



Médecins du Monde – avril 2002

12 PROPOSITIONS DE MEDECINS DU MONDE

POUR UN ACCES AUX SOINS POUR TOUS EN FRANCE



Présent dans 50 pays, Médecins du Monde agit aussi en France au travers de 117 programmes et 2000 bénévoles. Témoins chaque jour de l'exclusion des soins, nous ne pouvons supporter de retrouver à nos portes, des personnes aussi en danger que sur nos missions à l'étranger.

Comment accepter que ceux que nous soignons là-bas, dans les pays détruits par la guerre et ravagés par la pauvreté, poussés à l'immigration par la violence, le danger, la faim ne puissent bien souvent trouver refuge en Europe qu'à travers des réseaux mafieux qui les condamnent à la prostitution ou au travail clandestin ?

Comment accepter qu'une personne victime de violences politiques ou de tortures dans son pays, soit obligée pour vivre ici de mendier sa nourriture, son logement, ses soins ?

Comment accepter que dans un des pays les plus riches du monde, des millions de rencontrent encore des obstacles pour accéder aux soins, malgré les avancées législatives de ces dernières années ?

Comment accepter que dans le pays des droits de l'homme, parce que l'on est pauvre, étranger, tsigane, usager de drogue, sans domicile, l'accès aux droits, aux soins, à la prévention devienne brutalement une gageure... alors que tous les chiffres le démontrent : plus on est en situation difficile socialement, plus on est malade, plus on meurt jeune ?

Comment accepter que dans un pays de droit, les lois ne soient appliquées que selon le bon vouloir d'agents locaux plus ou moins bien formés ?

Comment accepter que parce qu'ils sont pauvres ou étrangers, des enfants soient intoxiqués par le plomb et laissés pour compte des politiques de la ville et des pouvoirs publics ?

Comment accepter que dans un continent vieillissant, en recherche d'un souffle de jeunesse, 25% des patients de nos centres de soins gratuits aient moins de 25 ans et soient parmi les plus privés de logement, d'argent, de soins ?

Comment accepter que la population nantie puisse bénéficier d'un suivi psychologique adapté alors que la souffrance psychique de ceux qui ont les conditions de vie les plus dures soit ignorée et parfois même repoussée par des structures de santé ?

Médecins du Monde est révolté de trouver en France et en Europe des situations aussi dramatiques.

A partir de notre expérience de terrain, nous présentons ces 12 propositions. Pour que le même accès aux soins pour tous, y compris les plus pauvres, devienne réalité.

La Mission France de Médecins du Monde c'est :

24 centres d'accueil, de soins et d'orientations

18 programmes Réduction des Risques

72 missions mobiles hors centre.

En 2001, nos centres ont effectué 42 815¹ consultations médicales, plus de 5 000 consultations dentaires, et ont accueilli 25 758² personnes.

Les résultats présentant les caractéristiques sociales ont été établis sur la base de l'ensemble **des nouveaux patients** reçus au cours de l'année 2001, soit 24 005³ personnes pour lesquelles un dossier social a été rempli.

¹ Saisis en informatique

² idem

³ idem



SOMMAIRE

- 1. Pour une pratique médicale de proximité**
- 2. Pour une CMU vraiment universelle et européenne**
- 3. Pour des hôpitaux, lieux de soins accessibles pour tous**
- 4. Pour un droit effectif au logement**
- 5. Pour une inscription citoyenne des usagers de drogues dans une politique de réduction des risques**
- 6. Pour une prise en charge réelle de la souffrance psychique des personnes en situation d'exclusion**
- 7. Pour lutter contre les discriminations dont sont victimes les gens du voyage, roms tsiganes et autres « travellers »**
- 8. Pour une prise en compte de la santé des jeunes**
- 9. Pour l'éradication du saturnisme infantile**
- 10. Pour un véritable accueil des demandeurs d'asile arrivés en France**
- 11. Pour la régularisation des sans papiers résidant en France**
- 12. Pour une prise en compte des personnes prostituées victimes de trafic**



