour des analyses complémentaires (principalement numération formule sanguine, glycémie, hémoglobine glyquée, créatinine, TSH, béta hCG). En 2011, le Centre de Biologie Médicale 69 a réalisé gracieusement 149 analyses, pour une valeur de 3 573,86 €.

Consultations médicales pour certificats médicaux dans le cadre de la procédure de régularisation pour soins

Rappel de la législation

L'article L 313-11-11° du CESEDA, modifié par la loi Besson de 2011 (voir plus haut) prévoit que la carte « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à : « l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, **sous réserve de l'absence d'un traitement approprié** dans le pays dont il est originaire, **sauf circonstance humanitaire exceptionnelle** appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé »

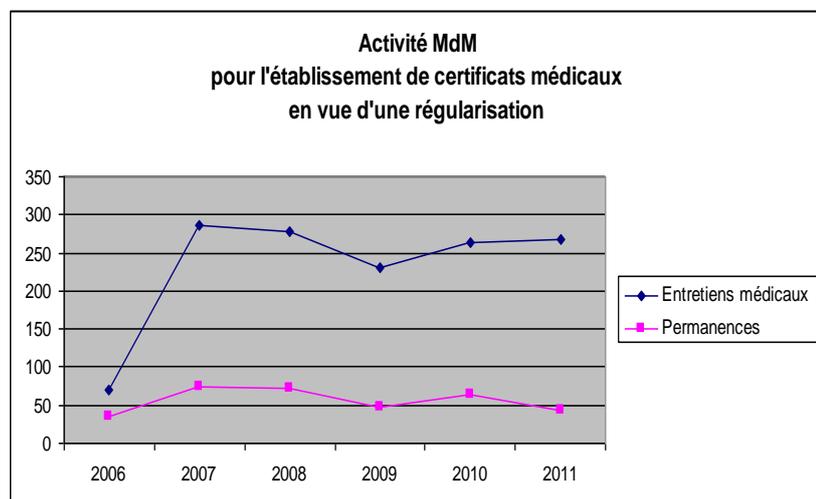
Ce titre de séjour est attribué par décision du Préfet sur avis du Médecin de l'ARS. Cet avis est émis en fonction du rapport médical détaillé transmis par le praticien hospitalier ou par le médecin agréé (liste en Préfecture) que le patient aura consulté.

Les demandes de CST (carte de séjour temporaire) « vie privée et familiale » ne concernaient que 0,8% des étrangers, soit 28 000 personnes, vivant en France en 2008 (Source : comité interministériel du contrôle de l'immigration - Cici).

Consultations réalisées

Deux médecins bénévoles de Médecins du Monde sont agréés par la Préfecture du Rhône pour réaliser des entretiens spécifiques pour l'établissement de rapports médicaux en vue d'une régularisation pour raisons médicales.

Les médecins assurent une permanence par semaine (lundi après-midi) afin de recevoir les patients étrangers qui souhaitent déposer une demande sur le fondement de cet article.



En 2011, l'activité est stable avec 268 entretiens (263 en 2010) menés lors de 44 permanences.

Il n'est pas possible de connaître les suites que donnent la Préfecture aux certificats que nous établissons. L'année 2011 a été marquée par une forte mobilisation contre le projet de loi Besson, puis des incertitudes quant à l'application des mesures adoptées dans cette loi.

Assurer des consultations sociales

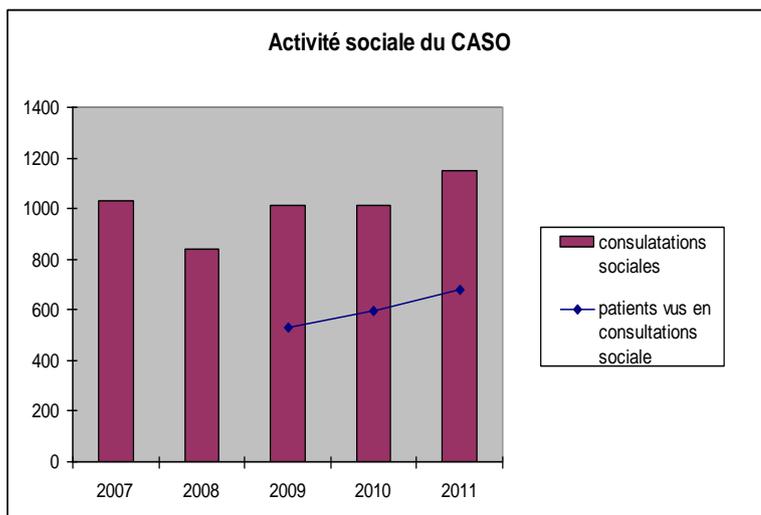
Entretiens sociaux par les travailleurs sociaux de MdM



Des consultations sociales sont réalisées du mardi au vendredi après-midi au sein du CASO. Les deux travailleurs sociaux font le point avec les personnes sur leur situation sociale : situation administrative, couverture maladie, hébergement, aides diverses en fonction des populations rencontrées.

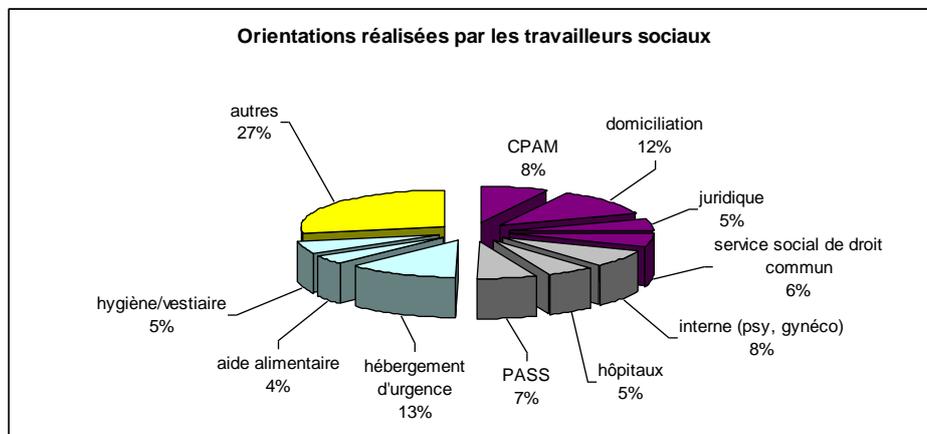
En 2011, les deux travailleurs sociaux ont réalisé **1 151 entretiens sociaux**, chiffre en augmentation par rapport à 2010 (1017), représentant un total de **678 personnes** (594 personnes en 2010). Le nombre moyen de consultations sociales par patient est de 1,7.

74% des entretiens réalisés sont orientés par les missions de MdM : 48% par le CASO, 25% par la mission squats ou le Bus. 12% sont des orientations extérieures (associations, institutions...) et 14% viennent par le biais du bouche à oreille.



Sur la totalité des patients reçus en consultation médicale, **73% ont des droits à une couverture médicale en France (45,8% AME et 27,2% CMU, base ou complémentaire). Or seul 16,6% ont des droits déjà ouverts en France.** Une grande partie d'entre eux est donc sans couverture maladie alors qu'ils pourraient y prétendre. Or, l'absence de couverture maladie a pour effet de retarder le recours aux soins des personnes. On note que **37% des entretiens débouchent sur une ouverture d'AME**, bien souvent en orientant les personnes vers les permanences CPAM décentralisées dans nos locaux le mardi après midi. 15% des entretiens concernent un renouvellement d'AME (15%) ou de CMU (4,3%).

En 2011, les entretiens réalisés ont donné lieu à **500 orientations**, réparties comme suit :



En plus des permanences assurées par les travailleurs sociaux, ceux-ci effectuent un travail de veille sur les droits des personnes reçues. Cette année, ils ont mis l'accent sur les aspects suivants :

- L'instauration du **droit d'entrée AME** (30 Euros) a nécessité un travail de lien avec la CPAM, dans le cadre de réunions ayant lieu toutes les 6 semaines avec les partenaires travaillant dans le domaine de l'accès aux soins des populations précaires.
- Dans certaines communes l'accès à une **domiciliation** reste problématique (exigence d'une preuve de 3 mois, refus de domicilier, etc.), il est alors utile de rencontrer les interlocuteurs en mairie et de rappeler les cadres juridiques en vigueur.
- Nous avons travaillé à faciliter l'obtention d'une **élection de domicile des mineurs sans représentant légal et non pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance**.
- Un travail partenarial étroit s'est poursuivi autour du **droit au séjour** avec la CIMADE : Une analyse partagée se fait à travers le Collectif santé des Etrangers du Rhône, qui permet une vision transversale et une vigilance sur l'évolution des pratiques.

Permanences de la CPAM

Depuis 2008 des permanences de la CPAM ont été mises en place une fois par semaine afin de faciliter l'ouverture et le renouvellement des droits des personnes que nous suivons.

En 2011, **251 personnes** (336 en 2010) ont été reçues au sein des permanences CPAM : **207 AME ont été ouvertes, et 26 CMU** (base et/ou complémentaire).

Depuis la réforme de l'AME en 2011, ces permanences de la CPAM dans nos locaux sont un **temps d'échange précieux** :

- les travailleurs sociaux de MdM remettent en mains propres les dossiers de demandes d'AME/CMU (ce qui évite les pertes de dossiers et permet de gagner du temps) et reçoivent une attestation de dépôt de dossier (cette attestation est remise à l'utilisateur et peut lui permettre un début de prise en charge),
- En cas de dossiers refusés, les travailleurs sociaux de MdM peuvent échanger avec les agents de la CPAM et argumenter en cas de demande abusive.

Enfin, les agents de la CPAM délivrent sur place les cartes AME pour les personnes ayant fait une demande dans nos locaux : un unique rendez-vous est proposé pour cette remise ; si elle ne vient pas, la personne est convoquée dans l'agence CPAM la plus proche de son domicile.

Délivrer les médicaments

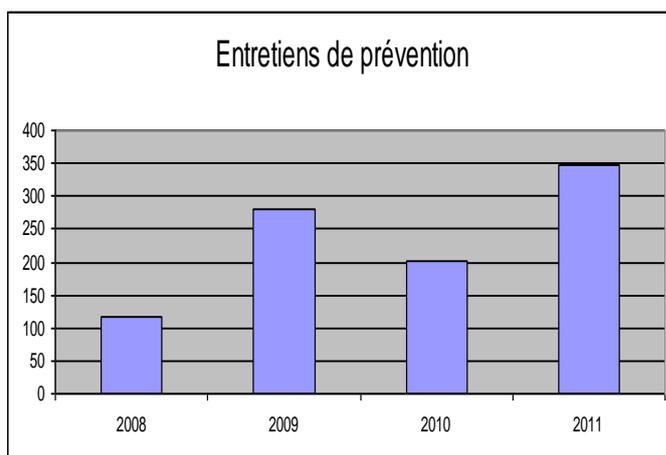
En fonction de la situation des patients, nous délivrons ou non les médicaments nécessaires :

- Le traitement n'est remis qu'aux patients sans couverture maladie et sans possibilité financière de se procurer les médicaments : **dans 57,7% des consultations, le traitement a été remis entièrement.**
 - Nous disposons d'un stock de médicaments dans nos locaux. Depuis le 1^{er}/01/2009, la loi a mis fin à l'utilisation des médicaments non utilisés (MNU). Un dispositif compensant la fin des MNU a été mis en place, pour les associations dispensant ces médicaments aux personnes en précarité, avec un financement CNAMTS et un opérateur intermédiaire, PHI (Pharmacie Humanitaire Internationale). Les pharmaciens(ne)s de MdM réalisent des commandes auprès de PHI en fonction des besoins identifiés par les médecins (en moyenne une par mois). Les médicaments disponibles sont essentiellement des médicaments génériques de premier niveau. **Ainsi en 2011, ce sont 5484 boîtes de médicaments qui ont été commandées à PHI pour un montant théorique de 12 017 euros.**
 - Pour des médicaments plus spécifiques que nous n'avons pas en stock, nous avons recours au cas par cas, à une **pharmacie d'officine** située à proximité des locaux du CASO.
- Lorsque la personne reçue a une couverture médicale, le traitement n'est pas remis.

Favoriser l'accès à la prévention

Les entretiens de prévention ont été mis en place à Lyon en 2008 et permettent d'offrir aux personnes attendant la consultation médicale un échange spécifique sur les problématiques du VIH, des hépatites, de la tuberculose, des vaccinations, etc. Des méthodes didactiques et différents outils de communication ont été créés par une équipe de 15 bénévoles formés à la thématique. Depuis 2009, l'équipe utilise l'interprétariat téléphonique si nécessaire.

En 2011, 346 entretiens individuels ont été réalisés (201 en 2010).



Bien que les taux de réponses aux questions liées aux **vaccinations** restent faibles (de 20 à 23% sur les 447 personnes interrogées), nous pouvons observer des **couvertures vaccinales très basses** :

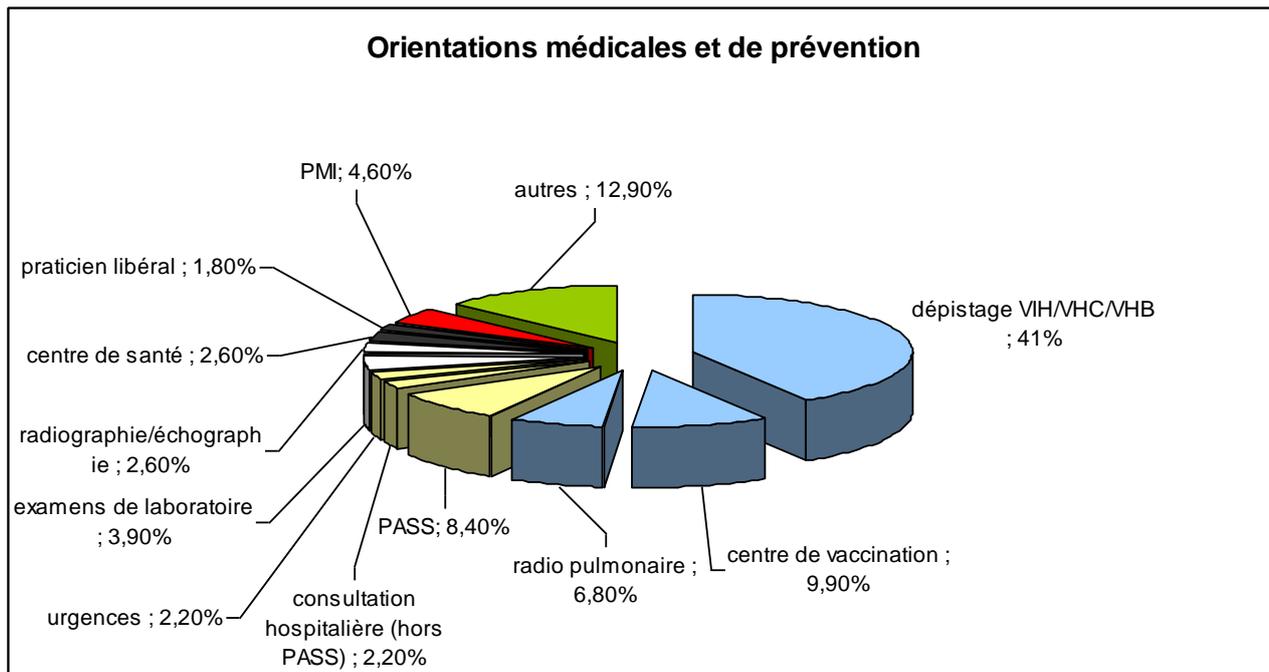
- **BCG** (vaccin contre la tuberculose) : **33% des patients reçus ne savent pas s'ils ont été vaccinés**, 30,5% le sont a priori (l'intervenant MdM a de bonnes raisons de penser que la personne est à jour de ses vaccinations, sans pour autant le vérifier sur un document l'attestant), 21,2% sont à jour, **15,3% ne sont pas vaccinés**.
- **hépatite B**, vaccin particulièrement important pour les populations migrantes : **44,9% des patients reçus ne savent pas s'ils ont été vaccinés**, 12,8% le sont a priori, 14,6% sont à jour, **27,7% ne sont pas vaccinés**.
- Le vaccin contre la **rougeole** (ROR) attire notre attention du fait d'une recrudescence des cas de rougeoles en France et sur le Rhône. En effet, du fait de leurs conditions de vie (habitat, hygiène, accès aux soins...), les populations précaires sont beaucoup plus sensibles à ces pathologies que le reste de la population : **33,1% des patients reçus ne savent pas s'ils ont été vaccinés**, 29,1% le sont a priori, 19,3% sont à jour, **18,1% ne sont pas vaccinés**.

Pour ce qui est du **statut sérologique** (faible taux de réponse également), **la majorité des patients l'ignore** (64,1% pour le VHB, 64,3% pour le VHC et 59,7% pour le VIH). Nous proposons aux personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique, une orientation vers le CDAG pour un dépistage.

Orienter et accompagner les patients vers le système de soins de droit commun

Orientations réalisées en 2011

Le CASO n'a pas pour vocation d'effectuer un suivi des patients mais bien d'être une passerelle vers le système de soins de droit commun. Pour ce faire, l'ouverture de droits à une couverture médicale est essentielle. Ainsi en 2011, les équipes médicales et de prévention ont réalisé **1581 orientations**, réparties comme suit :



Afin de faciliter ces orientations, un **accompagnement physique** peut être effectué par des bénévoles de MDM. Il permet aux personnes qui ont du mal à se repérer dans la ville, ou qui ne parlent pas français, d'être reçues dans de meilleures conditions. L'objectif à terme, est que les personnes soient autonomes dans leurs déplacements. **En 2011, 54 accompagnements ont été réalisés.** Le point de RDV entre la personne et l'accompagnateur est souvent le CASO, ou le lieu de vie de la personne. L'accompagnement se fait en transports en commun. Un accompagnement dure en moyenne 2 heures et demie. 8 personnes ont bénéficié de plusieurs accompagnements. 9 accompagnements qui avaient été prévus n'ont pu avoir lieu car les personnes ne se sont pas présentées.

