**VISITE DU COMITE DES DONATEURS MEDECINS DU MONDE**

**A SAINT-DENIS, MISSION BANLIEUE, 21 SEPTEMBRE 2015**



Paule Champetier de Ribes, Sophie de Juvigny, Daniel Schlosser

Documents transmis avant la visite : rapports d’activité 2014 du CASO et de la mission bidonvilles

La Mission Banlieue de St Denis inclut 2 programmes : le CASO de St Denis et la mission bidonvilles.

**Matinée mission bidonvilles**

Nous avons échangé avec Livia Otal, coordinatrice technique.

La mission était anciennement dénommée « **mission « rom »** ; et le terme de **« bidonville**», héritage de Nanterre (92) s’appliquait à d’autres populations. Ce changement délibéré d’appellation avait pour but de limiter la stigmatisation des Roms et d'éviter L’idée répandue mais fausse que ce sont des populations nomades  car ils sont en fait sédentarisés. Il mettait aussi l’accent sur la problématique du mal-logement, déterminant important des difficultés sanitaires de ces populations.

Définition de la présence « Rom » : ils sont issus de migrations économiques, européennes, et pendulaires ( car ils font de nombreux allers-retours en Roumanie).

Les bidonvilles Roms sont dits « campements illicites » par les administrations et par l’Etat ; or, depuis janvier 2015, ces populations sont autorisées à travailler suivant le droit commun, d’où l'évolution vers la notion plus juste d’« hébergement de travailleurs pauvres ».

L'objectif de Médecins du Monde  est d'**amener les personnes vers le droit commun** : accès et renouvellement de l’AME, prise en charge dans les centres de santé municipaux (CMS) dès que possible.  Pour mémoire, en 2014, le recensement a montré 394 bidonvilles en Ile-de-France,  soit 41% des bidonvilles de France et environ 7000 personnes... Le recentrage de Mdm depuis 2008 s'est fait sur **3 communes** : Aubervilliers, la Courneuve, Saint-Denis, ces villes ont été choisies en fonction des partenariats qui étaient déjà existants. L’équipe intervient aussi dans le Val d’Oise, à Sarcelles en particulier.

 Il y a des fonctionnements différents selon les communes et les départements, ce qui conduit à des relations et des interlocuteurs différents.

A Saint-Denis : partenariat avec le CCAS pour la domiciliation ; partenariat avec le dispositif de PASS de ville. L’hôpital Delafontaine propose l’intervention d’une médiatrice roumanophoneune fois par semaine ; (la barrière de la langue est un obstacle crucial).

Aubervilliers : action du CCAS (centre communal d’action sociale) : avec un accompagnement  pour une domiciliation et les dossiers AME, mais les délais d'attribution sont très importants.

la Courneuve. Il y a un refus de la Ville de participer à ces actions (blocage sur la domiciliation, relations très tendues).

Cet état de fait et l’expulsion récente du bidonville La Samaritain suivi par MdM depuis 2009 a amené Mdm à se retirer des sites de la Courneuve, et à explorer de nouveaux lieux d’action.

Difficulté : La fréquence des **évacuations**, 138 en 2014 non suivies d’hébergements ont conduits à des ruptures du suivi des soins.

L’ARS se repose sur les associations comme MdM pour assurer la continuité du parcours de soins en cas d’expulsion, mais l’association souligne inlassablement le caractère irréconciliable de ces 2 objectifs : expulser et assurer la continuité des soins. Par ailleurs, un rôle d’évaluation des besoins sanitaires est implicitement dévolue à Mdm par les pouvoirs publics : avec évaluation des besoins primaires: récupération des ordures, repérage des points d’eau, état sanitaires et des vaccinations.

Travail en réseaux avec des associations partenaires - le Secours catholique, la Ligue des droits de l’homme, et comités de soutien (souvent des individus qui suivent spécifiquement une famille), et avec les pouvoirs publics  par un soutien financier actuel de la Région, des ARS (agence régionale de santé) et par un partenariat opérationnel avec plusieurs collectivités notamment les Conseils Généraux du 93 et du 95 et plusieurs municipalités. Exemple majeur : le Conseil général de Seine-Saint-Denis a pris en charge le dépistage de la tuberculose dans les bidonvilles, après avoir été alerté par Mdm. Et les vaccinations contre la tuberculose nécessiterait sans doute le recrutement d’une personne.

Mais Mdm constate la fréquente réticence des services sociaux et même hospitaliers face à ces populations, qui induit des renvois multiples. En parallèle ou en conséquence, ils font le constat d’un phénomène non négligeable d’auto-exclusion chez les Roms.

Plus largement, le discours politique général est peu énergique, même si dans ce secteur des élus de gauche sont aux commandes. L’absence de propositions de logements à la suite d’expulsions parait le démontrer.