I - POUR UNE PRATIQUE MEDICALE DE PROXIMITE

A partir de sa pratique sur le terrain , Médecins du Monde requiert une pratique médicale de proximité qui réponde à un cadre et des critères précis :

- affirmer la place essentielle occupée par la santé pour entrer en contact avec les personnes les plus démunies , les rendre visibles à la société et permettre une approche globale de leurs détresses.
- mettre en place des structures professionnelles de proximité, à bas seuil d'exigence, travaillant dans un contexte difficile, dans une pluridisciplinarité nouvelle et citoyenne .
- aller à la rencontre des personnes dans une démarche non intrusive .
- assurer une présence médicale sans jugement s'inscrivant dans la durée : celle des personnes.

Nous voulons voir dans cette approche le moyen de construire un meilleur service à toute une population en précarité et même au-delà travailler à une évolution plus proche , plus humaine de l'offre de soins.

L'émergence des nouvelles précarités et de la souffrance psychique autour de la marginalité et de l'exclusion en France appelle une nouvelle pratique pour les professionnels de la santé.

Cette émergence est demeurée largement méconnue car invisible lorsqu'elle est étudiée à partir des lieux de soins classiques dans lesquels peu d'exclus accèdent ou alors de façon inconstante et peu satisfaisante.

Un contexte difficile.

La proximité amène les professionnels à travailler dans un contexte difficile. Les conditions de travail sont **extrêmes** : froid, pluie, chaleur étouffante, saleté, ruissellements d'eau, boue, exigüité des lieux, ordures, horaires de travail, mobilité. Les situations de vie sont dramatiques : violence, prostitution, deal, isolement, faim, froid, détresse.

Création de structures professionnelles de proximité.

Les missions mobiles de Médecins du Monde font un constat essentiel : pour accéder aux personnes à la rue, aux étrangers en situation irrégulière (dans les centres de rétention et les zones d'attente), aux jeunes errants, aux usagers de drogues(dans la rue et les raves) aux personnes prostituées, aux tsiganes, aux enfants victimes de saturnisme, aux personnes âgées isolées , **il est nécessaire de créer des structures de proximité à bas seuil d'exigence**, c'est à dire des antennes de soins fixes ou mobiles, des équipes de rue, des boutiques **où les usagers peuvent accéder sans exigence préalable à un accueil, une écoute, à la prévention et aux soins adaptés à leur état, et ce, quelle que soit l'étape de leur trajectoire de vie.** L'objectif de ces structures est d'aller vers, d'entrer en contact avec les personnes les plus marginalisées, celles qui n'ont ni les moyens, ni les papiers, ni l'argent, ni la connaissance, ni la patience, ni la santé, ni le désir de se rendre dans les lieux de soins ordinaires, qui ne savent comment faire, **afin de leur proposer des prestations nécessaires, acceptables, adaptées.**

Ces structures sont à la fois un lieu d'accueil, d'observation, de prévention, de soins et une passerelle vers le système de soins classique. Leur fonction est de favoriser à la fois **l'accès des plus démunis qu'ils rencontrent vers les structures à plus haut seuil et de transformer les pratiques des professionnels sanitaires et sociaux** en les sensibilisant à des personnes, des personnalités, des communautés, des modes de vie, des situations de vie, des attitudes, des comportements et des expressions psycho-pathologiques différents.



Une proximité qui permet le lien.

Cette proximité est fondatrice du lien. **Aller vers, comprendre les codes, la langue, réconforter, créer une relation de confiance, accepter un contact parfois furtif, adopter une démarche de petits pas, adapter son discours à la situation de la personne, prendre en compte le temps de la personne, finalement prendre soin** peuvent construire un espace à l'intérieur duquel une **reconnaissance** se crée, un lien se noue. Ainsi l'écoute, présente dans toute consultation médicale classique, prend ici une dimension particulière : elle permet au professionnel d'adapter son intervention médicale à la situation présente de la personne. Une notion nouvelle, née de la rencontre avec la personne, apparaît comme préalable pour le professionnel : "le non faire". Le professionnel accepte le « non faire » alors que sa formation universitaire dans les lieux de soins classiques l'a habitué au « faire ». Le professionnel ne renonce pas à son savoir, mais recherche progressivement les modalités du "faire avec" la personne. Pour le médecin, la santé est le résultat d'un processus cumulatif, le patient lui révèle que la qualité de l'inscription sociale fait partie du processus. L'inscription sociale négative induit une souffrance psychique.