Mise en place et arrêt de la consultation d'orientation

Un chantier important avait été lancé en 2010 pour améliorer l'orientation des patients, visant à **créer des entretiens d'orientation pour les patients ayant des droits ouverts et qui reviennent au CASO.**

Cette action visant à faciliter l'orientation et l'accompagnement des patients vers le droit commun se basait sur un constat qui est toujours de mise aujourd'hui :

- La majorité des patients ont des droits théoriques à une couverture médicale et peuvent donc être pris en charge par la PASS.
- Seuls 8% d'entre eux ont été orientés à la PASS.
- La majorité des personnes qui viennent au CASO sont nouvelles (1777 en 2011) et si nous ne trouvons pas de pistes de prise en charge pour ces personnes ailleurs qu'à MdM, la file active risque d'être de plus en plus importante.

L'objectif était de recevoir les patients qui ne sont pas nouveaux et ont une couverture médicale, de comprendre pourquoi ils revenaient à MdM et de leur proposer une orientation si possible, avec éventuellement un accompagnement.

La consultation d'orientation a été effectivement mise en place en avril 2011, après un important travail de formation des équipes. Cependant, **plusieurs éléments nous ont amenés à revoir cette consultation d'orientation :**

- la difficulté à mobiliser des bénévoles supplémentaires avec le volume déjà important de l'activité médicale du CASO.
- L'augmentation du nombre de primo venants au CASO (ces personnes n'étaient pas vues en consultation d'orientation).
- Le nombre de patients vus en CO ne couvrait qu'une partie des patients 'revenants' (car il était entendu qu'étaient exclus de la consultation d'orientation les enfants, les personnes venant chercher un résultat d'examen, personnes sans droits, personne orientée par une mission mobile avec une lettre d'orientation).
- La difficulté à orienter vers l'extérieur, compte tenu notamment des insuffisances de la PASS et des effets de la réforme de l'AME. Le lien de confiance entre MdM et ses patients est également un élément fort qui rend difficile l'orientation vers l'extérieur.

Aussi, il a été décidé de suspendre la consultation d'orientation, puis d'y mettre fin. Malgré tout, la mise en place de la CO a permis des débats riches et animés au sein des équipes du CASO sur le sens de l'action, aboutissant à un **recadrage général des équipes vers l'orientation**. Le rôle de passerelle doit faire partie intégrante des consultations médico-sociales au CASO :

- ✓ Aussi, il a été décidé de **reprendre des dossiers de personnes qui sont suivies depuis plusieurs années** à MdM et d'étudier en réunion du CASO pourquoi ces personnes n'ont pas été orientées, afin d'améliorer les pratiques des soignants en la matière.
- ✓ Par ailleurs, la **formation générale** des nouveaux bénévoles organisée en octobre a été axée sur l'orientation.

Effectuer un suivi médico-social des femmes accueillies sur les lits de repos cogérés avec la Fondation Armée du Salut (FADS)

Présentation du dispositif

Il s'agit d'un accueil pour des femmes sans solution d'hébergement, souffrant de pathologie nécessitant une mise à l'abri temporaire sans présence médicale permanente. Ils répondent ainsi, comme les Lits d'accueil Médicalisés créés en 2009, au besoin de prise en charge globale, quelle que soit la situation administrative des personnes, et comprennent une forte dimension sociale. Les lits de repos sont ainsi un dispositif complémentaire aux lits Haltes soins Santé et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Le partenariat est formalisé dans une convention MdM/FADS, dans le cadre d'un partenariat plus global appelé 'Réseau Social Rue Hôpital'.

Les personnes sont **orientées en grande majorité par le dispositif hospitalier** pour des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatites...) pour lesquelles la mise en place du traitement est conditionnée par un lieu de mise à l'abri et de stabilisation. De plus en plus de **Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)** nous ont contactés en 2011 pour des femmes déboutées de l'asile présentant des problèmes de santé.

Les femmes accueillies sont en grande précarité et chaque situation nécessite des prestations adaptées et un travail en réseau (Veille sociale, Cimade, ALS etc....). **Le type de pathologies des personnes reçues requiert un certain temps de prise en charge**: pathologies dites « chroniques » non admissibles dans un dispositif de type Lits Halte Soins Santé et qui ne peuvent, non plus, entrer dans un dispositif d'hébergement classique du fait de leur état de santé. Par ailleurs, les personnes reçues sont souvent dans une situation administrative très précaire au jour de leur entrée, ce qui rend difficile leur admission dans d'autres dispositifs.

L'Armée du Salut assure l'hébergement et MdM l'accompagnement médical. Les deux structures assurent le suivi social conjointement. Les médecins, infirmières et travailleurs sociaux de MdM s'y rendent deux demi-journées par semaine (le mardi pour les médecins/infirmières et le vendredi pour les travailleurs sociaux).

La sortie est conditionnée par l'état de santé de la personne, et par les perspectives possibles, en fonction de la demande et des besoins repérés, notamment en termes d'hébergement. Si les conditions sont réunies, la fin de séjour en lits de repos est envisageable. Il faut noter que le contexte actuel freine l'accès à l'hébergement. Les CHRS, qui travaillent vers un accès ou un retour vers le logement autonome sont saturés. L'accès au logement est de plus en plus difficile. Ainsi, certaines personnes stabilisées au niveau médical, peinent à trouver des solutions de sortie adaptées ; les sortir du dispositif sans solutions reviendrait à les remettre dans le circuit de l'urgence et anéantirait le travail médical et social mis en place.

De 2007 à 2009, nous disposions de 7 lits. En 2009, deux lits avaient été transférés sur un **dispositif d'urgence**, non plus géré par MdM, mais par l'équipe mobile du Réseau Social Rue Hôpital.

Un dispositif revisité en 2011

En 2011, la Convention Réseau Social Rue Hôpital, qui encadre les lits de repos, a été revue, sous l'égide de la DDCS et de l'ARS. Elle devrait être signée en 2012.

Les conclusions ont été les suivantes :

- Les lits sont considérés dans leur globalité (non plus 5 suivis par MdM et 2 par l'équipe mobile du RSRH),
- Les lits de repos ont été intégrés au CHRS géré par l'Armée du Salut,

- La prise en charge est de 2 mois renouvelables, et doit constituer un pallier dans un parcours de prise en charge,
- Les personnes ne peuvent être remises à la rue,
- Les critères médicaux d'entrée et de sortie ont été précisés et partagés comme suit.

ENTREE DANS LE DISPOSITIF

Eléments préalables nécessaires :

- o Personne en situation de précarité, d'errance ou d'exclusion,
- o Personne en mesure d'assumer de façon autonome les gestes de la vie courante (toilette, etc.).
- o Personne apte à vivre en collectivité (repas pris en communs, etc.),
- o Personne *en capacité* de prendre son traitement de façon autonome (même si un travail est nécessaire sur l'observance).

Critères médicaux d'entrée :

- a) Personne atteinte d'une pathologie lourde et/ou chronique nécessitant un traitement complexe (effets secondaires importants, contraintes horaires, nécessité d'intervention(s) chirurgicale(s)...).
- OU
- b) Personne présentant un besoin en termes de prise en charge de santé somatique en phase aigüe.

SORTIE DU DISPOSITIF

CRITERES MEDICAUX

- **Stabilisation de l'état somatique**

Exemples :

- Le traitement est équilibré (par exemple pour un VIH, les effets secondaires sont maîtrisés).
- L'évolution de la maladie est contrôlée.

- **Autonomie dans la prise en charge de sa santé**

Exemples :

- La personne est *effectivement* autonome dans sa prise de traitement et dans sa vie quotidienne.
- Un suivi médical est mis en place dans le système de droit commun (médecine de ville, milieu hospitalier).

CRITERE SOCIAL

Le critère social réside principalement dans le fait de disposer d'une **solution d'hébergement/logement pérenne et adaptée à la personne.**

Résultats de l'action en 2011

6 femmes ont été prises en charge en 2011 sur le dispositif des lits de repos:

- **1 femme est entrée sur le dispositif et deux en sont sorties.**
- **Les nationalités** des personnes sont les suivantes : 2 République Démocratique du Congo, 1 Cameroun, 1 Guinée, 1 Arménie, 1 Burkina Faso.
- **L'âge moyen** des femmes reçues est de 43 ans.
- Il s'agit de femmes avec des **pathologies lourdes** : VIH, myasthénie, diabète insulino-dépendant, etc. Ces pathologies nécessitent une prise en charge au long cours.
- Au niveau des **démarches administratives entreprises**, sur les 6 femmes hébergées, 4 ont entamé des procédures de régularisation pour soins (2 ont abouti) et une femme a entamé une demande de régularisation à titre humanitaire.
- La nature des pathologies en cause, ainsi que la difficulté des démarches administratives aboutit à une **durée moyenne de séjour**, pour les 2 personnes qui sont sorties du dispositif en 2011, de **34 mois**. La sortie s'est faite pour ces deux personnes vers un CHRS.

Effectuer une permanence d'infirmiers à l'accueil de jour 'La Péniche'



Péniche Accueil est un lieu d'accueil de jour pour adultes sans domicile, ouvert du lundi au vendredi de 14h à 17h30 et les dimanches en période hivernale. Le bateau "le BALAJO" offre un espace d'accueil situé à la fois en plein cœur de Lyon et atypique par son cadre. Lieu d'écoute et de rencontre, la Péniche propose un accueil inconditionnel, un accompagnement social, et des activités libres (jeux, douches, coiffeur, ateliers et activités culturelles et sportives). Ce sont en moyenne 66 personnes qui sont accueillies chaque jour.

Médecins du Monde assure 2 permanences d'infirmiers par semaine (le lundi et le jeudi après midi) dans l'accueil de jour 'La Péniche'. Ces permanences s'inscrivent dans la démarche de MdM d'aller vers les plus exclus et de les amener vers le soin.

Le partenariat entre MdM et La Péniche existe depuis de nombreuses années mais s'était distendu. En 2011, il a été précisé et formalisé dans une convention, après un travail important de concertation.



Le soin, en accueil de jour, tel qu'il est vécu à la Péniche, n'est pas une infirmerie de dispensaire. Les personnes sont déjà là, fragiles, désocialisées. Ils viennent nous voir parce qu'ils vivent dans l'instant et que la présence d'une blouse blanche les incite à penser à eux.

Ils viennent nous voir pour des problèmes de peau : gale, poux, piqûres d'insectes, etc... dus à des problèmes d'hygiène. Problèmes de pieds : cors, mycoses, ampoules : ils enlèvent rarement leurs chaussures, pas toujours à leur pointure, marchent beaucoup. Ils dorment mal, par à-coup. Ce qui entraîne une fatigue générale, des maux de tête... Entre eux, dans la rue, il y a une certaine violence : ils se donnent des coups de poing (mais aussi de couteau). Ils tombent, imbibés d'alcool. Alors il faut savoir masser pour détendre une épaule douloureuse ou un poignet froissé.

Ils viennent nous voir parce qu'ils savent qu'il n'y aura pas de questions, parce que c'est un moment d'intimité dans l'atmosphère encombrée de la péniche (parfois jusqu'à 80 personnes à la fois en salle !). Parce qu'à travers les gestes des soignants qui coupent les ongles, nettoient les orteils, enlèvent les fils oubliés, ils vont pouvoir déposer, à leur rythme, un peu de leur fardeau, de leur histoire et de leur souffrance.

Un jour, un homme entre, me dit qu'il a mal aux pieds. Je lui propose d'enlever ses chaussures pour prendre un bain de pied et voir le problème. L'ongle du pouce est tellement long qu'il entaille un autre orteil, avec quelques cors ça et là. J'ai d'abord proposé de l'envoyer chez une pédicure avec qui l'on travaille, mais un RDV a déjà été pris quelques jours avant, il ne s'y est pas présenté. Alors j'ai essayé de rogner, de couper, de panser, de diminuer l'épaisseur des cors. Je lui ai donné des chaussettes propres. ¾ d'heure après il part, le visage rayonnant, me disant : « je n'ai plus mal aux pieds » !

Les problèmes physiques se cumulent avec la précarité. Le temps passé avec eux dans l'écoute à travers le soin, peut aider pour un temps, à dénouer le mal-être. »

→ Bernadette Labat, infirmière

87 permanences d'infirmiers ont été assurées par MdM, et 456 personnes ont été reçues :

- 91% d'hommes, et 9% de femmes.
- Il s'agit en majorité de personnes jeunes: 28% moins de 30 ans, 26% de 30 à 40 ans, 24% de 40 à 50 ans, 20% plus de 50 ans, 1% inconnu.
- 48% sont français, 30% en provenance du Maghreb, 11% d'Europe, 9% d'Afrique subsaharienne, 2% inconnus.
- 20% sont des nouveaux.
- Les pathologies rencontrées sont pour 36% cardio-vasculaire et liés à l'état général, 28% dermato, 12% ORL, 5% dentaire, 5% Gastro, 14% d'autres pathologies.
- Un travail important est mené pour orienter les personnes reçues vers les structures adaptées. Ainsi, 69 orientations ont été réalisées concernant 15 % des personnes reçues, le plus souvent vers le CASO ou France Humanitaire.

Une psychologue de Médecins du Monde est présente une demie journée par semaine avec le choix d'être essentiellement dans le groupe d'accueil. Au détour d'une conversation, un entretien individuel peut être proposé, improvisé, si l'espace est disponible et peut déboucher sur une orientation ou un accompagnement. Le groupe lui-même tel qu'il existe à La Péniche avec son noyau d'habitues, accueillant plus ou moins ceux qui sont de passage, est un espace où chacun peut tenter une réconciliation avec le social en y exprimant souvent (sans forcément des mots) une détresse psychique importante intensifiée par des conditions de vie extrêmes et des événements de rupture (famille et couple). Il est alors important que le groupe puisse accompagner et suivre ces mouvements. La psychologue, par sa présence, signifie qu'un soin peut être possible maintenant ou plus tard, juste comme une proposition... Nous sommes attentifs aux personnalités psychotiques vivant à la rue et qui refusent le soin. Nous essayons alors de créer un lien et d'échanger avec d'autres structures. La participation au Collectif d'Accueils de jour et les rencontres avec d'autres structures est souvent utile : prendre en compte, respecter et même s'investir dans une histoire est un préalable à un soin dont beaucoup ne veulent pas entendre parler.

Objectif 2 : Soulager la souffrance psychique et prévenir les décompensations psychosociales

L'exclusion entraîne de fortes souffrances psychiques et renforce les troubles mentaux préexistants. Les troubles psychologiques et psychiatriques font partie des principaux motifs qui poussent les patients de MdM à venir au centre de soins. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux et de syndromes de stress post traumatique.

Chez les personnes sans hébergement ou en hébergement précaire (76% des patients en 2011) la pénibilité des conditions de vie, l'isolement, l'effondrement de l'estime de soi dû à l'absence de reconnaissance, au manque d'hygiène et au regard des passants, les troubles du sommeil et le manque de sommeil liés à la crainte de violences ou de vols sont autant de facteurs de rejet, de stress et de repli sur soi. Cette souffrance s'exprime par les somatisations, les addictions, parfois la violence et des difficultés à saisir les propositions d'aide. Parmi les patients étrangers, ces troubles sont mentionnés deux fois plus souvent lorsque les consultants sont demandeurs d'asile.

L'emploi de moyens répressifs à l'encontre des personnes en situation administrative précaire crée un climat de suspicion générale qui renforce leur marginalisation et complique l'indispensable travail d'accompagnement sanitaire, psychologique et social. La politique actuelle du chiffre concernant les expulsions de « sans-papiers » conduit à multiplier les expulsions sans considération des dégâts humains qu'elles entraînent, en particulier les souffrances psychiques. Médecins du Monde constate chaque jour les conséquences dramatiques de cet état de fait sur leur santé : anxiété et dépression, maladies psychosomatiques sévères, retard aux soins, aggravation de pathologies antérieures, etc.

Les consultations psychologiques et psychiatriques de MdM sont dans la très grande majorité réalisées auprès de personnes migrantes étrangères. Ainsi, depuis de nombreuses années, nous bénéficions de la gratuité de l'interprétariat physique grâce à une convention entre la DDASS et ISM Corum, ce qui permettait d'avoir la présence d'interprètes lors des consultations de psychologues/psychiatres, de préférence toujours le même pour chaque patient, et qui jouaient un rôle essentiel aux côtés du soignant. Lors de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et la séparation des budgets sociaux et sanitaires, la ligne ISM Corum financée par la DDASS a été transférée sur des budgets de santé qui étaient déjà clos et pour lesquels, ni ISM Corum, ni MdM ne pouvaient solliciter une subvention sur 2010. De plus, MdM n'a été informé que très tardivement de la fin du partenariat entre la DDASS/ARS et ISM Corum (mars 2010 pour l'année 2010). L'année 2010 avait donc été marquée par l'arrêt de la convention DDASS/ISM, ce qui avait eu des conséquences graves : Sans financement pour l'interprétariat, nous avons été dans l'obligation de limiter le nombre de patients non francophones suivis par des psychiatres/psychologues, ou de recourir aux 'moyens du bord' (français approximatif, traduction par un proche). 16% des patients concernés avaient été 'perdus de vue'. En 2011, nous avons prévu l'interprétariat dans le budget du CASO, ce qui nous a permis d'avoir recours à des interprètes en fonction des besoins.

L'intervention des médecins psychiatres reste limitée à des consultations centrées sur la prise en charge des symptômes des patients, la prise en charge psychothérapeutique étant assurée par l'équipe des psychologues.

Les soignants du CASO, avant d'orienter vers les psychologues/psychiatres de MdM, tentent d'explorer les autres alternatives possibles :

- les CMP, mais les temps d'attente (en moyenne 2 à 3 mois) et le manque de traducteurs rendent l'orientation difficile.
- Les orientations vers des psychologues/psychiatres en libéral posent la question du coût de la consultation et du manque d'accès à un interprète.

- Le **Centre essor de Forum Réfugiés**, avec la limite que depuis 2011, les demandes de suivi doivent être adressées au préalable et sont examinées par une commission.
- la **PASS psychiatrique du Vinatier**, qui a créé des permanences de psychologue. En 2011 le temps de la psychologue a été étendu.
- Le **Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement (CPCT)** propose pour des personnes en situation de précarité un suivi d'une durée de 4 mois maximum, assuré par des cliniciens psychiatres, psychologues intervenant bénévolement.