**Principe de l’action Mdm** : effectuer des visites chez les personnes qui habitent les bidonvilles, sur des terrains stables. Les premières sorties se font en camion. **111 sorties de médiation en 2014 sur 18 terrains** (179 sorties en tout).

Objectif : Amener les populations à une autonomisation progressive

**PARTICIPATION A UNE** **VISITE DE MEDIATION DANS UN BIDONVILLE SITUE A SARCELLES (95)**

**En compagnie de la médiatrice Miruna Popescu et de Livia 0tal, coordinatrice de la mission bidonvilles.**

 Nous nous sommes rendus dans un squat qui se compose d’un bâtiment d’habitation principal, une ancienne maison avec porte cochère, tous les volets sur rue sont fermés, nous entrons dans une cour empierrée autour de laquelle sont répartis les espaces de vie. Nous n’entrerons que dans un lieu décrit plus bas.

L’eau est présente grâce à un robinet extérieur, l’électricité par fil suspendu, et on note les antennes de tv. Les femmes ont fait la lessive, des vêtements sèchent en plein air.

On note la présence de containers pour ordures ménagères, qui sont utilisés.

Outre cet habitat en dur, on aperçoit des sortes de couloirs parallèles au mur principal, constitués d’éléments hétéroclites, « auto-constructions », mais on n’y accèdera pas, à l’exception de la médiatrice Miruna en début de visite. La cour est surmontée d’une terrasse habitée de la même façon.

Plusieurs hommes d’âge mûr se tiennent debout dans la cour, et regardent notre groupe. Les femmes nous observent aussi, et des enfants passent.

Livia nous indiquera que peu d'enfants sont scolarisés.

Nous serons mises, Paule et moi, en présence de trois situations dans la matinée, en compagnie de Livia et Miruna.

Dans une cave voutée, sans fenêtre, presque irrespirable par la fumée de cigarette, dans un espace de 4 mètres carrés environ,  une femme d'une quarantaine d'année , pour qui Livia craint qu'elle présente une tuberculose, indique qu’elle a vu un médecin à Saint-Denis, dont elle connaît seulement le prénom ! , elle n’a pas compris quelle suite médicale elle devait avoir. Livia s’entretient avec elle en roumain, et nous traduit les échanges les plus importants, tandis que Myrina prend des notes.  Nous comprenons très partiellement le contenu de l’échange mais la confiance accordée à Livia est perceptible ; le dialogue parait ouvert.

L’entretien est suspendu par l’arrivée du neveu de cette femme, porteur lui aussi de la tuberculose, il est accompagné d'un homme que Livia fera sortir car à l'évidence , le jeune homme est surveillé par celui-ci .

Le jeune homme, qui a séjourné récemment en Autriche, était attendu par Livia, qui veut connaître le suivi de son traitement. Il loge dans un squat voisin. Livia nous demande, pour mettre à l’aise le jeune homme, de la laisser seule avec lui. Il s’avérera qu’il se prostitue, ainsi que sa mère .

Livia nous expliquera le phénomène de prostitution qui se développe de plus en plus aussi bien pour les jeunes hommes parfois mineurs que pour les femmes, des réseaux se sont constitués et c'est un fléau supplémentaire.

Ensuite nous allons rencontrer dans la cour une jeune femme enceinte de jumeaux, déjà mère d’un enfant de 3 ans, elle n’a pas fait suivre sa grossesse. Elle avait voulu faire une interruption de sa grossesse mais son mari avait refusé. Livia joint par téléphone l’hôpital de Saint-Denis, et obtient pour elle un RV d’obstétrique. On apprend au retour par Livia qu’elle se prostitue.

Constatation.

Dans ce squat, le dépistage de la tuberculose a été mené par le département, alerté par Mdm. La présence d’un porteur de la maladie a permis de différer l’évacuation, ce n'était évidemment qu'une solution partielle et temporaire.

L’action de Mdm consiste à assurer le relais avec la médecine hospitalière.

La présence d’une médiatrice roumanophone parait de toute évidence indispensable, même si Livia, coordinatrice de la mission, est également roumanophone. Miruna a été engagée aux côtés de Livia cette année ; le poste de médiateur existe depuis 2012.

La promiscuité, une hygiène relative, des installations électriques sommaires, de plus en plus de prostitution, ne peuvent laisser espérer un état de santé correct.

Pour Mdm et la mission « banlieue », la complexité des situations et le nombre de terrains concernés (18 )implique de prendre de très nombreux contacts avec des associations ou structures qui connaissent aussi les personnes sous un autre angle, dans l'objectif d' échanger et d'effectuer le recoupement d'informations et le soutien aux personnes les plus exposées à des risques variés.