La pratique médicale de proximité, de bas seuil d'exigence envers le patient mais de haut seuil d'exigence et de tolérance pour le professionnel est le contraire d'une médecine bas de gamme, bas seuil de services. Cette proximité comporte cependant des risques : le rejet, la complicité, la fascination, l'identification. Ce travail exige donc un appui fort des équipes : soutien psychologique, temps pour la parole, pour la supervision.

Ce travail implique pour le professionnel un haut seuil de tolérance : contexte difficile, écoute et « non faire » préalables. Ce haut seuil est une des conditions pour favoriser l'émergence de la demande de soins.

Une pluridisciplinarité nouvelle et citoyenne.

Ces structures professionnelles de proximité requièrent la création d'une pluridisciplinarité nouvelle. En effet elles associent professionnels médico-sociaux aux compétences complémentaires et personnes de proximité issues du milieu, de la communauté, du lieu. Cette pluridisciplinarité permet la rencontre avec les bénéficiaires, la prévention et la réduction des risques avec des outils spécifiques et adaptés, l'éducation à la santé par les pairs, l'information sur l'accès aux droits et aux soins, le soin.



2 - Pour une couverture maladie véritablement universelle et européenne

La loi sur la Couverture Maladie Universelle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000 instaure une couverture maladie pour tous. Néanmoins les patients que nous rencontrons partout en France n'en sont toujours pas bénéficiaires, le plus souvent faute d'information.

Cet accès au droit est freiné par :

- Des dispositifs législatifs discriminatoires (un système réservé aux seuls sans papiers) ou inadaptés (l'obligation de domiciliation).
- Des pratiques qui contredisent l'esprit même des lois : refus d'instaurer des guichets uniques d'instruction des différents dossiers (CMU et AME), refus d'appliquer la présomption de droit, demandes abusives de justificatifs...

Aussi Médecins du Monde demande :

➤ **Une nouvelle loi instaurant une CMU vraiment universelle**

Le double système instauré pour écarter de la CMU les quelques dizaines de milliers d'étrangers les plus précaires, les sans papiers, a brisé la présomption de droit inhérente à la Loi CMU et génère une suspicion vis à vis de tout étranger (soupçonné de ne pas avoir droit à la CMU). De plus le même accès aux soins n'est pas garanti pour ce public quel que soit son âge

Médecins du Monde demande en vain depuis la préparation de la loi sur la CMU que les enfants de parents sans papiers obtiennent la CMU, seule couverture maladie pouvant leur offrir un réel accès aux soins et à la prévention. Il existe là une contradiction avec la Convention Internationale des Droits de l'Enfant qui réclame pour les enfants la meilleure protection sociale possible.

Aujourd'hui, deux ans après la mise en place effective de la loi, nous demandons aux élus de notre pays de reconsidérer le texte de loi pour étendre le bénéfice de la CMU, avec une ouverture immédiate des droits à toutes les personnes résidant sur notre territoire et de supprimer le double système CMU-AME.

En attendant ce changement, Médecins du Monde demande :

➤ **L'amélioration de l'application de la loi actuelle :**

- vérification de l'acceptation effective, par tous les professionnels de santé, des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ; ainsi que la simplification du système de télétransmission pour eux.
- Soutien et renforcement des structures de première ligne (antennes mobiles, Samu sociaux, boutiques...) éléments essentiels de l'information des usagers en situation de grande précarité
- Intégration des frais de traduction (documents administratifs, aide aux guichets...) dans le panier de soins
- Révision/amélioration des couvertures en ophtalmologie, en dentisterie et appareillage audio
- Instauration d'un guichet unique (pour l'AME et CMU), témoin de la volonté d'une politique non discriminatoire
- Amélioration des compétences des accueillants des services publics chargés de l'instruction des dossiers par une formation adaptée, supprimant ainsi les nombreuses sources de discrimination liées à la méconnaissance de la loi par ceux qui sont censés l'appliquer

Les difficultés de mise en place de l'accès à la CMU dans les CPAM, le désengagement massif de certains services publics chargés de l'instruction des dossiers ne permettent pas l'ouverture immédiate des droits : il faut parfois attendre 2 mois avant d'avoir accès au dossier à remplir !