Assurer des consultations psychologiques

Parmi les personnes reçues en consultation psychologique au CASO en 2011, 60% étaient seules (avec ou sans enfants). Par ailleurs 98% d'entre eux déclaraient ne pas exercer d'activité pour gagner leur vie, souvent du fait de leur statut administratif les empêchant d'accéder à un travail. Toutes vivaient en dessous du seuil de pauvreté¹. Ces éléments ne font que renforcer le constat de grande détresse sociale et économique de ces personnes.

Les psychologues ont réalisé **517 consultations** (contre 538 en 2010) pour une **file active de 107 personnes** (36 hommes et 71 femmes). **22 nouveaux patients** ont pu bénéficier d'un suivi psychologique en 2011.

Les patients sont reçus en moyenne 4,8 fois (moyenne entre les patients ne venant qu'une fois et ceux venant régulièrement).

La moyenne d'âge est de 35 ans.

98,1% des consultations sont réalisées auprès de personnes migrantes. Les pays de provenance des patients suivis sont principalement : la Bosnie Herzégovine (22,6%), l'Arménie (11,3%), le Kosovo (6,6%), le Congo RDC(6,6%), l'Azerbaïdjan (6,6%), l'Algérie (6,6%),

Les personnes viennent de pays ayant anciennement subi des conflits armés. Une grande partie de ces personnes est arrivée en France en demandant l'asile. Une petite partie l'a obtenu, d'autres ont été déboutés, ont fait des recours et se trouvent aujourd'hui en situation irrégulière mais dans l'impossibilité de rentrer dans leur pays d'origine. Les traques policières et les politiques répressives ne font qu'ajouter de l'exclusion à l'exclusion et aggravent par là même l'état de santé et l'équilibre psychique déjà précaire des personnes à la rue et des sans papiers. Les arrestations de personnes en situation irrégulière dans les lieux publics comme les hôpitaux, CPAM et centres d'hébergement contribuent à l'aggravation de leur état de santé. La peur des arrestations fait remettre à plus tard tous les déplacements jugés non indispensables dans l'immédiat, ce qui ne facilite pas l'accès au réseau sanitaire et provoque des ruptures de soins.

Assurer des consultations de psychiatrie et pédopsychiatrie

Psychiatrie

L'équipe des psychiatres a réalisé **91 consultations** (65 en 2010, 157 en 2009) pour **38 patients**, dont aucun nouveau. Il s'agit de 28 femmes et de 10 hommes.

La moyenne est de **2,4 consultations par patient**.

¹ Le seuil de pauvreté calculé par l'INSEE selon les revenus fiscaux 2009 est de 954 Euros par mois pour une personne seule. Il correspond à 60% du revenu médian (critère Eurostat).

Comme pour les personnes reçues par les psychologues, la majorité des patients sont étrangers (97,3%) : ils viennent de Bosnie-Herzégovine (32,4%), du Kosovo (10,8%), d'Azerbaïdjan (8,1%), d'Arménie (8,1%).

Les états anxieux (40% des résultats de consultation), dépression (22,9%) et syndrome de stress post traumatique (20%) représentent la majorité des résultats de consultations.

L'orientation est similaire aux années précédentes : en général les patients sont adressés par les médecins généralistes ou par les psychologues du CASO pour avis et prescriptions éventuelles. Plus rarement, lors d'une première consultation en demande directe.

Pédopsychiatrie

L'activité des consultations pédopsychiatriques déjà en baisse depuis 2008 s'est complètement arrêtée en 2010 du fait du manque de demandes et du fait de l'arrêt de la convention pour l'interprétariat physique (voir plus haut). Une pédopsychiatre est disponible en fonction des sollicitations faites par les différents intervenants de MdM.

Objectif 3 : Participer à la prévention périnatale pour les femmes en grande précarité ne pouvant prétendre à une couverture maladie

Assurer des consultations de gynécologie

En 2011, les gynécologues ont réalisé 147 consultations (124 en 2010, 192 en 2009).

Profil des personnes reçues en consultation gynécologique :

- La grande majorité des patientes sont de nationalité roumaine (30,6%) et sont orientées par notre mission hors centre travaillant auprès des populations Roms vivant en squats et bidonvilles. Les autres nationalités sont : la Macédoine (6%), l'Algérie (6%), les Comores (5%).
- 6% des patientes reçues en consultation de gynécologie sont mineures et la grande majorité (50,5%) a moins de 30 ans. La moyenne d'âge est de 29 ans.
- 30,3% des patientes reçues à Lyon sont sans logement (11,2% sont à la rue, 19,1% sont hébergées par un organisme) et 43% vivent en logement précaire.

Parmi les motifs de consultation :

- 15,5% des patientes viennent pour des questions relatives à la grossesse. Après une première consultation, les femmes sont orientées vers la consultation de sage-femme du CASO.
- 23,3% pour des questions relatives à la contraception (intra utérine, orale, autre). Nous proposons lors des consultations de gynécologie des solutions de contraception (pose d'implants et de stérilets principalement).
- 5,8% des consultations de gynéco concernent des questions de stérilité.
- Le reste des résultats de consultations concerne plutôt des problématiques d'ordre gynéco-médicales.

Une alternative à la consultation de gynécologie proposée par MdM est l'orientation vers les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou le Planning Familial associatif qui proposent des consultations médicales de contraception, des entretiens pré et post IVG. Des rencontres ont été organisées afin d'améliorer la collaboration avec ces partenaires essentiels.

Assurer des suivis de grossesse

En 2011, 69 consultations de sages-femmes (42 en 2010, 92 en 2009) ont été assurées pour 25 femmes. Nous proposons un rendez-vous mensuel du suivi et orientons vers la PASS pour les examens complémentaires et la prise en charge en maternité à partir du septième mois.

Le nombre de ces consultations a diminué depuis 2009 du fait d'une meilleure prise en charge des suivis de grossesse dans le système de droit commun par le biais de la PASS. En effet, les femmes en situation irrégulière n'ont pas, dans la loi, à prouver trois mois de présence pour bénéficier de soins : le fonds « soins urgent et vitaux » doit permettre de les prendre en charge. Cette mesure était difficilement appliquée jusqu'en 2009, elle l'est désormais de mieux en mieux.

Le profil des patientes reçues pour suivi de grossesse est le suivant :

- De nombreuses patientes reçues en consultation de sages-femmes sont de nationalité roumaine (25%). Les autres nationalités sont : le Congo, la Guinée, le Kosovo.
- 12% des patientes reçues sont mineures et la grande majorité (72%) a moins de 30 ans. La moyenne d'âge est de 26 ans. L'âge moyen de la première grossesse des femmes reçues au CASO est de 21 ans.

- **21,7% des patientes reçues à Lyon sont sans logement** (8,7% sont à la rue, 13 % sont hébergées par un organisme) et 56,5% vivent en logement précaire.

La précarité des femmes enceintes rencontrées au CASO, leurs conditions de logement et leur manque de couverture sociale, retentit sur leur suivi de grossesse : premier contact tardif, nombre de consultations prénatales et d'échographies insuffisantes, dépistage de pathologies gravidiques médiocre. Plusieurs sources viennent confirmer ce constat :

- Sur les missions MDM en France dont une partie de l'activité était dédiée aux femmes, les médecins constatent un **retard du suivi de la grossesse pour près de la moitié** d'entre elles (rapport de l'ODSE 2010).
- Selon une étude de la Drees¹, la **fréquence des grossesses à risque et des accouchements complexes** est élevée (28% des motifs d'hospitalisation), en lien avec un moins bon suivi de grossesse des populations étrangères, mais également avec les conditions précaires d'existence. Comme éléments d'explication l'étude de la Drees met en avant le retard de consultations en suivi de grossesse pour les femmes en situation irrégulière qui consultent à 24,7 semaines d'aménorrhées (SA) contre 12 semaines pour la population nationale. La population nationale a droit à 7 visites de suivi, les femmes sans papiers n'en réalisent que 3,7. Seul 27% d'entre elles bénéficient des trois échographies recommandées pendant la grossesse.
- Une autre étude de l'INVS² consacrée à la mortalité maternelle en France conclut que la **nationalité étrangère est associée à un sur-risque de mortalité maternelle**, suggérant que ce sur risque pourrait être en partie expliqué par une moindre qualité des soins.
- Le mémoire de Maud Lagniet³, rédigé sur le suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière à Lyon, met en avant le fait qu'elles ont **50% plus de risques de faire des grossesses pathologiques** que la moyenne nationale et 70% plus de risque au moment de l'accouchement.

A l'accouchement, il existe au final plus de **complications obstétricales pour ces femmes, avec des risques importants pour l'enfant à naître, notamment la prématurité, et le non dépistage de pathologies comme le diabète gestationnel ou la toxoplasmose.**

Si de nombreuses femmes en situation de précarité font passer le suivi de leur grossesse au deuxième plan après la survie au quotidien, certaines femmes qui souhaiteraient un suivi n'ont pas accès aux dispositifs hospitaliers. Les principaux obstacles dans l'accès aux dispositifs hospitaliers qu'énoncent les femmes rencontrées au CASO en 2011 sont les suivants : la méconnaissance des droits et des structures, l'absence de preuve de présence sur le territoire français depuis 3 mois, la barrière linguistique, les difficultés administratives.

En 2011, nous avons constaté que des femmes sortantes de maternité se voyaient proposer **plus systématiquement un mode de contraception, ainsi que la vaccination pour le nouveau né.** Nous espérons que cette pratique se généralisera afin d'éviter les grossesses rapprochées et non désirées. Peu des femmes que nous rencontrons se rendent à la **consultation post-natale qui est proposée 6 à 8 semaines après l'accouchement**, d'où l'importance pour les PMI de se déplacer sur les lieux de vie de ces femmes en situation de précarité.



Je reçois Mme G., elle a 28 ans, 6 enfants et est enceinte de 4 mois. Elle vit en France depuis 4 mois et a vu sa demande d'asile refusée. Elle est hébergée dans un gymnase qui a été ouvert en période de grand froid. Elle ne parle pas du tout français. Je l'oriente vers la PASS, en me demandant comment elle va pouvoir s'y rendre à 7h du matin pour avoir une chance d'être prise... »

→ Mireille, sage femme du CASO

¹ « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux » BEH, N°9, mars 2009

² Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM)

³ Maud Lagniet : Grossesse et accouchement chez des femmes en situation irrégulière portant sur 60 dossiers de femmes sans papiers suivies dans les maternités de Lyon. 2010.

Orienter les enfants de moins de 6 ans vers les PMI du secteur

Pendant les consultations de médecine générale au CASO

23,8% des patients suivis sont mineurs (21,9% en 2010), chiffre largement supérieur à la moyenne des autres CASO en France (12% en 2010).

Les PMI, qui ont été créées par une ordonnance de 1945, dépendent des Conseils généraux et proposent gratuitement les services suivants :

- Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents (suivi des grossesses et préparation à la parentalité) et des enfants ;
- Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
- Des actions d'aides aux familles.



Il faut noter que **15,9% des patients suivis ont moins de 6 ans, or 67% d'entre eux ne sont pas suivis en PMI à leur premier rendez-vous à MdM.** Les principales difficultés sont liées à l'instabilité de ces patients quant au logement, les PMI étant sectorisées, le maintien du lien avec une PMI après une expulsion devient très complexe. Le travail en réseau avec les PMI s'est vu renforcé en 2012, dans le cadre de rencontres avec le Conseil Général, et du travail de proximité effectué par certaines PMI en particulier. **5% des orientations réalisées au CASO en 2011 concernent les PMI.**

Pendant la campagne alimentaire pour les 0-3 ans en juillet-août

Cette campagne, basée sur un partenariat entre associations (Restos du Cœur, Armée du Salut, MdM) et pouvoirs publics (PMI, CCAS), a pour but de **prévenir la malnutrition et les problèmes de santé chez les enfants de 0 à 3 ans au cours de l'été, période critique puisque l'offre de services institutionnels et associatifs est très réduite du fait des vacances.** Les permanences ont lieu tout l'été (juillet et août), à raison de deux par semaine, dans les locaux des Restos du Cœur.

Au cours de l'été 2011, 452 familles ont été accueillies lors de 18 permanences. 530 enfants ont été concernés. Les personnels de PMI (médecins, puéricultrices, sages-femmes, ou infirmières) étaient présents à chaque permanence ainsi que de nombreux bénévoles des Restos du Cœur, de Médecins du Monde, et de l'Armée du Salut ainsi qu'une coordinatrice. La participation du personnel de PMI et de Médecins du Monde a permis un travail de prévention, de suivi, d'information et surtout **un temps d'écoute pour un meilleur dépistage des difficultés rencontrées et/ou un conseil d'orientation.** La présence au mois de juillet d'une interprète bénévole en roumain a été d'une grande aide.

Les personnes reçues sont en provenance majoritairement d'Afrique subsaharienne et Maghreb (42,7 %), puis de l'Europe hors UE (24,1%), de l'Union Européenne dont la France (21%). Le Moyen Orient et l'Asie représentent moins de 2%. 10,6% des personnes ont une origine

géographique non renseignée.

L'âge moyen des enfants vus à la distribution est de 13 mois. Nous observons cette année que les enfants de moins de 12 mois (50,6%) sont faiblement majoritaires avec une augmentation des 12 à 23 mois.

	<3 mois	<6 mois	6 à 11 mois	12 à 23 mois	24 mois et +
2011	18,4%	12,2%	20 %	30,6%	18,7%

Les familles reçues sont pour 30,4% sans aucune ressource; 18% perçoivent le RSA ou le chômage, 45,3% reçoivent des prestations sociales irrégulières et 5% sont salariées. Nous pouvons ainsi dire que **75,7 % sont dans de grandes difficultés financières.**

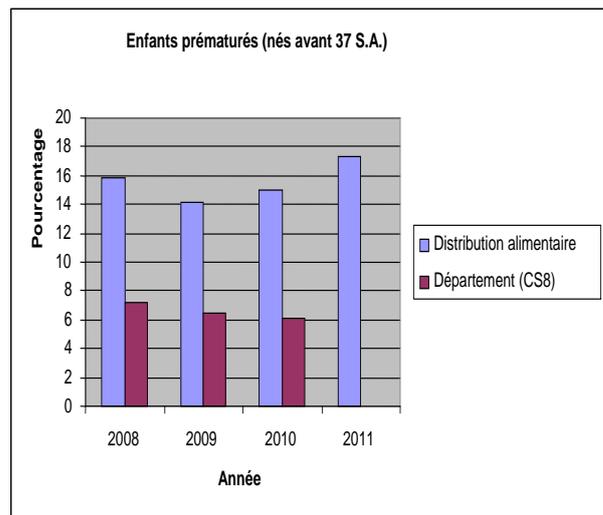
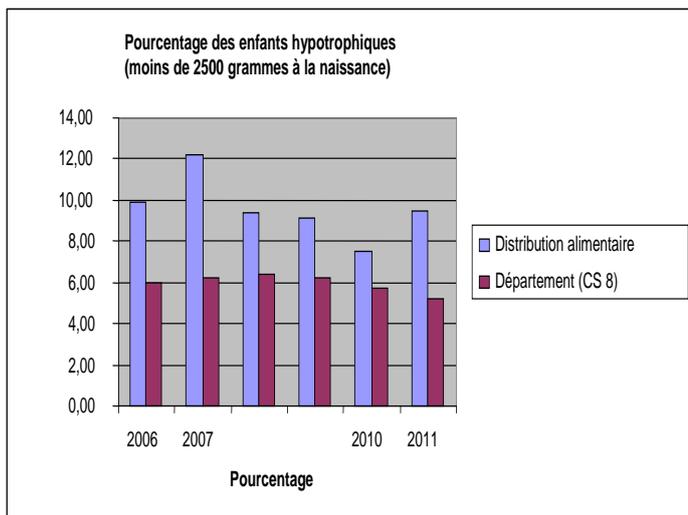
55% des familles accueillies vivent dans des conditions d'hébergement incertaines, voire à la rue et seulement 40.7% dans un logement relativement stable.

Au niveau de leur couverture sociale : **9,1% n'ont aucune couverture, 25,5% bénéficient de l'AME, 59,6% de la CMU.**

Nous portons une attention sur les conditions de naissance des enfants et leur croissance, et avons fait les constats suivants :

- Le poids moyen de naissance est de 3,190 kg ce qui est correct.
- **Le nombre d'enfants hypotrophiques (- de 2500g) à la naissance est plus important que l'an dernier (deux fois la moyenne nationale).** Cela est notamment en lien avec la **prématurité** (naissance avant 37 semaines) qui concerne **17,3% des enfants, ce qui est presque 2 fois plus élevé que les données départementales (9%).** Cela nous amène à porter une attention particulière aux jeunes femmes enceintes, à leur suivi de grossesse, à leurs conditions de vie, de logement et de stress, à la malnutrition, éventuellement à certaines addictions dont le tabagisme, à leurs difficultés d'accès aux soins, pour améliorer leur vie et celle du fœtus car les enfants nés prématurément ont, pour la plupart, un développement pondéral et psychomoteur plus lent.
- Le pourcentage d'enfants en **surpoids** est dans la moyenne régionale.
- **Le pourcentage des enfants en sous poids est plus de 2 fois plus important que la moyenne régionale,** cela est probablement en lien avec le taux de prématurité mais nous n'avons pas la possibilité de croiser les données et nous savons, aussi, que les enfants vivant dans des conditions particulièrement précaires sont plus fragiles.

	% départemental (source : Conseil Général)				% population reçue			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Prématurité avant 37 semaines	7 %	6,3 %	6 %	9 %	16 %	14,5 %	15 %	17,3 %
Poids de naissance < 2500g de tous	6 %	6 %	5,75 %	5,2 %	9,5 %	9,95 %	7,5 %	9,5 %
Enfants en sous poids	3 %	3 %	3 %	3% (est)	6 %	3,3 %	6,4 %	7,8%
Enfants en surpoids	3 %	3 %	3 %	3 %	7,9 %	7,8 %	4 %	3%



En termes d'aide alimentaire, est proposé :

- Pour les 0 - 6 mois : un **soutien à l'allaitement maternel et un accompagnement au passage éventuel au lait 1er âge.**
- Pour les 6 - 12 mois : l'apprentissage, en plus du passage au lait 2ème âge, de la **diversification alimentaire** pour laquelle sont proposés des petits pots et des légumes frais.
- Pour tous, nous prenons un temps de **prévention** (vérification des vaccins et orientations si besoin), de **sensibilisation sur l'hygiène et l'équilibre alimentaire** avec les moyens dont les familles disposent.