*À ce jour,  les populations en apparence assistées, ont une très grande difficulté pour connaître les structures existantes. La tâche parait immense.*

Nous déjeunons au CASO avec l’équipe ; personnels salariés et bénévoles. *Nous sommes interrogées sur le Comité des donateurs (qui parait tout à fait inconnu des bénévoles )*

**CASO**

Installé dans un bâtiment récent depuis 2004, dans un secteur de bureaux, non loin de l’arrêt de RER B Plaine Stade de France, il s'est étendu en 2015 avec un deuxième niveau.

Il est ouvert tous les jours, fermeture 2 1/2 journée.

2 assistants sociaux sont présents : un à temps plein, et une autre qui se partage entre le Caso de Parmentier et Saint Denis (50/50).

Les personnes , une quarantaine par demi-journée sont appelées suivant une liste d’attente constituée le jour même : à 9h pour la vacation du matin, puis les personnes qui ne peuvent être reçues le matin sont reportées sur la vacation de l’après-midi.

A la suite du passage par l’accueil infirmier, des numéros par couleur sont attribués aux personnes souhaitant voir un médecin suivant le besoin de prise en charge médicale évalué par l’infirmière: consultation médicale ou infirmière . Ensuite les personnes attendent leur tour. Les patients qui seront vus en consultation médicale sont d’abord vus par un accueillant bénévole en box pour un premier entretien et la constitution du dossier. Les personnes qui viennent pour une aide dans leurs démarches sociales ou administratives (constitution du dossier d’AME, rencontre avec un AS, domiciliation…) seront vues au guichet du premier accueil par un accueillant bénévole, qui le cas échéant leur proposera un entretien particulier pour constituer leur dossier d’AME en détails.

Malgré une salle comble ,l’ambiance est plutôt calme ce jour-là. L'organisation est très efficace.

Trois médecins bénévoles  voient chacun environ six personnes par demi-journée.

Parmi les patients, il a été constaté récemment une augmentation relative des Africains par rapport aux Roms et aux Indo-pakistanais.

Les dossiers de demande d’AME - renouvelables tous les ans ! - sont établis par des bénévoles.

Nous avons assistés à deux consultations médicales, et à deux entretiens avec un assistant social .

La consultation sociale a été suivie par Sophie  :La première femme, enceinte, Ivoirienne et mariée à un Français , et à ce titre porteuse d’une carte de séjour de dix ans, a été mise à la rue depuis peu par sa belle-famille et son mari ; par « racisme », dit-elle. Elle a un emploi à temps partiel de femme de ménage le soir dans des bureaux, où elle dort…

Elle possède une carte vitale, au nom de son mari, et est venue récemment au CASO pour une consultation médicale. Elle vient cette fois en espérant trouver un hébergement ; l’assistant social la dirige vers le 115 du département, et l’association Emmaüs.

Il lui fait remarquer qu’elle doit avant tout s’entendre avec son mari sur une hypothèse de séparation. L’assistant social lui indique les pistes pour un hébergement et se dit prêt à faire un point avec elle lors d’un RV ultérieur, notamment pour procéder à une inscription individuelle à la Sécurité sociale, en vue notamment du suivi de sa grossesse.

La précarité de sa situation actuelle tient beaucoup à l’occupation clandestine de son lieu de travail…

Il me fait remarquer ensuite que ce type de cas : une personne titulaire d’une carte de séjour longue, affiliée à la Sécurité sociale et ayant un emploi, est une exception absolue parmi les usagers du CASO.

*Je constate que l’assistant social suit la ligne de conduite générale, guider, mais « ne pas se substituer ».*

Ensuite une femme Rom d'environ 50 ans, bien connue au CASO, vient demander une assistance pour trouver un logement avec son fils mineur actuellement hospitalisé à paris, et gravement malade , elle souhaiterait trouver un travail.

Sophie ne peut assister à la fin de l’entretien, car nous sommes appelés pour la réunion avec Nathalie Godard la coordinatrice générale..

Consultation médicale suivi par Paule avec le RM médical Alain. Le patient irakien accompagné d'un interprète (parlant un peu l'anglais) c 'est un homme d'environ 40 ans souffrant de douleurs articulaires rendant tout mouvement douloureux et dans l'impossibilité de poursuivre son travail de manutentionnaire . Il a déjà été à l’hôpital mais , à part un traitement anti douleur, aucun examen n'a été effectué. Paul après un examen complet mais ne pouvant déterminer la cause des douleurs lui fera un courrier adressé à un médecin hospitalier de Saint Antoine qu'il connaît pour lui faire des examens appropriés.

Ensuite une femme d'origine africaine viendra pour demander de pouvoir poursuivre son traitement de chimiothérapie commencé dans son pays, il lui sera expliqué que ce n'est pas possible son pays pouvant assurer ce traitement.