➤ **Un réglage de l'effet de seuil**

Le seuil coupe-rete de l'accès à la CMU a été fixé sans tenir compte des réalités de l'état de santé des personnes précaires mais sur des critères financiers. C'est ainsi que les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapée et du minimum vieillesse sont au-dessus du seuil pour quelques dizaines d'euros. Les nouvelles dispositions annoncées récemment ne règlent pas ces difficultés.

Nous demandons :

- ⇒ Le relèvement du seuil de la CMU (actuellement à 562 euros) pour qu'il soit aligné sur le seuil de pauvreté calculé par Eurostat, soit 755 euros en l'an 2000.
- un dispositif national d'aide dégressive à la mutualisation pour toutes les personnes au-dessus du seuil et en dessous du SMIC (1127 euros au premier janvier 2002)
- des règles claires et nationales pour que le panier de soins soit identique et que les tarifs des professionnels de santé restent opposables pour tous les bénéficiaires de la CMU comme pour ceux qui en sortent tout juste et ceux qui sont aidés via la mutualisation.

➤ **La suppression de l'obligation de domiciliation**

Héritage des dispositifs départementaux, l'obligation de domiciliation est un frein de plus dans l'accès aux droits et aux soins des plus précaires. En 2001, 49,5% de nos patients n'ont pas de domiciliation : ils ne peuvent alors en aucun cas obtenir l'ouverture d'une couverture maladie. C'est ainsi que les jeunes en errance, les étrangers précaires, les gens du voyage et Roms Tziganes pourront plus rapidement avoir accès à une couverture sociale.

Cette obligation doit donc être supprimée au profit d'une adresse postale sur simple déclaration des intéressés.

➤ **La mise en place d'une CMU européenne**

Ouvrons une brèche des améliorations sociales en commençant par les plus précaires en Europe ! Les systèmes d'accès aux soins des précaires sont extrêmement divers selon les pays.

Médecins du Monde demande :

- Que la Charte européenne des droits fondamentaux et les législations européennes et nationales affirment le droit à la protection de la santé pour tous les résidents, même non citoyens de l'Union Européenne : que le droit à l'accès à la santé soit donc rattaché à la personne humaine et non pas lié au statut administratif.
- Que soient fixées des lignes directrices qui s'imposent aux Etats pour améliorer l'accès à la santé : système public universel de protection sociale
- Que soit garanti par la loi dans chaque pays un accès gratuit à des soins de qualité pour tous les résidents en dessous du seuil de pauvreté
- Que les pays membres s'attachent à promouvoir un seul droit aux soins pour tous, un seul système de santé pour tous, un seul système d'accès aux soins
- Que les états membres prennent en compte dans leurs politiques le lien étroit qui existe entre l'insertion sociale et la santé
- Que la réduction des inégalités de santé soit une condition de l'adhésion à l'Union et que toutes les exigences sus mentionnées s'appliquent aux Etats déjà membres comme aux pays candidats.

En 2001, plus de huit patients sur dix n'ont aucun droit ouvert à la protection sociale (81.3%) lors de leur premier passage à Médecins du Monde.



79,7% des jeunes de 16 à 25 ans sont dans cette situation. Notons que les jeunes français ont encore moins souvent des droits ouverts (58,1%) que leurs aînés (48,5%).

25,7% de l'ensemble de nos patients déclarent ne pas connaître leurs droits.

Les difficultés financières (15,3%), la barrière linguistique (8%) et les difficultés administratives (7,2%) sont les autres obstacles à l'accès et à la continuité des soins les plus souvent cités par nos patients.