Les **denrées distribuées** sont les suivantes : lait 1er et 2^{ème} âge, lait ½ écrémé, couches, petits pots, œufs pour les familles ne mangeant pas de viande, yaourts, riz ou pâtes, farine, pain, viennoiseries et légumes parfois, ceci afin de diversifier l'alimentation, faciliter une complémentarité indispensable et donner accès à des goûts différents et nouveaux. Les familles ont également reçu des biberons et des tétines, de l'eau pour celles qui n'y ont pas accès, du liquide vaisselle et des savons et assez régulièrement des fleurs.

Les produits fournis ont été achetés en partie à la Banque Alimentaire, et d'autres associations ou entreprises grâce à un financement DDCS/Ville de Lyon/Conseil Général et Ville de Villeurbanne.

Cette action se poursuivra en 2012 dans un partenariat renforcé avec les PMI pour le suivi des enfants de 0 - 12 mois.

Objectif 4 : Evaluer et témoigner des obstacles à l'accès aux soins, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales

Recueillir des données sur la situation administrative, sociale et médicale des patients reçus

Le recueil de données permet la réalisation de ce rapport et plus globalement l'interpellation d'autorités compétentes sur les questions d'accès aux soins et aux droits. Chaque consultation est enregistrée dans un dossier social, puis médical. Ces dossiers sont ensuite saisis au sein d'un logiciel uniformisé au niveau de tous les CASO de MdM en France (logiciel Sphinx). En 2011, ce sont près de 7000 dossiers (sociaux et médicaux) qui ont été saisis à Lyon grâce à l'aide de 6 bénévoles spécifiquement chargés de cette activité.

Les données recueillies alimentent également le rapport national de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de MdM.

Organiser des modules de formation en interne, pour améliorer la qualité et la pertinence des actions

Plusieurs sessions de formation collective ont été organisées en 2011 :

- **Formation initiale à l'attention des nouveaux bénévoles** en septembre (50 personnes) ;
- **Formation spécifique pour la mission squat auprès des Roms** (15 participants, octobre), et mission bus ;
- **Formation sur la prévention et la gestion de l'agressivité** (13 participants, plusieurs sessions en 2011) assurée par l'IFMAN (Institut de Formation sur l'Alternative Non Violente), cette formation a été menée au terme d'échanges tout au long de l'année sur cette thématique et l'adoption de mesures concrètes visant à réduire les tensions en particulier dans la salle d'attente ;
- **Soirée thématique sur le Droit au Séjour des Etrangers Malades** (20 participants, décembre 2011), en lien avec la Cimade.

Par ailleurs, la **journée régionale de MdM**, a porté sur le thème « **Médecins du Monde, un engagement politique ?** » et a été un vrai temps de réflexion sur la portée de l'engagement militant.

Participer à des temps de mobilisation inter associative pour sensibiliser sur la question de l'accès aux soins

Médecins du Monde a pour **vocation de soigner** les populations les plus vulnérables dans des situations de crises et d'exclusion partout dans le monde et en France. Association indépendante, Médecins du Monde agit au-delà du soin et dénonce les **atteintes à la dignité et aux droits de l'Homme** et se bat pour améliorer la situation des populations.

Ainsi en Rhône Alpes Bourgogne, les équipes de MDM ont pris position publiquement auprès du grand public (communiqués de presse) comme auprès des institutions sur les thèmes de l'accès aux soins, de la santé et des conditions de vie des populations Roms, sur le lien entre santé et hébergement, ou encore les droits des migrants.

- Nous sommes **intervenues dans des formations et des diplômes universitaires** (Ecole de management Lyon, IFSI, Faculté de Médecine, Universités, etc.) sur l'action humanitaire, l'accès aux soins des personnes en grande précarité. A ce titre, nous avons réalisé 6

interventions dans les écoles d'infirmières sur les questions d'accès aux soins des populations en situation de précarité.

- Nous avons **accueilli des stagiaires** (étudiants en médecine, 15 étudiants infirmiers, etc.) ce qui leur a permis de mieux appréhender les difficultés d'accès aux soins des populations précaires et les blocages qui existent dans le système de soins.
- Lors de la **Semaine de la Solidarité Internationale** (novembre 2011), nous avons participé au festival « Sol'en film » par le biais d'intervenants MdM qui ont animé des débats à l'issue de deux films liés à nos activités.
- La **journée du refus de la misère du 17 octobre** est l'occasion pour Médecins du Monde de publier son rapport annuel de l'Observatoire de l'accès aux soins en France. A cette occasion, la Délégation Rhône Alpes a organisé le 14 octobre 2011 **une conférence de presse** sur l'accès aux soins en France, et plus particulièrement à Lyon et Grenoble.



Une **flashmob** (manifestation spontanée de courte durée sur la voie publique) s'est tenue ce même jour à Lyon sur la place Louis Pradel, visant à sensibiliser le grand public à l'accès aux soins des personnes vulnérables. Cette manifestation a été l'occasion d'entamer des discussions avec le grand public pour expliciter nos actions et nos positionnements en matière d'accès aux soins. Cette mobilisation a rencontré un fort écho médiatique.

- Les étapes régionales (Villeurbanne et Grenoble) de l'exposition itinérante de MdM « **Exil = exit** » ont également représenté un moment fort de communication et de témoignage. Réalisée en avril 2011 grâce à l'implication forte de la mairie de Villeurbanne et du soutien financier du Conseil régional et de la mairie de Lyon, l'exposition a été visitée par plus de 2000 visiteurs à Villeurbanne et autant à Grenoble. Le vernissage a eu lieu le jeudi 7 Avril à Villeurbanne, en présence de Pierre Micheletti, délégué régional de Médecins du Monde, de Jean- Paul Bret, Maire de Villeurbanne, d'Olivier Jobard, photographe de l'exposition, de Martin et Myriam, migrants témoignant de leur parcours, de Sylvie Guillaume, députée européenne - élue à la ville de Lyon, et de Pascale Crozon députée. Un colloque intitulé « **Quand l'exil expose à la violence : de la prise en charge à la reconnaissance** » est venu clôturer l'exposition le jeudi 14 avril, et a permis à plus d'une centaine de professionnels et acteurs de la prise en charge des migrants de témoigner et de confronter leurs expériences et recommandations concernant la prise en charge des migrants victimes de violence lors de leur parcours d'exil.



Participer à des groupes de travail thématiques ou territoriaux

Nous participons à de nombreux collectifs et plateformes (Collectif santé du Rhône, Conseil lyonnais pour le respect des droits, Missions régionales d'information sur l'exclusion), qui nous permettent :

- de partager des informations en termes de veille sanitaire et sociale,
- de résoudre des cas difficiles de manière conjointe,
- d'interpeller les institutions concernant certaines problématiques,
- de faire le point sur les évolutions législatives, les questions sociales et sanitaires.

Les instances auxquelles nous participons régulièrement sont notamment les suivantes :

Instance	Objectif	Organisations présentes	Mission(s) concernée(s)
Commission sociale inter associative	Formation continue et coordination inter associative.	Péniche accueil, SAMU 69, Habitat et Humanisme, Aralis, Conseil général, Relais SOS, Forum réfugiés, Pause Diabolo, Petit frères des Pauvres, Alis, 115- FNDSA, les Amis de la rue, etc.	3 missions : CASO, Squats, et Bus
CLRD : Conseil Lyonnais pour le respect des droits	Plateforme associative et politique de veille et alerte sur la situation des droits de l'homme à Lyon	45 associations présentes et des élus des différents arrondissements	3 missions
CLRD : Sous groupe accès aux soins et aux droits	Groupe technique rattaché au CLRD	MdM, MRIE, Secours Catholique, Cimade, IREPS.	3 missions
Collectif santé	Faire le point sur les questions de santé et migration et plus spécifiquement sur la situation des étrangers malades.	Juristes et AS de la Cimade, santé et migration, Forum Réfugiés, etc.	3 missions
Conférence régionale de santé et d'Autonomie	Suivi du plan régional de santé publique et appel à projets	MdM et nombreuses autres organisations	3 missions
Mission Régionale pour l'Information sur l'Exclusion (MRIE)	Observatoire régional sur la précarité en Rhône alpes	ATD quart Monde, Secours catholique, Habitat et Humanisme, Conseil général.	3 missions
Atelier santé ville du 1er arrondissement	Améliorer l'accès aux soins des plus précaires grâce à la mise en place d'un réseau d'acteurs présents sur le territoire du 1er	MdM, MDR (CG), ALIS, CPAM CCAS	CASO
Réunion interassociative de la place Carnot	Faire du lien entre les différents intervenants de la place.	Armée du Salut, Croix-Rouge, Ensemble pour un repas, etc.	Mission Bus.
Groupe de travail sur la réglementation du droit européen	Mettre en application les lois en vigueur et travailler sur le refus des institutions (CAF, CPAM, etc.)	MdM, MDR (CG), Forum Réfugiés, Entraid's, ADOMA.	Mission squats
Collectif Rom lyonnais	Organisé par Rom'Europe, concertation des associations travaillant avec les populations Roms	Ligue des droits de l'Homme, CLASSES, Secours Catholique, ATD Quart Monde, etc.	Mission squats
Protocole bidonvilles	Faire le suivi sur les difficultés sanitaires et autres rencontrées sur les bidonvilles et squats. Alerte sur les situations critiques.	MDDCS, ARS, Conseil Général	Mission squats

Données financières du CASO

Rapport financier 2011

I - DEPENSES	Révisé BP2011	Réalisé 2011
ACHATS	16 300 €	15 452 €
Mobilier, agencement	200 €	289 €
Carburants, combustibles	0 €	0 €
EDF-GDF/EAU	6 500 €	4 556 €
Produits pharmaceutiques-consommables	3 000 €	5 824 €
Matériel médical	1 000 €	688 €
Fournitures entretien et petit équipement	1 300 €	1 354 €
Fournitures administratives	2 800 €	1 773 €
Petit matériel de bureau	500 €	285 €
Aides diverses aux patients	500 €	612 €
Aide hébergement patients	500 €	70 €
SERVICES EXTERIEURS	60 311 €	58 530 €
Sous-traitance	200 €	174 €
Crédit Bail	1 000 €	882 €
Location immobilières hors parking (bâtiment)	42 500 €	39 206 €
Charges locatives	5 800 €	3 423 €
Location mobilière hors matériel bureau (véhicules)	0 €	21 €
Location immobilière garages et parkings	0 €	0 €
Location mobilière - matériel de bureau	0 €	0 €
Entretien locaux	6 500 €	9 913 €
Entretien véhicule	0 €	241 €
Entretien matériel chirurgical +informatique	500 €	612 €
Maintenance (photocopieuse, Téléphone,...)	3 100 €	2 846 €
Assurances locaux + responsabilité civile	411 €	547 €
Assurance véhicules	0 €	0 €
Documentation générale	300 €	664 €
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	36 400 €	29 809 €
Honoraires (traduction, formation ...)	22 500 €	12 351 €
Informations, publications	200 €	57 €
Voyages / déplacements	500 €	0 €
Frais bénévolat	8 000 €	13 179 €
Frais de mission	1 000 €	1 012 €
Transport marchandises	400 €	0 €
Affranchissement	700 €	468 €
Téléphone / Fax / Internet	3 000 €	2 636 €
Cotisations	100 €	106 €
Sous total fonctionnement	117 911 €	106 823 €
IMPOTS ET TAXES	8 500 €	8 709 €
Taxes sur salaires	6 000 €	6 077 €
Taxe foncière	2 500 €	2 305 €
Formation salariés		328 €
CHARGES PERSONNEL	93 716 €	87 209 €
Salaires	62 716 €	57 595 €
Charges sociales	29 000 €	29 614 €
Indemnités de stage	2 000 €	0 €
Sous total personnel	97 716 €	93 286 €
Dotations aux amortissements	400 €	401 €
TOTAL DEPENSES	215 627 €	200 109 €
II - RECETTES	Révisé BP2011	Accordées
ARS	50 000 €	50 000 €
Conseil Général	2 000 €	2 000 €
Ville de Lyon	8 500 €	10 000 €
abandon frais de bénévolat	7 500 €	13 040 €
don affecté		50 €
TOTAL RECETTES	68 000 €	75 090 €
Fonds privés Médecins du Monde	147 627 €	125 019 €
TOTAL	215 627 €	200 109 €

Budget prévisionnel 2012

I - DEPENSES	BP2012
ACHATS	16 750 €
Mobilier, agencement	200 €
Carburants, combustibles	0 €
EDF-GDF/EAU	6 300 €
Produits pharmaceutiques-consommables	4 000 €
Matériel médical	1 000 €
Fournitures entretien et petit équipement	1 200 €
Fournitures administratives	2 550 €
Petit matériel de bureau	500 €
Aides diverses aux patients	500 €
Aide hébergement patients	500 €
SERVICES EXTERIEURS	56 069 €
Sous-traitance	200 €
Sous traitance déchet médicaux	250 €
Crédit Bail	900 €
Location immobilières hors parking (bâtiment)	40 000 €
Charges locatives	3 250 €
Entretien locaux	7 000 €
Entretien matériel chirurgical +informatique	900 €
Maintenance (photocopieuse, téléph,...)	2 650 €
Assurances locaux + responsabilité civile	619 €
Assurance véhicules	0 €
Documentation générale	300 €
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	39 925 €
Honoraires (traduction, formation ...)	33 500 €
Formation feu	375 €
Informations, publications	200 €
Voyages / déplacements	200 €
Frais bénévolat	500 €
Frais de mission	1 000 €
Transport marchandises	800 €
Affranchissement	500 €
Téléphone / Fax / Internet	2 750 €
Cotisations	100 €
Sous total fonctionnement	118 694 €
IMPOTS ET TAXES	8 685 €
Taxes sur salaires	6 085 €
Taxe foncière	2 600 €
Carte grise	
CHARGES PERSONNEL	93 667 €
Salaires	60 846 €
Charges sociales	29 821 €
Indemnités de stage	3 000 €
Sous total personnel	96 752 €
Dotations aux amortissements	350 €
TOTAL DEPENSES	215 446 €
II - RECETTES	BP2012
ARS	50 000 €
Conseil Général	2 000 €
Ville de Lyon	10 000 €
abandon frais de bénévolat	
TOTAL RECETTES	62 000 €
Fonds privés Médecins du Monde	153 446 €
TOTAL	215 446 €

LE BUS

Introduction

Présentation de l'activité

Le bus est avant tout un lieu d'accueil dit « bas seuil » où les personnes en situation de précarité, quelles qu'en soient les causes, peuvent venir trouver écoute, conseil, orientation, soins.

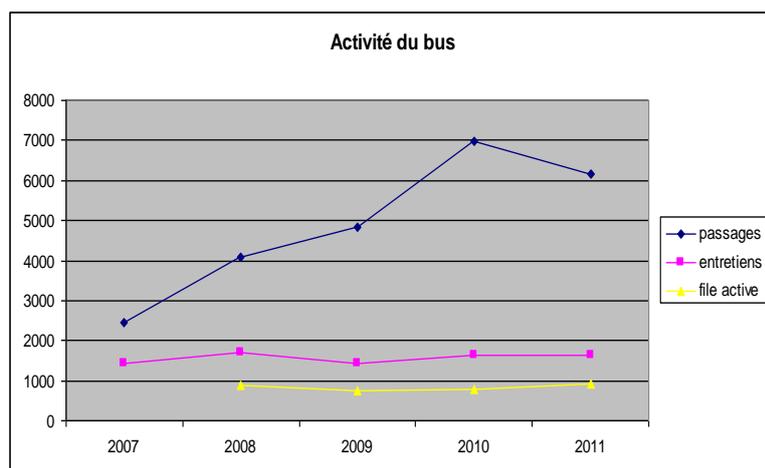
Une boisson chaude est proposée aux personnes, et agit comme un outil de mise en lien. Elle constitue le premier contact ; la suite découle de la demande de l'utilisateur :

- Demande de matériel de prévention (kits d'injection, préservatifs, etc.) principalement lors de la permanence du dimanche,
- Demande d'information : sur les droits, un lieu de soin, les possibilités d'hébergement, etc.
- Demande de soins : soins de première ligne, le plus souvent pour des plaies ou des douleurs directement liées à la vie à la rue ou dans des conditions précaires.
- Besoin d'écoute et d'échange avec les bénévoles, mais aussi dans certains cas entre usagers ou dans un cadre mixte bénévoles /usagers.

Trois sorties hebdomadaires de 3 heures ont été organisées de janvier à juin, animés par 3 ou 4 bénévoles et/ou un travailleur social :

- mardi et jeudi de 19h à 22h, sur la place Carnot, devant la gare de Perrache,
- dimanche de 18h à 21h, à proximité de la place des Terreaux.

A partir de juillet 2011 et au terme d'un processus de passation progressive, la permanence du dimanche (réduction des risques) a été transférée au CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) Ruptures.



L'activité se stabilise en 2011 :

- La mission a enregistré **6 177 passages** (6969 en 2010) pour 118 permanences (151 en 2010).
- Nous avons rencontrées **917 personnes** (782 personnes en 2010).
- Le nombre d'entretiens (c'est-à-dire les personnes avec lesquelles un échange particulier a eu lieu : entretien social, de prévention ...) est stable avec **1623 entretiens** (1624 en 2010).