**RENCONTRE AVEC NATHALIE, COORDINATRICE DE LA MISSION BANLIEUE** depuis deux ans,avec Daniel Schlosser, qui nous a rejointes :

Nathalie évoque à notre demande son long parcours d’engagement à l’international chez Médecins du monde essentiellement.

**CASO** :

Sa fréquentation : la file active est de 6500 personnes par an (environ 40 personnes par demi-journée), c'est le seuil   de la limite maximale d’accueil. C'est un très gros centre, comme on a pu s’en rendre compte de visu.

Les travaux réalisés cette année ont permis un meilleur accueil des patients au rez-de-chaussée.

Personnels

-Nathalie indique que les salariés sont tous des « militants », très attachés à la notion de plaidoyer de l’association.

-Le personnel bénévole médical est constitué de 3 médecins en simultané /1 infirmier, avec parfois un stagiaire infirmier . Il y a un besoin important de cadres bénévoles médicaux, qui s’engageraient au-delà de la vacation (coordinateurs médicaux )

Autres bénévoles : Il en faudrait plus au regard des besoins.

Au CASO il y a un taux de  1,7 passage par an, ce qui signifie un grand roulement ; 75% de nouveaux patients tous les ans, soit un très grand nombre de nouveaux dossiers.

*Question: Cela signifie-t-il qu’entre temps les usagers ont trouvé la solution à leurs problèmes et sont parvenus à entrer dans le « droit commun » ? Ou qu’ils ont quitté le secteur ?*

L' axe de conduite de l'association est de faire parvenir les patients à l’autonomie ; même si le CASO peut faire suivre par un psychiatre et deux psychologues les patients ayant obtenu l’AME.

**Mission bidonvilles**, Nathalie appuie Livia sur la partie institutionnelle et plaidoyer de la mission, et sur l’articulation avec l’action du CASO. L’opérationnel et les actions de terrain sont le domaine de Livia..

La question des interprètes nécessiterait un très gros budget annuel. Le poste de médiateur créé en 2012(Miruna) est un progrès important, mais insuffisant. Les actions de terrain dépendent totalement de la présence d’interprètes, sans lesquels rien n’est possible. Depuis peu, la mission a recours à des interprètes professionnels de manière ponctuelle mais pallier ce manque crucial.

**-Budget**

Mission Banlieue (CASO et mission bidonvilles confondus) : 720 000 euros annuels , dont 50% de fonds propres**.**

Subventions en euros :

* ARS : 110 000 € pour les bidonvilles/ 170 000€ pour le CASO

Remarque : avec ce soutien, l’ARS cherche à agir vis-à-vis de Mdm comme face à un opérateur public, ce que la mission ne recherche pas ; au contraire, il y a une volonté de limiter ses objectifs, sans opérer à la place des pouvoirs publics.

* Région : 35 000€ (plus la moitié des travaux effectués en 2015, soit 50 000 euros)
* Fondation Soros (à venir en octobre) : 90 000 euros sur 14 mois (malheureusement cette subvention n'a pas été obtenue)

Objectif : augmenter les fonds propres sur la mission bidonvilles et basculer des financements sur le CASO pour renforcer l’indépendance d’action.

**Besoins en personnel souhaités** : un assistant social à mi-temps en plus, et une 2è médiatrice pour la mission bidonvilles

**Regard sur l’association** : Nathalie a apprécié le récent projet associatif, et notamment la notion d’« environnements nocifs », qui s’applique à l’hébergement des Roms. La dégradation du recours à l’hébergement d’urgence est alarmante et ce pour l’ensemble des populations touchées par la mission banlieue (personnes migrantes en grande précarité). Les institutions, telles que Sécurité sociale et les hôpitaux, sont tentées de pratiquer une forme d’exclusion à l’égard de ces populations.

**

*Conclusions*

*C'est une équipe jeune, très active et engagée , il y a un bon fonctionnement général mais un risque de saturation par manque de moyens humains .Un travail à l'évidence en flux très tendu nous est réellement apparu. Sur la question des roms, le champ est très vaste et l'espoir d'autonomisation semble lointain et passera par la scolarisation permettant une intégration progressive. La question de la santé publique devrait constituer un levier pour faire agir les institutions et non servir pour procéder à des évacuations mais au contraire pour trouver des solutions d’hébergement plus convenables.*

*La situation est souvent précaire car dépendante des pouvoirs public. Des fonds propres permettraient sans doute d' aussi bien continuer les programmes qu'envisager d'autres pistes d'innovations telles que la problématique de prostitution des mineurs et la vaccination BCG pour tous les enfants. Ces deux projets nous ont semblé pertinents et devant être soutenus.*

*Le recrutement et la formation de nouveaux bénévoles et de cadres associatifs est primordial.*