42% des patients relèvent de la CMU (français et étrangers en situation régulière)

45% relèvent de l'AMER - Aide Médicale Etat Rénovée (étrangers en situation irrégulière)

13% ne relèvent d'aucune couverture maladie (étrangers de passage) : 13 %

Parmi les patients qui ont droit à la CMU, à droit équivalent, la majorité (53,2%) des Français ont des droits ouverts à la couverture maladie de base alors que seul un cinquième des étrangers sont dans cette situation (20,7%).

Pour les patients qui relèvent de l'AMER, l'immense majorité des patients (92,4%) n'ont aucun droit ouvert.



3 – Pour des hôpitaux, lieux de soins accessibles pour tous

Malgré la Loi contre les exclusions instaurant les Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans les hôpitaux, nous constatons que dans la plupart des villes où nos équipes sont présentes, l'accès aux soins dans les hôpitaux est encore loin d'être facile.

Nous dénonçons une insuffisance tant quantitative que qualitative de l'organisation des soins.

Nombre de patients quittent une PASS sans traitement, munis d'une ordonnance qu'ils ne peuvent honorer, sans avoir été conduits à la pharmacie de l'hôpital.

D'une manière générale et plus préjudiciable pour la personne accueillie, la continuité des soins n'est pas assurée dans le fonctionnement actuel de l'hôpital.

Médecins du Monde demande la généralisation des PASS⁴, accessibles à toute personne en difficulté d'accès aux soins.

De notre point de vue la PASS doit impérativement répondre à trois principes fondamentaux :

- La non-discrimination
- La qualité des soins
- Le retour vers le droit commun (via l'accès aux droits à la couverture maladie et l'orientation vers des structures adaptées)

Médecins du Monde demande :

➤ **La visibilité du dispositif PASS** quel qu'en soit la forme et le lieu. Nous demandons à ce qu'une signalisation claire et visible, en créant un logo compréhensible par tous et connu, soit instaurée dans tous les hôpitaux avec une PASS et ce dès l'entrée.

➤ **Le repérage des personnes en difficulté** : tous les membres du personnel (soignant, social, administratif) doivent être capables d'orienter, voire d'accompagner un patient vers la PASS.

Le repérage doit se faire dès l'accueil de la personne et/ou aux bureaux des admissions. Les critères de repérage

➤ **La suppression de la localisation** de la PASS : « la PASS n'est pas un lieu mais un état d'esprit ». Il peut s'agir d'une consultation de médecine générale, de différents lieux de consultations spécialisées (PASS éclatée), des urgences...

➤ **La consultation sociale** : toute personne en difficulté doit pouvoir bénéficier d'une consultation sociale associée à la consultation médicale en fonction de sa demande.

- La PASS dans le respect du temps de chacun doit préparer et aider au retour des personnes soignées dans le dispositif de soins de droit commun.

➤ **Les horaires** de la PASS doivent répondre aux besoins et être adaptés aux personnes précaires. Ils doivent en particulier comporter une plage d'ouverture en fin d'après-midi, en début de soirée et en week end.

➤ **Une consultation de médecine générale** sans rendez-vous doit être ouverte dans tous les hôpitaux. Cette consultation ne doit pas freiner le retour vers le système de soins de proximité du patient. La bonne qualité de cette consultation favorise la mixité des populations accueillies. Les critères de qualité sont : la formation du personnel, l'accompagnement des patients et la qualité des soins

⁴ La loi contre les exclusions prévoyait la création de 300 PASS dans les hôpitaux pour fin 2000. Pour 2003, près de 500 PASS devraient exister. A ce jour, sur les quelques 30 villes où la Mission France de Médecins du Monde est présente 3 n'en ont toujours pas. De plus les cellules précarité des hôpitaux parisiens de Tenon, Necker et Cochin ont fermé l'an dernier. Rappelons que la dernière évaluation de la mise en place des PASS concluait à une centaine de PASS fonctionnant effectivement sur 250 financées !