L'augmentation continue de 2009 à 2010 du nombre de passages était notamment due à l'émergence d'un nouveau public précaire sur la place Carnot : les migrants, principalement en provenance d'Europe de l'est, hébergés en hôtel par Forum Réfugiés, ou vivant dans la gare faute de place en structure d'hébergement. Ils sont souvent en famille avec de jeunes enfants. En effet depuis décembre 2009, les ressortissants serbes et macédoniens n'ont plus besoin de visa pour venir en Europe. Lorsqu'ils font une demande d'asile, cette demande est traitée en 'procédure prioritaire' car ces pays font partie de la liste des 'pays d'origine sûrs'. Du fait de ce statut, les personnes ne bénéficient pas des mêmes droits qu'un demandeur d'asile « classique » et elles n'ont pas accès à la CMU mais à l'AME et ce après 3 mois de présence. Nous nous sommes adaptés à ce nouveau public, notamment en recrutant des bénévoles qui parlent les langues concernées afin d'établir le dialogue.

Le transfert d'activité au CAARUD Ruptures et l'arrêt de la permanence du dimanche explique la diminution du nombre de permanences et de passages après une augmentation continue de 2007 à 2010.

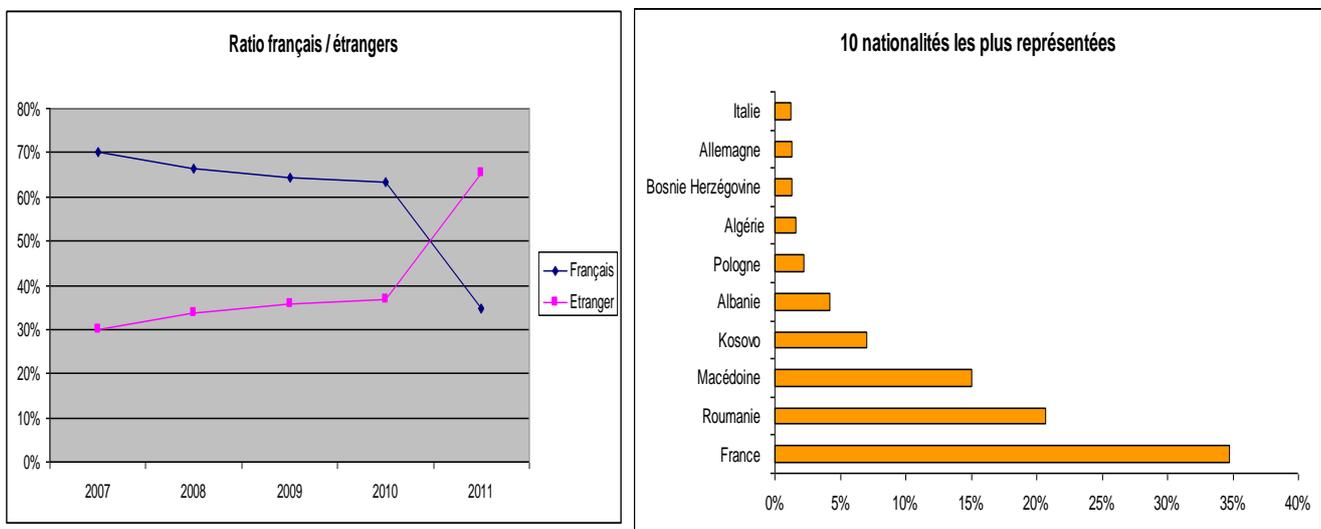
En 2011, plusieurs chantiers ont mobilisé nos équipes:

- Depuis septembre 2011, nous avons systématisé les maraudes dans la gare de Perrache ou dans les environs de la place Carnot les jeudis soir. Ainsi, une équipe composée de 2 personnes se rend à pied sur ces lieux, afin d'aller vers les personnes qui dorment dans la gare ou aux alentours pour repérer si elles ont des problèmes de santé, et le cas échéant les orienter vers le bus.
- Nous avons été mobilisés par l'acquisition, l'aménagement et la mise en service d'un nouveau bus plus grand, financé par la Caisse d'Epargne, permettant d'avoir un espace clos pour les consultations médicales ou un temps d'échange plus approfondi.



Public reçu

- On remarque que la **répartition par genre** est stable par rapport aux années précédentes (**77% d'hommes pour 23% de femmes**). Les femmes rencontrées sur le bus présentent des problématiques assez proches de celles des hommes (grande exclusion, violence, santé mentale dégradée, usage de drogues ...). On assiste également à la venue sur le bus de femmes ayant un logement mais vivant une très grande solitude et qui trouvent ainsi un lieu d'écoute.
- La **moyenne d'âge des hommes** est stable à 34 ans tandis que celle des femmes se situe à 37. 50% des personnes rencontrées ont entre 20 et 39 ans en 2011. La présence de plus importantes d'enfants sur le bus n'est pas mise en lumière par les données recueillies, du fait que les entretiens ont le plus souvent lieu avec les parents.
- Le **pourcentage d'étrangers par rapport aux français** augmente considérablement et passe de 36,6% en 2010 à 65,3% en 2011. Les nationalités étrangères les plus représentées sont : la Roumanie, la Macédoine, le Kosovo, l'Albanie, la Pologne, l'Algérie.



- La **présence des usagers de drogue**, 391 contacts en 2011 (864 en 2010) est en nette diminution du fait du transfert de l'activité de réduction des risques du dimanche soir à Ruptures.



- Les personnes que nous accueillons sur le bus **vivent en majorité à la rue, en squats et bidonvilles, ou en centre d'hébergement d'urgence quand ils arrivent à trouver une place**. Le collectif des 'Morts à la rue' rappelle que l'espérance de vie des SDF dépasse rarement la cinquantaine alors que celle de l'ensemble de la population est de 78 années pour les hommes et de 84 ans pour les femmes. Cette différence est due à des conditions de vie d'une extrême dureté (hygiène, alimentation, problème d'accès à l'eau, alcoolisme, etc.) et à des retards dans l'accès aux soins. Le collectif rappelle que les décès répertoriés ne sont pas plus importants pendant les mois d'hiver qu'au printemps ou à l'automne.



Hadrien bâtissait des murs...

Monter un mur c'était travailler le gros œuvre dans le bâtiment et aussi construire des fondations pour une vie ici, en France. Hadrien, jeune européen d'origine roumaine, usager de la Mission de rue du « Bus » de Médecins du Monde à Lyon, offrait un autre regard sur les migrants, les S.D.F., avec ses sourires, sa complicité dans les non-dits, sa voix chaude, nos temps d'écoute et d'échanges partagés du soir sur la Place Carnot, il composait avec nous, entre rires et pleurs, entre bas et hauts. Hadrien, 28 printemps, nous donnait à rencontrer un homme sur le chemin de la conquête sociale de ses Droits (logement, santé, travail, famille...). Hadrien, père de 2 enfants, était un bâtisseur battant, élaborait une vie qu'il espérait meilleure et familiale. Hadrien, fauché deux fois : sans un rond dans ce contexte de crise sociale et ... au début des beaux jours, alors qu'il traversait dans les clous quai Tilsitt. Hadrien, le compagnon de route, nous rappelle de façon édifiante à tous l'urgence de ne pas attendre pour rendre à chacun l'accès aux droits, que le temps court ! Cela a été dur, de recevoir la famille, sur la permanence du Bus, pour tenter d'envisager avec les parents d'Hadrien, leur fils aîné, leur frère, leur espoir, comment réaliser leur vœu de rapatrier le corps, comment trouver les 4000 € nécessaires. La chaîne de solidarité se met en marche, cela suffira-t-il à ce qu'un jeune homme repose en paix auprès des siens ? Que souhaiter de mieux à cette famille en cette période pascale ?

Oui, en 2012, « on » meurt à la rue, en y perdant 35 ans d'espérance de vie en moyenne ; c'est une réalité, que sur la mission nous vivons trop souvent. Que d'usagers ne voyons-nous plus ! En février, deux visages se sont effacés dans un silence assourdissant, enterrés au petit matin, dans le carré des indigents, au cimetière de la Guillotière. En juillet dernier, Ben, figure charismatique et emblématique des personnes rencontrées, suite à un mauvais mélange, était parti sans au revoir pour sa dernière maison. Ils sont nombreux cet hiver si rude à avoir été emporté, pas moins de 150 invisibles à n'être plus (406 en 2009, 276 en 2010 selon le Collectif des Morts dans la Rue).

En cette période électorale, ne serait-il pas encore plus indispensable que les décideurs de ce pays se souviennent sinon du contrat moral mais aussi du Contrat Social de Rousseau ? Nous sommes 7 milliards à la même adresse. Une grande famille : l'humanité ! Retroussons nos manches, comme Hadrien, qui chaque matin édifiait un nouveau mur, un nouveau monde. »

Raphaël Rabut, bénévole et psychologue clinicien.

Objectif 1 : Prévenir les risques liés à un retard dans l'accès aux soins, et favoriser l'accès aux droits et aux soins en allant au devant des publics marginalisés

Accès aux droits

362 entretiens sociaux ont été réalisés en 2011 (371 en 2010) par l'assistant social qui travaille à mi-temps sur le bus, et à mi-temps sur le CASO. L'AS assure un rôle central de relais entre le bus et le CASO : il peut recevoir en journée les personnes rencontrées en soirée sur le bus, pour entamer des démarches. En 2011, 124 orientations ont été réalisées vers le CASO.

118 contacts avec d'autres structures ont été réalisés en 2011 (par tél. ou autre), souvent dans le but de répondre à une demande d'hébergement (115, Samu social, Armée du Salut).



Le mardi 20 septembre 2011, vers 20h30, l'équipe de bénévoles, et Christian Monestier,

l'assistant social de Médecins du Monde, sont de permanence avec le "bus" sur la Place Carnot, sous la gare Perrache, à Lyon. Madame M., tirant une grosse valise, accompagnée de ses deux enfants en bas âge se présente alors, complètement perdue, avec sur un papier l'adresse du foyer Le Mail, et en nous demandant de lui indiquer le lieu exact de cette structure. Madame vient du Congo Kinshasa, elle a entamé le jour même une procédure de demande d'asile et a été orientée vers le Mail par Forum Réfugiés.

Nous proposons de l'accompagner au Mail. Nous faisons donc la queue aux portes du Mail, quand un homme annonce à la cantonade qu'il n'y a pas de place. Grâce aux gilets MdM, nous sommes invités à entrer, l'homme donne à madame un plan avec les coordonnées du restaurant social de Villeurbanne et un plan de la ville, et lui recommande de se présenter tous les jours au Mail. Christian lui propose d'aller aussi chercher de l'aide le lendemain auprès des services sociaux départementaux, et de bien appeler le 115 tous les jours (à partir de cabines téléphoniques). De plus, elle doit aller, le matin, chercher son récépissé à la préfecture. Madame M, avec ses photocopies de plans à moitié effacées, sa grosse valise, et ses deux enfants, devra dormir dehors cette nuit. Et demain, elle devra sillonner Lyon et sa banlieue, sans argent, sans téléphone afin de trouver une aide hypothétique.

Nous retournons sur le bus. La Croix-Rouge, appelée en renfort, passe nous apporter des couvertures et de la nourriture, les enfants se reposent dans le bus, sursautant à chaque cri des usagers les plus alcoolisés dehors.

Puis, à la fin de la permanence, nous accompagnons madame de l'autre côté du Rhône, dans un parc moins exposé aux violences de la rue, et la laissons, avec ses enfants, sa valise, ses couvertures, et ses papiers froissés, sur un banc. Elle pleure, les enfants pleurent. Il fait froid.

Je lui donne RDV le lendemain à la même heure au même endroit, lui proposant de chercher, moi aussi, une solution d'hébergement. Toute la journée suivante, j'appelle foyers, associations, services d'aide divers et variés, allant même jusqu'à solliciter des congrégations religieuses. L'une d'elles me propose une solution temporaire, à titre exceptionnel.

Madame a dormi une nuit sur le banc, puis une nuit chez une personne qui a accepté de l'héberger en la voyant dans la rue, car elle n'a pas retrouvé le parc, et n'a pas trouvé non plus le restaurant....et cela fait trois jours qu'elle a entamé sa procédure de demande d'asile.

« Les États membres font en sorte que les demandeurs d'asile aient accès aux conditions matérielles d'accueil lorsqu'ils introduisent leur demande d'asile. » Les conditions d'accueil comprenant le logement, la nourriture et l'habillement. » extrait de la Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres. »

→ Camille, bénévole

Enfin, l'assistant social a réalisé un suivi social pour 20 personnes du bus : accompagnement de personnes alcoolo-dépendantes vers des structures de traitement des addictions, lien pour une prise en charge hospitalière et accompagnement vers le soin, appui dans la constitution de dossiers de demande d'hébergement (CHRS, recours DALO, etc.), ouverture et maintien de droits... Ces suivis nécessitent de nombreux entretiens avec la personne, la coordination avec d'autres structures et parfois des accompagnements physiques.



Accès aux soins

La présence d'un soignant (médecin ou infirmier) est systématique, ce qui permet de réaliser des premiers soins quand cela est nécessaire. Cette prise en charge reste limitée mais permet d'amener les personnes rencontrées vers le soin en créant un lien.

Le rôle du médical a été renforcé et les soins en augmentation à partir du mois de juillet avec la mise en place du nouveau bus. En effet, le nouveau véhicule dispose d'un petit espace dédié pour le soin. Cela permet de réaliser des soins qui pouvaient auparavant difficilement l'être dans la rue, ainsi que des entretiens confidentiels.

L'activité médicale a été en nette augmentation cette année :

- 275 soins de première ligne pour 19,6% des usagers ont été dispensés (188 en 2010),
- des médicaments ont été délivrés à 386 reprises pour 27,5% des usagers.

Dans la majorité des cas, les soins sont des pansements à faire ou renouveler concernant des problèmes de peau liés aux conditions de vie. Bien souvent les plaies cicatrisent difficilement à cause de la vie à la rue et donnent lieu à des surinfections. Ces soins sont l'occasion de prodiguer des conseils d'hygiène et de prévention, d'orienter les personnes vers des douches ou vestiaires et quand le problème de santé le nécessite, d'orienter les personnes vers le dispensaire de Sévigné ou le CASO (124 orientations ont été faites vers le CASO en 2011). Certains problèmes de santé sont spécifiques aux usagers de drogue par voie intraveineuse (œdèmes liés aux injections, etc.).

Dans quelques cas (3 fois en 2011) les équipes ont dû appeler le SAMU ou les pompiers pour emmener des personnes aux urgences.

Enfin 108 entretiens de prévention ont été réalisés en 2011 sur l'usage de produits psychoactifs et sur les pratiques sexuelles. Il s'agit d'échanges basés sur les connaissances des usagers. En les faisant parler de leurs pratiques, les bénévoles tentent de les éclairer sur les pratiques à risques et leur proposent le cas échéant des alternatives à moindre risque.

En 2011, la poursuite du partenariat avec l'équipe mobile du Réseau Social Rue Hôpital (voir plus haut la partie sur les PASS) a permis à 2 infirmiers de participer aux permanences du bus. L'équipe mobile réalise des évaluations médico-sociales et met en place des accompagnements adaptés vers le soin. La présence de l'équipe mobile sur le bus a permis d'assurer une meilleure prise en charge médico-sociale pour certains usagers présentant des problématiques complexes (notamment psychiatriques) et au final des accompagnements vers des structures de soin de droit commun.

Objectif 2 : Soulager la souffrance psychique et prévenir les risques de décompensation

La souffrance psychique et la vie à la rue

« L'exclusion entraîne de fortes souffrances psychiques et renforce les troubles mentaux préexistants (...) La préexistence de troubles psychiatriques est un facteur de risque pour se retrouver à la rue, notamment lorsque le réseau familial est inexistant ou en incapacité de les prendre en charge ; et que le dispositif public est défaillant dans la prise en charge et l'accompagnement à la sortie des hôpitaux psychiatriques ».

A Lyon, la comparaison des activités des trois équipes mobiles (Samu Social 69, Réseau Social Rue Hôpital et Interface SDF) permet d'estimer le nombre de personnes sans domicile fixe atteintes de troubles psychiatriques rencontrées à plus d'une centaine sur l'agglomération. Notons que les bénéficiaires de ces maraudes font partie de la même catégorie de population (isolés à la rue, grands marginaux...) et ne prennent pas en compte la situation des personnes en famille, hébergées chez des tiers, en squats et souvent de nationalité étrangère :

- Pour le Samu Social 69, $\frac{3}{4}$ des personnes rencontrées ont besoin de soins psychologiques ou psychiatriques, dont $\frac{1}{4}$ de soins psychiatriques, soit environ 100 personnes sur l'année (du fait de la mobilité des personnes, cela représenterait 50 personnes « en même temps »).
- Parmi les personnes rencontrées par l'équipe mobile du RSRH en 2008 (281), 46% présentaient une pathologie psychiatrique ou de santé mentale : 9% comme motif principal c'est à dire suivies pour ce motif ou en cours de traitement), 37% comme motif secondaire de la rencontre. Ce qui représente 130 personnes.
- Interface SDF estime pour sa part voir régulièrement 150 à 200 personnes. »

Extraits du dossier technique « Pas de santé sans toit ni droit », 2009

Le travail d'écoute de la mission bus

On retrouve, chez les personnes rencontrées, des formes de souffrance psychique allant du mal-être aux troubles psychiatriques avérés, en passant par des états dépressifs, traumatiques ou encore addictifs. La souffrance est fréquemment « déguisée » au travers de demandes non dites et de réponses évitées ou refusées. Le travail de lien demande donc du temps, de l'attention, de l'écoute, de l'humanité et des ambitions toutes relatives, car l'errance peut parfois être leur compagne depuis l'adolescence voire l'enfance.

Le travail d'écoute réalisé par les bénévoles est le cœur de l'activité du bus, bien qu'il ne s'agisse que de discussions d'apparence communes, elles constituent un espace de parole et d'expression « dans la rue ». Les échanges où l'utilisateur parle vraiment de lui, se confie et s'exprime sont rares et précieux et seul un lien de confiance permet d'arriver à ce stade. **1153 entretiens d'écoute ont été réalisés (1176 en 2010).**

Quatre bénévoles de l'équipe ont des activités professionnelles ou étudiantes liées à la psychologie ou à la psychiatrie. S'ils n'interviennent pas en tant que tels dans les permanences et se présentent comme bénévoles auprès des usagers, ils constituent des personnes ressources et contribuent à alimenter la réflexion sur la souffrance psychique au sein de l'équipe.