- **La mise en place de soins dentaires** incluant la dentisterie courante s'impose vu l'ampleur des problèmes dentaires dans la population précarisée (et pourtant nous constatons qu'une très faible minorité de PASS les ont prévus).
- **Les soins infirmiers** nécessaires doivent être assurés de manière quotidienne (pansement, injections, etc.)
- **Des consultations psychologiques** libres d'accès doivent être créées dans le cadre des PASS, ainsi que des consultations d'ethno-psychiatrie dans les villes de plus de 200 000 habitants
- **Les problèmes d'addictions** doivent être pris en compte, facilités par la formation et la sensibilisation du personnel, et la mise à disposition de matériel stérile d'injection ainsi que des préservatifs.

Lorsqu'une PASS respecte ces critères, elle remplit pleinement la mission qui lui a été confiée. Seul ce type d'organisation permet une réelle prise en charge globale (médico-psycho-sociale) des personnes accueillies.



4 - Pour un droit effectif au logement

Le droit au logement a été réaffirmé par la loi contre les exclusions comme un droit fondamental. Sa mise en œuvre est un devoir de la collectivité publique. Il doit être effectif et juridiquement opposable.

Logement et santé, un lien évident

D'un point de vue clinique, la vie dans la rue, mais aussi en logement précaire, engendre la prédominance ou l'aggravation de certains problèmes de santé.

Le droit à la santé passe donc aussi par le logement. L'absence d'un logement décent entraîne épuisement, mauvaise alimentation, difficultés face à l'hygiène; en bref elle rend les personnes plus vulnérables d'un point de vue sanitaire et est un obstacle majeur à l'observance des traitements particulièrement en cas de pathologie lourde (notamment l'infection à VIH).

Aujourd'hui, nos patients sont souvent à la rue, parfois logés dans des lieux inadaptés, souvent horriblement chers, comme les chambres d'hôtel, et n'ont que peu d'accès à un logement digne de ce nom.

Pour une modification profonde des dispositifs d'hébergement

Nos patients ne peuvent trouver leur place dans un dispositif d'hébergement actuellement singulièrement inadapté :

- Insuffisance quantitative de places d'hébergement d'urgence dans les grandes agglomérations
- Absence de continuité dans les prises en charge, trop souvent organisées dans l'urgence et sous la pression des associations ou d'une médiatisation hivernale, elles imposent en outre des ruptures spatio-temporelles (heures d'ouverture, temps maximal de séjour avec retour à la rue...) qui contribuent à la déstructuration du public accueilli.
- Inadaptation de certaines structures d'hébergement aux besoins d'hygiène et de santé, notamment psychiatrique, que rencontrent nos patients.
- Inadaptation des exigences des structures d'hébergement aux caractéristiques de cette population (par exemple l'obligation de sevrage et d'adhésion à un projet professionnel pour la plupart des CHRS)

La discontinuité et l'inadaptation des structures provoquent l'éclatement des groupes, des familles, ce qui est particulièrement nocif dans le cas de familles primo-arrivantes sur le territoire. Ces conditions sont profondément désocialisantes. Elles constituent un frein à l'accompagnement et à la prise en charge de la personne dans une vision globale.

Nos propositions :

→ Garantir des hébergements d'urgence :

- suffisants en nombre et diversifiés.
- ouverts toute l'année
- adaptés aux besoins des personnes et non à ceux des structures institutionnelles ou associatives (avec la possibilité d'être hébergé quel que soit son état, de jour comme de nuit, sans limitation de durée...)
- qui respectent la dignité et l'intégrité des personnes et en particulier l'intimité des couples ou des familles
- en renforçant les moyens des I15 pour que les personnes à la rue puissent avoir immédiatement accès à un hébergement, correspondant à leur demande



- Capables de ne laisser sortir les personnes sans avoir au préalable organisé avec elles une solution plus adaptée.
- qui soient des lieux de vie "multiservices", où les personnes trouveront : alimentation, hygiène, accès aux soins...
- Où les personnes pourront valoriser leurs compétences et leur savoir-faire.