Sur 27 permanences, un climat ou des actes de violence ont été notés. Des sessions de formation ont été organisées pour nos équipes afin de tenter d'éviter ces tensions et d'avoir des éléments de compréhension pour les gérer quand elles surgissent.

Objectif 3 : Prévenir et réduire les conduites à risque et renforcer les connaissances des usagers en matière de prévention primaire et secondaire

Transfert progressif du programme d'échange de seringues à Ruptures (CAARUD)

Rappel historique

L'expression "Réduction des risques et des dommages" vient de l'anglais *harm reduction*. A l'origine, l'objectif de la Réduction des Risques était de limiter la contamination par des virus (VIH, virus des hépatites B et C) chez les injecteurs de drogues. Très vite, il est apparu que cet objectif devait s'insérer dans un dispositif sanitaire plus large touchant à la santé des usagers de drogue. La Réduction des risques part du postulat qu'un monde sans drogue n'existe pas. Dès lors, l'action de Réduction des risques se doit de prendre en compte les différences de dommages liés aux drogues selon les produits, les personnes et leur environnement de façon pragmatique.

Réduire les risques, consiste à :

- limiter les risques infectieux et sanitaires ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à l'usage des drogues.
- aider à gérer et/ou limiter voire éviter la consommation abusive, nocive et provoquant la dépendance de substances psycho-actives, licites ou illicites (ce qui constitue une condition aggravante) ainsi que les pratiques à risques.

Médecins du Monde a joué un rôle important dans les grandes étapes de la réduction des risques:

- 1987, Médecins du Monde ouvre un centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH en France : 20 % des personnes qui viennent se faire dépister sont des toxicomanes.
- 1989 : Médecins du Monde ouvre le premier programme d'échange de seringues français (PES) qui sera suivi, quelques années plus tard, par d'autres programmes à Strasbourg (1993), Lyon (1993)...
- 1994 : MdM ouvre un centre méthadone à Paris, puis à Bayonne, Strasbourg et Marseille.
- 1995 : publication d'une circulaire autorisant l'échange de seringues dans la rue, les 10 PES mis en place par Médecins du Monde sortent de l'illégalité.
- 1997 : suite au constat du comportement spécifique des usagers de drogues de synthèse, Médecins du Monde décide d'initier une action dans les raves.
- 1998 : les centres méthadone sont progressivement transférés à l'Etat.
- 1998 : MdM crée à Paris le premier programme expérimental de méthadone « bas seuil ».
- 2004 : le travail de lobbying de plusieurs associations (AIDES, MdM...) a permis l'appropriation de la RDR dans les politiques de santé publique. Ainsi, les CAARUD¹ créés par la loi de 2004 et financés par les pouvoirs publics, prennent petit à petit le relais sur les programmes d'échange de seringues (PES) de MdM qui se repositionne sur d'autres activités de RDR (analyse de drogues, Education aux Risques Liées à l'Injection, etc.).

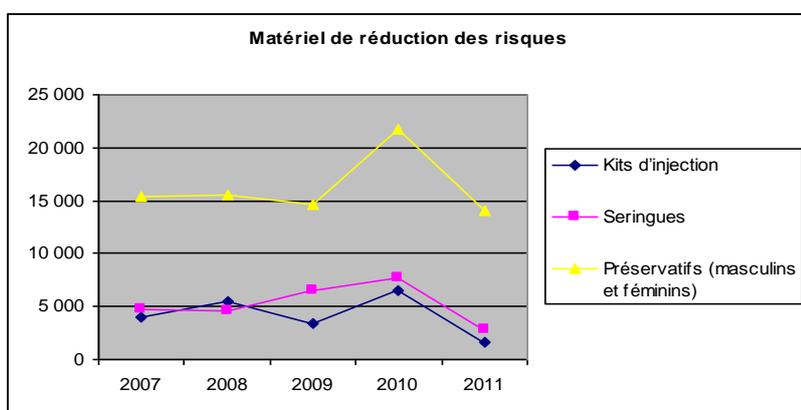
Le passage de relais à Ruptures

Sur Lyon, l'intérêt du bus pour les usagers de drogue consistait dans le fait qu'il couvrait une **plage horaire** pendant laquelle aucun autre organisme de réduction des risques n'était ouvert. Ensuite, le bus, stationné **dans la rue**, permettait un contact avec des usagers qui ne sont pas toujours prêts à franchir le seuil d'un CAARUD. Ainsi, le PES a continué à être mis en œuvre par MdM principalement le dimanche soir, jusqu'en juillet 2011.

¹ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue

Le rapprochement avec l'association Ruptures nous a conduits à repenser notre PES et à envisager son transfert. Une convention de partenariat s'est établie entre MdM et Ruptures fin 2009, officialisant pour une première période de 6 mois la **participation des salariés de Ruptures au bus du dimanche soir**. Le bilan de ce partenariat sur le bus a été positif pour les deux partenaires : pour Ruptures, l'accès à un « autre » public, pas forcément présent sur les permanences de semaine dans des locaux fixes, un accueil bas seuil facilitant l'accès à la RDR, et pour MdM, le travail avec des équipes spécialisées dans ce public et qui effectuent un suivi des personnes. La suite logique était la continuation du partenariat dans une optique de transfert du PES, qui s'est effectué progressivement courant 2011. Au 1^{er} juillet 2011, les permanences du dimanche soir ont été reprises par Ruptures. MdM prête son ancien véhicule à Ruptures pour cette permanence.

L'activité de RdR pendant le transfert



391 contacts ont été réalisés avec des usagers de drogue sur le bus (864 en 2010).

Le matériel de RdR est distribué avec des informations et messages de prévention en fonction des demandes des usagers et de la spécialité de l'intervenant.

Perspectives

Nous souhaitons **renforcer la prévention pour les usagers du bus** sur des thématiques comme le VIH, la tuberculose, etc. Par ailleurs, nous continuons à distribuer des préservatifs, ainsi que des jetons RDR (qui permettent de s'approvisionner en stéribox dans des automates).

La réduction des risques auprès des usagers de drogue a largement contribué à juguler l'extension du virus du sida dans les années 90. Aujourd'hui, on constate une progression de la prévalence du Virus de l'Hépatite C nécessitant une politique de réduction des risques concertée et appliquée par les différents acteurs. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, en France, les données disponibles depuis les années 1980 montrent des taux estimés de prévalence au VHC très élevés chez les injecteurs, entre 40 et 65 % selon les enquêtes. Aussi, **nous réfléchissons à Lyon à la mise en place d'un programme novateur pour poursuivre l'engagement de notre Association auprès des publics usagers de drogue.**

Objectif 4 : Renforcer le travail en réseau et témoigner des situations vécues par les usagers du Bus, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales

De nombreuses associations interviennent sur la place Carnot pour venir en aide aux personnes ou sillonnent les rues lors de maraudes. Ainsi tout au long de l'année, jusqu'à 5 ou 6 associations interviennent de façon pérenne sur le même espace : l'Armée du Salut pour la soupe de nuit (6 mois sur 12), Vestibus pour la distribution de vêtements, Ensemble pour un repas pour la distribution de repas chauds, la Croix rouge pour des maraudes, ESPOIR pour de l'écoute...

En 2011, en dehors de la collaboration quotidienne, 5 réunions de partage de pratiques ont pu être réalisées. Ces temps nous ont permis de mieux accorder nos interventions à travers l'utilisation d'outils, mais également de prendre des positions communes.

Un travail de coordination et de réflexion avec le CCAS de la ville a pu commencer à se mettre en place. Des problématiques urgentes ont été mises en lumière comme le manque d'hébergement, l'orientation des publics migrants vers des structures adaptées, la nécessité d'un lieu fermé de distribution alimentaire... Des propositions ont pu être envisagées pour tenter d'y faire face.

Données financières du bus

Rapport financier

I - DEPENSES	Révisé BP2011	Réalisé 2011
ACHATS	23 820 €	15 111 €
Mobilier, agencement	5 000 €	5 755 €
Carburants, combustibles	400 €	256 €
EDF-GDF	1 000 €	683 €
Produits pharmaceutiques-consommables	8 000 €	4 410 €
Matériel médical	7 000 €	1 455 €
Fournitures entretien et petit équipement	420 €	1 793 €
Fournitures administratives	300 €	307 €
Petit matériel de bureau	100 €	22 €
Aides diverses aux patients	800 €	428 €
Aide hébergement patients	800 €	0 €
SERVICES EXTERIEURS	12 017 €	11 386 €
Sous-traitance photocopies	200 €	0 €
Crédit Bail		132 €
Location immobilières hors parking (bâtiment)	6 400 €	5 881 €
Charges locatives	900 €	513 €
Location mobilière hors matériel bureau (véhicules)	830 €	476 €
Entretien locaux	1 000 €	1 034 €
Entretien véhicule	1 500 €	1 692 €
Entretien matériel chirurgical +informatique	80 €	26 €
Maintenance (photocopieuse, téléph,...)	450 €	438 €
Assurances locaux + responsabilité civile	62 €	80 €
Assurance véhicules	445 €	965 €
Documentation générale	150 €	149 €
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	4 900 €	2 529 €
Honoraires (traduction, formation ...)	1 000 €	70 €
Informations, publications	100 €	25 €
Voyages / déplacements	300 €	0 €
Frais bénévolat	550 €	520 €
Frais de mission	1 000 €	554 €
Transport marchandises	400 €	0 €
Coursiers		0 €
Affranchissement	300 €	362 €
Téléphone / Fax / Internet	1 150 €	936 €
Frais bancaires		3 €
Cotisations	100 €	60 €
Sous total fonctionnement	48 137 €	29 710 €
IMPOTS ET TAXES	3 158 €	3 951 €
Taxes sur salaires	2 758 €	3 267 €
Formations salariés		339 €
Taxe foncière	400 €	346 €
Carte grise		0 €
CHARGES PERSONNEL	48 000 €	51 072 €
Salaires	31 000 €	33 974 €
Charges sociales	15 000 €	17 098 €
Indemnités de stage	2 000 €	0 €
Sous total personnel	48 758 €	54 339 €
Dotations aux amortissements	5 000 €	0 €
TOTAL DEPENSES	96 895 €	84 049 €
II - RECETTES	Révisé BP2011	Accordées
ARS	10 000 €	10 000 €
Conseil général	3 000 €	3 000 €
CUCS	4 250 €	4 250 €
ACSE	15 000 €	15 000 €
Dons affectés	300 €	876 €
Abandon frais bénévolat	758 €	2 188 €
		494 €
TOTAL RECETTES	32 550 €	35 808 €
Fonds privés Médecins du Monde	64 345 €	48 241 €
TOTAL	96 895 €	84 049 €

Budget prévisionnel 2012

I - DEPENSES	BP2012
ACHATS	8 895 €
Mobilier, agencement	0 €
Carburants, combustibles	600 €
EDF-GDF	945 €
Produits pharmaceutiques-consommables	4 400 €
Matériel médical	700 €
Fournitures entretien et petit équipement	800 €
Fournitures administratives	350 €
Petit matériel de bureau	100 €
Aides diverses aux patients	500 €
Aide hébergement patients	500 €
SERVICES EXTERIEURS	11 400 €
Sous-traitance photocopies	150 €
Crédit Bail	135 €
Location immobilières hors parking (bâtiment)	6 000 €
Charges locatives	490 €
Location mobilière hors matériel bureau (véhicules)	770 €
Location immobilière garages et parkings	
Location mobilière - matériel de bureau	
Entretien locaux	1 050 €
Entretien véhicule	1 500 €
Entretien matériel chirurgical +informatique	105 €
Maintenance (photocopieuse, téléph,...)	400 €
Assurances locaux + responsabilité civile	100 €
Assurance véhicules	550 €
Documentation générale	150 €
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	8 475 €
Honoraires (traduction, formation ...)	4 000 €
Formation feu	60 €
Informations, publications	100 €
Voyages / déplacements	150 €
Frais bénévolat	350 €
Frais de mission	2 400 €
Transport marchandises	0 €
Coursiers	
Affranchissement	900 €
Téléphone / Fax / Internet	415 €
Frais bancaires	0 €
Cotisations	100 €
Sous total fonctionnement	29 160 €
IMPOTS ET TAXES	3 433 €
Taxes sur salaires	3 043 €
Formations salariés	
Taxe foncière	390 €
Carte grise	
CHARGES PERSONNEL	45 134 €
Salaires	30 423 €
Charges sociales	14 711 €
Indemnités de stage	
Sous total personnel	48 176 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES	0 €
Amendes et pénalités	
Dotations aux amortissements	
TOTAL DEPENSES	77 336 €

II - RECETTES	BP2012
ARS	10 000 €
Conseil général	3 000 €
CUCS	4 250 €
ACSE	15 000 €
Dons affectés	
TOTAL RECETTES	32 250 €
Fonds privés Médecins du Monde	45 086 €
TOTAL	77 336 €

LES SQUATS ET BIDONVILLES

Introduction

Contexte lyonnais

Suite aux nombreuses expulsions, les squats et bidonvilles où vivent près de 900 Roms sur l'agglomération lyonnaise sont **de plus en plus cachés, éclatés**, et leur accès de plus en plus difficile. La discrimination vécue par ces populations, leurs conditions de vie obligent les équipes de MdM à être en permanence dans des logiques d'urgence peu productrices en termes de suivi de santé.

Depuis 2010, la **suspension des expulsions de terrains par le Préfet du Rhône pendant la période hivernale** a permis d'entamer un travail au moyen cours sur certains terrains : ouvertures de droits, vaccinations, etc. Cette diminution des expulsions en période hivernale est contrebalancée par le fait que les expulsions redoublent dès la fin de l'hiver et par le fait que depuis 2010, **les Roms font plus systématiquement l'objet d'OQTF**. Ces OQTF sont souvent distribuées directement sur les terrains sur le motif de la 'charge déraisonnable pour l'Etat français' (que les personnes soient ou non là depuis plus de 3 mois). Elles sont associées à des propositions de retours humanitaires ou volontaires par l'OFII, et à des départs groupés vers la Roumanie qui viennent gonfler les chiffres du Ministère de l'Intérieur et inscrivent un peu plus les personnes dans des voyages pendulaires entre la France et la Roumanie.

Fin 2011, deux personnes privées ayant accueilli des Roms suite à des expulsions, ont pris l'initiative de solliciter la préfecture. Celle-ci a mandaté l'association **Forum Réfugiés** pour prendre en charge les 90 personnes concernées. Il s'agit d'un **projet pilote financé par des fonds européens et qui prévoit une prise en charge globale des personnes sur deux ans, dans une optique d'insertion**. Cette prise en charge, qui a débuté en fin d'année 2011, comprend l'hébergement en appartement, la remise de titre de séjour (donc CMU), des cours de français, le droit au travail, la scolarisation des enfants. Le lien avec les structures qui assuraient le suivi des personnes jusqu'alors, dont MdM, s'est fait bien tardivement. Nous suivons avec attention ce projet.

Sur les aspects santé, le « **protocole bidonvilles** » mis en place en 2005 a pour but « d'assurer une meilleure prise en charge et agir en prévention des risques (mise en place de points d'eau, ramassage des ordures, organisation de campagnes de vaccination, suivi de grossesse...) sur les terrains. Il regroupe différents acteurs (MdM, PMI-CG, Ville de Lyon, CDHS, etc.) sous l'égide de la Direction Départementale de la cohésion sociale (ex DDASS) et de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette initiative a permis de mettre en œuvre des cadres de collaboration sur quelques bidonvilles de grande ampleur (ex : bidonville de la soie en 2006). Pendant l'été 2011, lors des quelques jours de forte chaleur, le protocole a permis la distribution de bouteilles d'eau sur les terrains. Depuis plusieurs années, nous sollicitons systématiquement la mise en place d'un point d'eau et le ramassage des ordures sur tous les terrains nouveaux, le plus souvent sans succès.

Présentation de l'activité

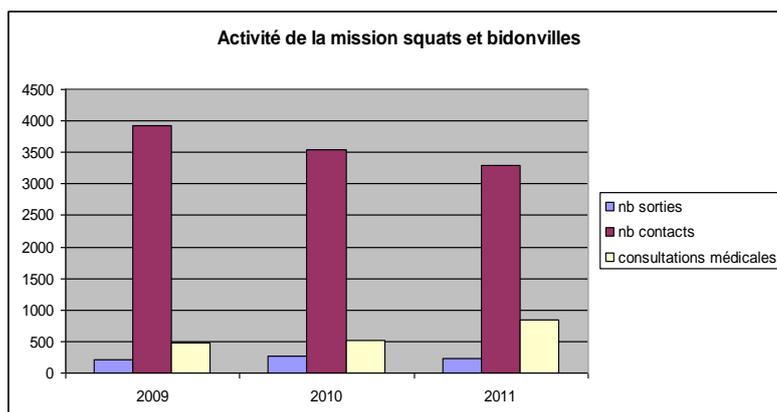


Nos équipes médico-sociales se déplacent sur les squats pour assurer une veille sanitaire, en orientant et accompagnant les personnes vers les structures adéquates. Une équipe est composée d'un médecin et d'un infirmier, avec si possible, la présence d'un interprète et du travailleur social. Dans la mesure du possible c'est la même équipe qui se rend sur un terrain afin d'établir un lien de confiance avec ses habitants. Les équipes remplissent à chaque sortie un document récapitulant les actions entreprises.

En 2011, nous avons suivi des personnes sur **35 sites différents** (35 sites en 2010, 43 en 2009).

Nous avons réalisé **223 sorties** en 2011 (207 en 2010, 270 en 2009) pour **3301 contacts établis** pendant l'année (3534 en 2010). En 2011, malgré une augmentation du nombre de sorties, nous avons vu moins de personnes qu'en 2010, ce qui confirme la **dispersion des lieux de vie**.

Le nombre de personnes rencontrées est estimé à 900.



Liste des lieux en 2011 :

Lieu	Squat/ bidonville/ terrain	Lieu	Squat/ bidonville/ terrain
Albigny	S	Pierre Bénite	S
Bron - HFME	B	Pierre Bénite - Ampère Voltaire	S
Bron - route de Genas	S	St Fons - rue Parmentier	S
Bron - rue Violot	B	St Fons - rue Salomon	B
La Mulatière	S	St Fons - chemin de St Gobain	B
Lyon 3^{ème} - rue Paul Bert	S	Vaulx en Velin - Catupolan Marius Grosso	S
Lyon 7^{ème} - rue St Jean de Dieu	T	Vénissieux - maison	S
Lyon 7^{ème} - rue Montesquieu	S	Vénissieux - crs de la république	T
Lyon 7^{ème} - rue Delessert	B	Vénissieux - Scampi	S
Lyon 7^{ème} - rue Pasteur	S	Vénissieux - rue Oradour sur Glane	S
Lyon 7^{ème} - Eglise de Gerland	Autre	Villeurbanne - crs Emile Zola	S
Lyon 7^{ème} - Surville	B	Villeurbanne - rue Léon Blum	S
Lyon 8^{ème} - Butte Viviani	T	Villeurbanne - rue Jean Viollot	S
Lyon 8^{ème} - route de Vienne	B	Villeurbanne - La Feyssine	B
Lyon 9^{ème} - rue de la Claire	S	Villeurbanne - Maisons neuves	S
Lyon 9^{ème} - rue Saint Simon	S	Villeurbanne - rue Roger Salengro	B
Oullins - La saulaie	B	Villeurbanne - rue Pothier	B
Oullins - Ecole Jean Jaurès	S		

B - pour bidonville - **S** - pour squat en dur - **T** - pour terrain (avec caravanes)

Pour les lieux surlignés en gris, plus de 10 visites ont été faites.

Personnes rencontrées

99,2% des personnes rencontrées sont de nationalité roumaine (chiffre en augmentation par rapport aux années précédentes), 0,4% sont de Macédoine, 0,4% du Kosovo et moins de 0,1% de Serbie.

56,7% des personnes rencontrées sont des femmes (pourcentage en légère diminution par rapport aux années précédentes).

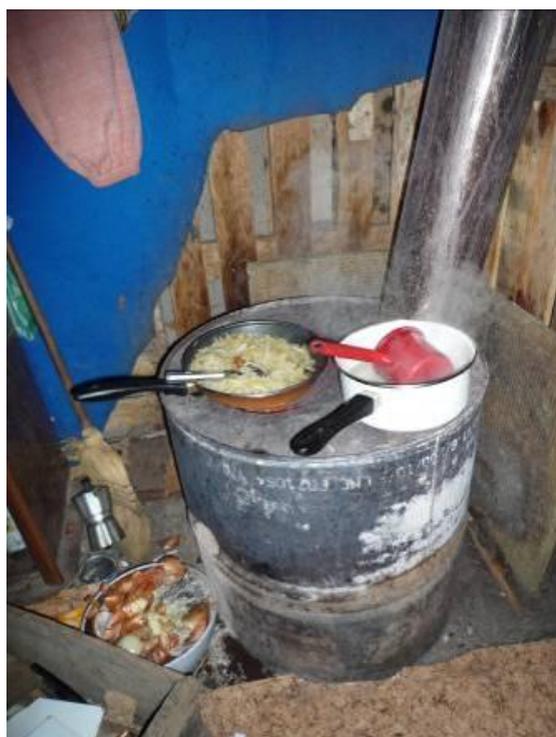
En 2011, **43% des personnes suivies par MDM dans le cadre de la mission squats bidonvilles sont des mineurs et 20% ont moins de 4 ans**. L'âge moyen est de 23 ans pour les femmes et 21 ans pour les hommes.



49,5 % des personnes rencontrées vivent en squat en dur (66% en 2010), tandis que près de 4,5% habitent dans des caravanes sur des terrains. Enfin, 46% vivent dans des bidonvilles (36% en 2010), c'est à dire dans des abris de fortune fabriqués avec du matériel de récupération. La diminution du nombre de personnes vivant en squats et l'augmentation de celles vivant en bidonvilles dénote une précarisation grandissante. Le plus souvent, ces habitats précaires n'offrent pas les conditions minimales d'hygiène : pas d'accès à l'eau, pas d'électricité, pas de toilettes. Le ramassage des ordures pose également problème. Ces lieux de

vie sont dangereux pour la santé (manque d'hygiène, pollution des sols, chauffage artisanaux et dangereux, etc.). En 2011, un incendie a ravagé le hangar de Vénissieux où vivaient une centaine de personnes ; après un hébergement très bref dans un gymnase, les personnes ont du trouver un nouvel abri de fortune ailleurs.

Une extraction spécifique des dossiers médico-sociaux de **patients roumains reçus au CASO** en 2011 a été réalisée afin d'avoir une estimation plus précise du profil de ces patients. Il convient de signaler que cette extraction englobe les personnes s'étant rendues au CASO donc, a priori, avec une problématique de santé déclarée (485 dossiers sociaux et 925 consultations médicales représentant 24% des consultations médicales du CASO). Il convient de souligner **l'extrême précarité** dans laquelle se trouvent ces populations puisque 73% d'entre elles vivent avec moins de 100 euros par mois et 91% avec moins de 400 euros par mois. 91% des patients reçus n'exerçait aucune activité professionnelle et vivaient de l'argent récolté en mendiant ou en se « débrouillant ».



Objectif 1 : Prévenir les risques liés à un retard dans l'accès aux soins, et favoriser l'accès aux droits et aux soins

Le soin

En 2011, le nombre de diagnostics médicaux s'élève à 850 (552 en 2010). 300 conseils en prévention ont été réalisés.

Les principales pathologies identifiées sont les suivantes :

Pathologie	%
ORL	25,9
Infectieux non classé ailleurs	16,1
Gynéco – obstétrique	14
Dermato	13,8
Ostéoarticulaire	7,8
Gastro – entérologie	6,9
Dentaire/stomato	6,9
Neurologie	5.2

NB : une même personne peut avoir plusieurs pathologies.

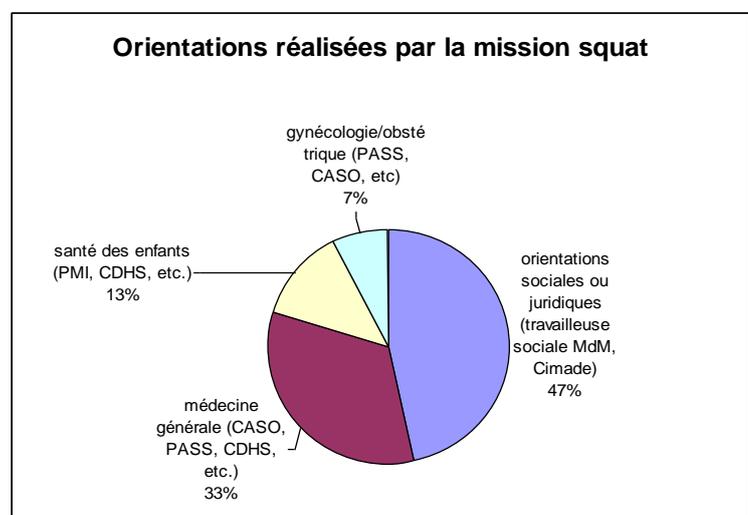
Il s'agit dans 46% des cas de pathologies liées aux conditions de vie.

Les diagnostics médicaux ont débouché sur la remise du traitement 'in situ' dans 453 cas (309 en 2010). Le traitement n'est pas remis ou partiellement remis pour les personnes disposant d'une couverture médicale, pour lesquelles nous rédigeons une prescription médicale.

Les consultations sont réalisées à l'extérieur ou dans les habitats de fortune des personnes. Aussi, lorsqu'un examen plus poussé est nécessaire, une orientation est proposée, souvent vers le CASO, la PASS ou le dispensaire de Sévigné. Ainsi, 925 orientations ont pu être réalisées (1017 en 2010).

L'orientation

Les visites sur les squats et bidonvilles ont pour objectif d'accompagner les personnes vers les services de droit commun pour une prise en charge adaptée à leurs besoins. Ainsi, sur les 1751 entretiens menés au cours de l'année, 925 orientations ont été réalisées. L'orientation proposée dépend notamment de la couverture sociale de la personne. 29 accompagnements physiques ont été réalisés en vue de faciliter ces orientations.



L'ouverture des droits à une couverture maladie

Parmi les populations Roms rencontrées sur les squats **64,9%** n'ont pas de couverture maladie (48% en 2010, 69% en 2009) soit parce qu'elles ne pouvaient y prétendre (présence en France inférieure à 3 mois, ou impossible à prouver, domiciliation...), soit parce qu'elles n'ont pas fait valoir leurs droits, faute d'informations. Cette augmentation importante est due notamment à la réforme de l'AME et au droit d'entrée de 30 euros par adulte et par an, ainsi qu'aux allers et retours qu'induisent les OQTF qui sont distribuées aux personnes.



La travailleuse sociale qui se rend sur les terrains oriente les personnes qui ont des droits à une couverture médicale vers le centre de soins. Au CASO, le **travail effectué par les travailleurs sociaux** est essentiel : Les démarches d'ouverture de droit à une couverture maladie constituent un des objectifs de l'action de MdM sur les bidonvilles. Elles nécessitent souvent du temps :

- pour expliquer l'importance d'une telle démarche, notamment lorsqu'elle est faite à titre préventif, sans besoin de soins immédiats,
- pour rassembler les documents nécessaires, la vie sur les bidonvilles ne favorisant pas la conservation des papiers, souvent perdus, ou détruits lors des expulsions, et obtenir ceux manquants au pays est bien souvent une gageure.

Comme mentionné plus haut, les démarches auprès de la CPAM sont complexes et les retours de dossiers nombreux, souvent sans fondement. Cela conduit à complexifier **l'ouverture des droits et l'accès aux soins dans le système de droit commun**. De même, le paiement des 30 euros pose souvent problème : ainsi, il arrive que dans une famille, un choix soit fait pour qu'une seule personne bénéficie de la couverture médicale, à défaut de pouvoir payer pour tous les adultes (voir dans la partie 'Contexte' pour plus de précisions).

En 2011, nous avons demandé aux personnes roumaines venant au CASO quels avaient été pour elles les **principaux obstacles à l'accès et à la continuité des soins** :

- 38.1 % à cause de la barrière linguistique.
- 29.9% par méconnaissance des droits et des structures.
- 28,8% car n'ayant pu apporter la preuve des trois mois de présence sur le territoire (condition nécessaire à l'ouverture d'AME).

Enfin, un **accompagnement spécifique** pour 4 jeunes avec des pathologies lourdes ou chroniques (handicap, VIH, etc.) a été réalisé, et ce afin d'assurer la scolarisation, le suivi de santé, l'accueil en centre médicalisé, etc.

Objectif 2 : Participer à la prévention périnatale pour les femmes en grande précarité, n'ouvrant pas droit à une couverture maladie

59% des personnes rencontrées sur les squats sont des femmes. **69 orientations ont été réalisées en 2011 sur les squats vers un service de gynécologie ou d'obstétrique.** Ces femmes, souvent très jeunes et parfois mineures, ont été repérées sur les terrains par les équipes de Médecins du Monde et orientées vers la PASS ou le CASO. Par ailleurs, comme indiqué dans la partie CASO, les populations Roms représentent la plus grande part des consultations gynécologiques et sages femmes.

Les pathologies gynéco-obstétriques ont fait l'objet d'un suivi particulier du fait de la très grande jeunesse des primipares, en lien avec les consultations gynécologiques et les consultations des sages-femmes du CASO. Si l'on fait une extraction des données des femmes reçues en consultation gynécologique, 30% sont roumaines. Ce chiffre reste stable par rapport aux années précédentes.

Afin d'affiner l'analyse, nous avons extrait tous les dossiers de femmes Roms roumaines s'étant rendues au CASO (35 au total) pour une consultation gynécologique. 23% des patientes venues consulter avait moins de 19 ans. La patiente la plus jeune avait 15 ans, la plus âgée 39 ans. Leurs demandes étaient les suivantes :

- 28,5% des résultats de consultations étaient liés à des **questions de grossesse et d'accouchement.**
- 47% étaient liées à des questions **spécifiques de contraception.** C'est un résultat plutôt positif au vu des préoccupations des équipes mobiles quant à l'importance d'aborder ces sujets auprès des femmes Roms suivies. Là encore, les orientations vers les CPEF sont cruciales.

Un important travail a été mené auprès des professionnels concernés (CPEF, hôpitaux, etc.) qui prennent de mieux en mieux en charge les suivis de grossesse, les IVG et la contraception des femmes vivant en squats et bidonvilles. Pour les suivis de grossesse, un lien est fait avec la **PASS de l'Hôpital Edouard Herriot** qui s'occupe d'organiser le parcours de soins des femmes enceintes en milieu hospitalier. Comme mentionné plus haut, les femmes ayant accouché se voient plus systématiquement proposé un mode de contraception à leur sortie de la maternité, ce qui est le fruit d'un travail de sensibilisation.

Objectif 3 : Favoriser la prévention notamment par la vaccination des enfants

La vaccination

Une faible couverture vaccinale fait courir le risque d'épidémies de maladies à prévention vaccinale telles que la rougeole, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche et la tuberculose. L'année 2011 a été marquée par l'**épidémie de rougeole**. Du fait de leurs conditions de vie, d'une mobilité importante liée aux expulsions et des difficultés d'accessibilité aux soins, les populations Roms sont, selon l'INVS, un public prioritaire. La vaccination est de ce fait une urgence sanitaire.

En 2011, Médecins du Monde a souhaité mettre en place une **enquête spécifique auprès des familles Roms rencontrées par les équipes au niveau national** afin d'évaluer aussi précisément que possible leur couverture vaccinale, pour tous les vaccins obligatoires ou recommandés, notamment le ROR et le BCG, dans le contexte d'épidémie de rougeole en population générale et de recrudescence de la tuberculose. Les constats sont les suivants :

- 92 % des personnes rencontrées déclarent avoir été vaccinés mais sans savoir contre quoi, ni si les rappels ont été effectués.
- Les intervenants de MdM ont estimé que le calendrier vaccinal était à jour pour 25% d'entre elles.
- Seuls 8% des personnes interrogées ont un carnet de santé confirmant que leurs vaccins sont à jour.
- La quasi-totalité des personnes interrogées (91%) accepteraient une mise à jour des vaccinations pour elle-même ou pour leurs enfants, mais 42% ne savent pas où aller pour se faire vacciner.

Pour les enfants de moins de 6 ans, la vaccination est du ressort des PMI. A Lyon, 43% des personnes contactées sur les squats sont mineures et 25% ont moins de 6 ans. Il est à noter que le lien avec les PMI est complexe. En effet les PMI étant sectorisées, les expulsions permanentes rendent difficiles le suivi. En 2011, **87 orientations vers les PMI ont été réalisées**. L'année a été marquée par un renforcement du partenariat avec les PMI, qui se déplacent de plus en plus sur les terrains notamment en vue de la vaccination des enfants de moins de 6 ans.



Pour les enfants de plus de 6 ans et les adultes, c'est le **CDHS** qui assure la vaccination. 14 orientations ont été réalisées vers cette structure en 2011.

Des **campagnes de vaccination** (coqueluche, diphtérie, tétanos, poliomyélite, influenza, rougeole, oreillons, rubéole, etc.) ont été organisées sur **2 terrains (en partenariat avec la PMI et le CDHS)** :

- o Saint Jean de Dieu : 23 personnes vaccinées en mars 2011.
- o Route de Vienne : en avril 2011, 11 personnes ont pu être vaccinées sur ce terrain.

Une **suspicion de tuberculose** a mobilisé conjointement les équipes de MdM et du CDHS au mois de décembre. Finalement il ne s'agissait pas d'une tuberculose.

Travail sur le saturnisme

Le saturnisme correspond à une intoxication aiguë ou chronique par le plomb. Il est ainsi appelé en référence à la planète Saturne, symbole du plomb en alchimie. Chez l'homme, le seuil légal de danger ou quantité maximale tolérée est en France de 100 µg de plomb par litre de sang, mais des auteurs estiment que des effets sur le cerveau et la cognition apparaissent avant ce taux ou quelle que soit la dose. Le jeune enfant, le fœtus et l'embryon y sont beaucoup plus sensibles que l'adulte. Le plomb induit des troubles systémiques qui, selon leur gravité et le moment de l'intoxication, seront réversibles (anémie, troubles digestifs...) ou irréversibles et éventuellement fatals (atteinte du système nerveux, troubles neuromoteurs), stérilité, cancers, hypertension, puis encéphalopathie et paralysie conduisant à la mort). Chez l'enfant, il cause des effets graves et irréversibles sur l'organisme, notamment un retard mental.

Plusieurs études menées en France ont mis en évidence les risques d'exposition chez la population Rom, contamination souvent aggravée par des conditions de vie très précaires (sols pollués sur des anciens sites industriels, peintures au plomb dans des anciens bâtiments, etc.). **La politique de lutte contre le saturnisme infantile est régie par un cadre juridique strict.**

Le dispositif de surveillance des plombémies s'appuie sur les laboratoires d'analyses médicales et les centres antipoison et le dispositif de déclaration obligatoire des cas de saturnisme s'appuie sur les médecins prescripteurs et les ARS.

Les consultations, les prélèvements et les analyses (plombémies) sont prises en charge à 100% par les caisses primaires d'assurances maladies.

Selon le guide du dépistage et de la prise en charge de l'intoxication par le plomb de l'enfant et la femme enceinte (ministère de la Santé et des Solidarités 2006), dans le cadre de l'évaluation de l'exposition au plomb, le médecin prescrira une plombémie si au moins une des réponses est positive :

- si l'enfant habite un lieu proche d'un site industriel à risque en activité ou non,
- si les parents exercent une activité professionnelle à risque y compris de récupération,
- si l'enfant habite un bâtiment insalubre construit avant le 01/01/1949,
- si l'enfant est arrivé récemment en France (exposition potentielle dans le pays d'origine).

En 2011, les actions menées à Lyon ont été les suivantes :

- o Identification par MdM de 15 squats et bidonvilles potentiellement contaminés.
- o Recensement de la population exposée au plomb, puis des enfants de moins de 6 ans et des femmes enceintes : 75 enfants et 14 femmes enceintes identifiés.
- o Information et mobilisation des acteurs : PMI, ARS, CPAM, Conseil Général, ALPIL, etc.
- o Dépistage de 26 personnes en juin 2010 : 2 femmes enceintes et 24 enfants, tous issus du terrain de Paul Bert.

Les résultats des plombémies ont été les suivants :

- **2 enfants** présentaient une plombémie au dessus de 100.
- **19 enfants** présentaient une plombémie entre 50 et 100, avec une moyenne de 70. Comme le précise l'Inserm et l'INVS dans l'expertise opérationnelle « Saturnisme, quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? (2008) », *les études les plus récentes issues de la littérature internationale tendent à conclure qu'il n'y a pas d'effet seuil net et que des effets néfastes sont possibles pour des plombémies inférieures à 100, notamment sur le développement cognitif et psychomoteur du jeune enfant.*
- **Enfin, 4 personnes** avaient des plombémies inférieures à 50. Il s'agissait des personnes les moins jeunes : 2 femmes enceintes et enfants ayant plus de 10 ans.
- 1 analyse n'a pu être réalisée par le laboratoire pour des raisons techniques.

Un rendu des résultats a été effectué auprès des familles le 21 juillet 2010 sur le terrain. Un suivi médical a été mis en place avec grande difficulté pour les deux enfants présentant des plombémies supérieures à 100. L'expulsion du terrain a complexifié encore ce suivi médical. En 2011, le suivi des deux enfants présentant une plombémie anormalement élevée a été assurée par la PMI concernée.

Objectif 4 : Evaluer et témoigner des obstacles à l'accès aux soins, afin de faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales et d'améliorer les dispositifs et réglementations existants

Plus de la moitié des problèmes de santé répertoriés est liée aux mauvaises conditions de vie. Des solutions d'aménagement de terrain avec mise en place de points d'eau, de toilettes permettraient ainsi de résorber ces problèmes. Cependant les expulsions permanentes et le manque d'accord politique et/ou de moyens sur la question des expulsions/relogement empêchent de développer ces alternatives.

Alertes institutionnelles dans le cadre du protocole bidonvilles

Au niveau institutionnel et dans le cadre du protocole bidonville cité dans la partie contextuelle de ce rapport, Mdm a réalisé **11 interpellations** par lettre, fax, emails aux communes, DDCS, ARS, Conseil Général:

- **9 pour la mise en place de bacs à ordures, système d'eau :**
 - o **3 ont abouti** (mise en place d'un ramassage des déchets route de Vienne, St Jean de Dieu et Viviani).
 - o **6 n'ont pas abouti.**
- **3 interpellations pour demande de mise à l'abri pour raisons de santé :**
 - o 1 situation individuelle, 2 interpellations groupées suite à des incendies/expulsions de terrain),
 - o **Des prises en charge à court terme** ont été réalisées suite à ces interpellations.

Interpellation de l'opinion publique au travers d'actions médiatiques

Ont été réalisés :

- Plusieurs prises de parole in situ lors d'expulsions,
- De nombreuses parutions dans la presse citant le travail de Mdm.

Mdm a alerté à de nombreuses reprises les institutions publiques sur des situations pouvant constituer des obstacles graves à l'hygiène et aux soins :

- o Mdm demande la **fin des expulsions sans solution de relogement** particulièrement pour les femmes, les enfants et les personnes malades, condition essentielle pour assurer un suivi médical.
- o Nous demandons **l'installation d'un point d'eau et d'un système de ramassage des ordures** pour tous les terrains qui en sont dépourvus.

Données financières des squats et bidonvilles

Rapport financier 2011

I - DEPENSES	Révisé BP2011	Réalisé 2011
ACHATS	4 320 €	1 932 €
EDF-GDF eau	1 000 €	683 €
Produits pharmaceutiques-consommables	500 €	4 €
Matériel médical	150 €	0 €
Fournitures entretien et petit équipement	270 €	0 €
Fournitures administratives	300 €	440 €
Petit matériel de bureau	100 €	462 €
Aides diverses aux patients	1 000 €	343 €
Aide hébergement patients	1 000 €	0 €
SERVICES EXTERIEURS	9 227 €	8 414 €
Sous-traitance photocopies	150 €	0 €
Crédit Bail		132 €
Location immobilières hors parking (bâtiment)	6 400 €	5 881 €
Charges locatives	900 €	513 €
Location mobilière hors matériel bureau (véhicules)	0 €	65 €
Entretien locaux	1 000 €	1 034 €
Entretien véhicule	0 €	30 €
Entretien matériel chirurgical +informatique	80 €	26 €
Maintenance (photocopieuse, téléph,...)	450 €	416 €
Assurances locaux + responsabilité civile	62 €	80 €
Assurance véhicules	35 €	35 €
Documentation générale	150 €	201 €
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	9 350 €	8 649 €
Honoraires (traduction, formation ...)	1 000 €	70 €
Formation feu		0 €
Informations, publications	100 €	0 €
Voyages / déplacements	250 €	271 €
Frais bénévolat	3 050 €	2 921 €
Frais de mission	3 000 €	3 900 €
Transport marchandises	400 €	0 €
Coursiers		0 €
Affranchissement	300 €	23 €
Téléphone / Fax / Internet	1 150 €	1 463 €
Frais bancaires		0 €
Cotisations	100 €	0 €
Sous total fonctionnement	25 297 €	20 156 €
IMPOTS ET TAXES	3 158 €	3 874 €
Taxes sur salaires	2 758 €	3 189 €
Formation salariés		339 €
Taxe foncière	400 €	346 €
CHARGES PERSONNEL	48 000 €	54 204 €
Salaires	31 000 €	36 450 €
Charges sociales	15 000 €	16 939 €
Indemnités de stage	2 000 €	815 €
Sous total personnel	48 758 €	56 578 €
Dotations aux amortissements		
TOTAL DEPENSES	74 055 €	77 073 €
II - RECETTES (nom des organismes)	Révisé BP2011	Accordées
ARS	22 500 €	25 000 €
DDCS protocole bidonville	20 000 €	15 000 €
Conseil Général	2 000 €	2 000 €
CUCS	4 250 €	4 250 €
Abandon frais de bénévolat	2 050 €	2 396 €
TOTAL RECETTES	50 800 €	48 646 €
Fonds privés Médecins du Monde	23 255 €	28 427 €
TOTAL	74 055 €	77 073 €

Budget prévisionnel 2012

I - DEPENSES	BP2012
ACHATS	6550
Mobilier, agencement	
Carburants, combustibles	0
EDF-GDF eau	1000
Produits pharmaceutiques-consommables	500
Matériel médical	200
Fournitures entretien et petit équipement	200
Fournitures administratives	350
Petit matériel de bureau	100
Aides diverses aux patients	3600
Aide hébergement patients	600
SERVICES EXTERIEURS	8550
Sous-traitance photocopies	150
Crédit Bail	150
Location immobilières hors parking (bâtiment)	6000
Charges locatives	500
Location mobilière hors matériel bureau (véhicules)	
Location immobilière garages et parkings	0
Location mobilière - matériel de bureau	
Entretien locaux	1000
Entretien véhicule	0
Entretien matériel chirurgical +informatique	100
Maintenance (photocopieuse, téléph,...)	400
Assurances locaux + responsabilité civile	100
Assurance véhicules	0
Documentation générale	150
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	11560
Honoraires (traduction, formation ...)	2500
Formation feu	60
Informations, publications	100
Voyages / déplacements	200
Frais bénévolat	3100
Frais de mission	3700
Transport marchandises	0
Coursiers	
Affranchissement	300
Téléphone / Fax / Internet	1500
Frais bancaires	0
Cotisations	100
Sous total fonctionnement	27050
IMPOTS ET TAXES	3432,5
Taxes sur salaires	3042,5
Taxe foncière	390
Carte grise	
Taxe d'habitation	
CHARGES PERSONNEL	45133,5
Salaires	30423
Charges sociales	14710,5
Indemnités de stage	
Sous total personnel	48176
Dotations aux amortissements	
TOTAL DEPENSES	75226
II - RECETTES (nom des organismes)	BP2012
ARS	25000
DDCS protocole bidonville	10000
Conseil Général	3000
CUCS	4250
Abandon frais de bénévolat	
TOTAL RECETTES	42 250
Fonds privés Médecins du Monde	32 976
TOTAL	75 226

CONCLUSION

L'année 2011 voit se confirmer la restriction d'accès aux soins et aux droits pour les personnes en situation de grande précarité :

- Complexification des démarches administratives d'accès aux droits, notamment sur l'AME et le Droit au séjour des étrangers malades.
- Mise en place d'une politique musclée d'expulsions des étrangers sans papiers avec obligation de résultats chiffrés, instaurant un climat de peur chez ces populations et une entrave au recours aux soins.
- Difficulté croissante d'accès à l'hébergement d'urgence pour les personnes vivant à la rue dont familles et personnes malades.
- Climat de stigmatisation, notamment vis-à-vis des populations Roms.

Accepter la restriction du droit à l'accès aux soins pour les plus fragiles, au premier rang desquels, les étrangers et les plus pauvres, c'est permettre demain la remise en cause de notre système de sécurité sociale et de notre service public de la santé pour tous. Le droit fondamental à la santé pour tous et en particulier pour les plus précaires est ainsi remis en question. Notre responsabilité collective est de contribuer à ce que l'accès aux soins ne devienne pas un privilège.

REMERCIEMENTS

Partenariats sur les missions France de MdM à Lyon

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires qui ont rendu les actions de MdM possibles, et notamment :

- La CIMADE pour les questions juridiques et liées aux droits des étrangers. Nous leur adressons des personnes en situation administrative complexe et vice versa. Nous travaillons notamment sur la question des étrangers malades.
- L'ALPIL Sur les questions liées au logement, l'ALPIL est un acteur incontournable sur l'application de la loi DALO sur la ville de Lyon.
- CLASSES Association assurant la scolarisation des enfants Roms sur les squats, nous travaillons en lien avec cette association au sein du collectif Rom de Lyon.
- Ruptures, Pause diablo, Cabiria Associations de réduction des risques travaillant auprès des usagers de drogues et personnes se prostituant (pour Cabiria). Notre collaboration s'axe sur des orientations de personnes essentiellement rencontrées sur le bus.
- RESF (réseau éducation sans frontières) est une association travaillant à la promotion et défense des droits de l'homme auprès des jeunes sans papier. Depuis 2007, RESF effectue des permanences dans les locaux de MdM les mercredis.
- Réseau de médecins généralistes et les PASS vers lesquels nous orientons les patients.
- La Banque Alimentaire nous approvisionne sur la mission de rue.
- Le Laboratoire CBM 69 réalise gratuitement des analyses de laboratoire.
- Les Dr. Nadine Dessaigne, Dr. Claude Favre, Dr. Monique Marien, Dr. Liliane Micolon qui réalisent gracieusement les échographies de datation.

Equipes MdM

Les actions décrites dans ce rapport ont été rendues possibles par l'implication des équipes bénévoles et salariées de la mission, qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées :

Les médecins : Marie ALACOQUE, Jean ANDRE, Monique ARDIET, Jean-François BRULET, Rémi CADIER, Valérie CADIOU, Flora CHAUVEAU, Isabelle CHOUDAT, Gérard COLLOMBEL, Marc CUCHE, Brice DAVERTON, Monique DUPOUY, Séverine DUVAUCHELLE, Alain FIZE, Sylvie FREYCHET, Gwénaëlle GABEZ, Marie-Hélène GERAULT, Béatrice GOUJET, Blandine GOYER-EMERY, Jean-Claude GUERIN, Françoise HEATH, Marc JALON, Anick KARSENTY, Marie-Noëlle LANDOT, Dominique LATOMBE, Anne LEPRETRE, Jean LEPRETRE, Véronique LEROUDIER, Bernard LONGIN, Michel MADIGNIER, Ophélie MAHEU, Jean-Pierre MARTEL, Jocelyne MARTINOD, Agnès MONTPIED, Agnès PROVOT, Anne RAVIER, Benoît RIVIERE, Jacqueline SAVOYE, Paul STINKWICH, Delphine VINAS, Edmond WOLF

Les médecins gynécologues : Claire DUCLAUX, Corinne ESCANDE, Bernadette ESCOFFIER, Marie-Claude JOLY

Les sages-femmes : Julie BRESSON, Myriam CHOPIN, Amélie DELAPORTE, Ayana DELAUNAI, Sylvie FLAMAND, Marion GARCIN, Marie-Dominique GUASCH-GIRAUD, Clémence Lauret, Mireille LLORET, Chantal PIOTROWSKI

Les infirmiers : Cécile BELLAMY, Claire BERGER, Léonore BOILE, Marie-Hélène BORGEAIS, Victor BOUGUERRA, Laurence BOULLET, Bernadette BOUVIER, Jacqueline CARRET, Anne-Gaëlle CHAZAL, Nicole CORMIER, Margot D'HAUTHUILLE, Audrey DOIN, Josselin DUQUESNE, Edith DURAND, Corinne GINOT, Antoine GONZALES, Agnès GUERIN, Jacqueline GUILLEMOT, Séverine HEMAIN, Joëlle HYVERT, Justine HORNECKER, Andrée HUMBERTCLAUDE, Nanaa KHEBBAB, Claire LAGASSE, Christiane LANG, Guillemette LAUNOY, Alexandra LAURENT, Christiane MAISSIAT, Solène MANCHOUF, Monique MANDLER, Marie-France MANGIER, Sandrine MARTIN, Geneviève MAUCHAMP, Odile MIARA, Sophie

MICHEL, Daniel MINJAT, Odile MOROTE, Thérèse NANDAGOBALOU, Mathilde NESME, Yvette PARENT, Monique PENAUD, Marie-Christine ROMAIN, Annie SCOTTO-LAVINA, Geneviève THIEBAUT, Christine VERDIER, Elise VERICEL, Régine WOLFAJLER
aidé par Michel LADREYT pour le transport des prises de sang.

Les psychiatres : Nicole ARRIO, Gabriel COUSSA, Monique FAU (pédopsychiatre), Max LAFONT, Colette LEPINE, Christine NICOLAUS.

Les psychologues : Emilie AVENANT, Françoise DUCOTTET, Renée FONTENELLE, Michèle GAUTHIER, Geneviève JANIN, Claire LANGLOIS, Francis MAQUEDA, Marie-France PAQUIENT, Raphaël RABUT, Alain THEVENET.

L'équipe chargée de la Prévention : Monique ARDIET, Lussiné ARATUNOVA, Anne-Sophie BICAT, Bernadette BOUVIER, Romain DUPONT, Edith DURAND, Chantal GABY, Joëlle HYVERT, Christine ISNARD-BEROUJON, Bernadette LABAT, Christiane LANG, Sandrine MALIGE, Marion MONI, Olivia NEVISSAS, Bakhyt OSPANOVA, Diana PARRA, Claire PEILLET, Isabelle PREVOST, Ségolène REISS, Marie-Thérèse REQUIEN, Sylvie RICHARD, Mathilde ROULIN

Les interprètes : Roxana ALBU, Claudia HIRT, Elena IROFTI

Les accueillantes du CASO : Michèle CHAPPAT, Dominique Delisse, Lydie DUHEM, Astrik FAU, Marianne FIEHRER, Monique FONTENELLE, Chantal GABY, Michèle GUILLON, Eliette LACROIX, Françoise LOSCOS, Dominique MERLIN, Jeannette PAPAIZIAN, Josette PORRAZ

Les accueillants du bus : Patrick AUDRAIN, Angela CATALINO, Sésar CELIK, Vincent DALIPHARD, Julie DAZORD, Lune DENOIX, Martha DUVERNAY, Sophia EL BOUKILI, François FALLER, Carole FAURE, Ilitza GEORGIEVA, Lucile GRANJON, Céline HEIM, Boris PHILIPPE-JANON, Jean-Karol LECAT, Oana POPESCU, Audrey PORCHER, Isabelle PREVOST, Thierry MALVEZIN, Céline RANC, Raphaël RAYER, Marc RELAVE, Sylvie RICHARD, Thomas ROLLAND, Camille SALMON, Julie SCHMIDT, Fabien TERRACE, Blandine VIGNON.

Les pharmaciennes, qui assurent la gestion des stocks de médicaments, leur classement... : Annie BETBEDER, Josette BUTAUD, Catherine JOET, Elizabeth TRAN MINH.

L'équipe chargée de la saisie des dossiers médicaux et sociaux, des fiches tournées squat et bus : Dominique COIRATON, Monique FONTENELLE, Chantal GABY, Chantal HUART, Brigitte RIVOIRE, Marie-Claude ROYER.

L'équipe des accompagnateurs : Patrick AUDRAIN, Henri BRANCIARD, Dominique DELISSE, Micheline HENRI, Aurélie LEVINE

Les bénévoles de la Péniche : Odile BAUR, Bernadette LABAT, Andrée RIPPERT, Marie-France PAQUIENT

Les étudiants (infirmière, médecine, psychologie, Bioforce...) qui se sont succédés sur nos missions et nous ont apporté leur regard extérieur et leur dynamisme.

Le collège régional : Robert ALLEMAND, Marc BLANCHER, Bernard LONGIN, Pierre MICHELETTI, Thérèse NANDAGOBALOU, André-Jean POCHERON, Michèle ROELENS.

L'équipe salariée des missions France de Lyon : Sylvie CHANUT, secrétaire, Isabel MARBLE, travailleur social, Aurélie NEVEU, coordinatrice, Christian MONESTIER, assistant social.

L'équipe salariée de la délégation Rhône-Alpes Bourgogne : Paola BARIL, chargée de mission, Clotilde GUILLERM, secrétaire.



**Le meilleur système
de santé au monde ?**

70%

des enfants que nous soignons,
ne sont pas à jour de leurs vaccinations.

Il y a des politiques qui rendent malade!



On continue comme ça ou on décide d'agir
pour un système de santé vraiment solidaire ?
Votez santé!
www.medecinsdumonde.org



Conception et réalisation: **meanings** - Photographie: Pierre-Emmanuel Paschin.