Le dispositif doit donc cesser d'être monolithique en proposant beaucoup de petites structures diversifiées, à bas seuil d'exigence.

→ Lutter contre la violence générée par les structures institutionnelles et associatives qui résultent de :

- la confusion entre le droit commun et le droit chemin (obligation de "réinsertion", "normalité sociale" imposée),
- la mise en place de seuils d'exigence pour bénéficier des dispositifs et des modalités d'accompagnement (par exemple en matière de suivi social ou psychiatrique).
Ces règles posées comme éléments structurants, ou du moins justifiées comme tels, n'offrent en réalité pas les conditions minimales permettant à la personne de reconstruire son image et son parcours. La logique institutionnelle prime sur la logique des "bénéficiaires".
- La souffrance psychique des intervenants eux-mêmes, confrontés en permanence à des histoires douloureuses et aux réponses inadaptées qu'ils sont parfois obligés de donner.

Il faut donc :

- adapter les structures aux personnes et non l'inverse.
- Etablir une réelle continuité dans les solutions d'hébergement tout au long de l'année.
- développer la notion de bas seuil d'exigence, pour rompre avec les normes imposées qui ont montré leur inefficacité.
- adapter l'accompagnement des personnes en fonction de leur parcours et de leurs désirs, (personnes à la rue depuis de longues années, personnes récemment en situation précaire, migrants eux même de pays et de cultures différentes, couples ou familles, personnes avec animaux de compagnie, jeunes « travailleurs »).
- respecter le choix des personnes de naviguer librement entre les différents dispositifs.
- Travailler sur la souffrance psychique des intervenants pour éviter les phénomènes de violence. (régulation d'équipes, mutualisation des moyens, échanges de pratique...)

→ Prendre des mesures qui permettent d'accompagner les personnes vers la plus grande autonomie possible

L'estime de soi des personnes à la rue est brisée et les dispositifs actuels, discontinus et inadaptés, ne permettent pas sa restauration. Trop peu de structures publiques ou associatives prennent en compte les compétences de chacun ou les événements qui ont conduit à la déstructuration de la personne. Les tentatives d'auto-organisation des personnes sont régulièrement balayées, parce qu'elles investissent des lieux publics ou privés (occupation collective d'un quai de métro, d'une rue, d'une entrée d'immeuble, etc.). L'accès aux droits des personnes à la rue est difficile et leur exercice effectif quasiment impossible.

Il faut donc :

- prendre en considération l'histoire de chaque personne,
- valoriser les potentiels et compétences de chacun dans la perspective de la restauration de l'estime de soi.
- Encourager les initiatives d'auto-organisation

Pour sortir des hébergements, il faut des logements !

Il faut d'urgence organiser une chaîne continue, des passerelles, entre les hébergements d'urgence, les hébergements à long terme et les logements en repensant chaque dispositif et en s'assurant que personne ne puisse quitter l'un ou l'autre mode de « toit » sans pouvoir accéder à un autre.

C'est pourquoi nous demandons la mise en place d'une **Couverture Logement Universelle** qui vise en priorité les personnes en état d'exclusion par le logement pour :

- **Accroître massivement l'offre de logements sociaux particulièrement dans les centres urbains** (entre autres en instaurant un conventionnement de solidarité)
- **Réhabiliter tous les logements néfastes à la santé**
- **Arrêter les expulsions sans relogement y compris des habitants en caravane.** Garantir le maintien dans le logement lorsqu'il est adapté et proposer des solutions de relogement quand il ne l'est pas (insalubrité dont saturnisme, surpeuplement...)
- Garantir une offre continue de l'hébergement au logement, adaptée au vécu spécifique de chacun et tenant compte du choix inaliénable de chaque personne. Nous constatons tous la difficulté d'accès au parc locatif qui rend difficile voire impossible les sorties des centres d'hébergement
- demander la transparence des procédures d'affectation des logements pour que les mal-logés et les sans logement puissent en profiter prioritairement
- valoriser les expériences alternatives (logements collectifs autogérés)

17,6% des patients rencontrés dans nos centres en 2001 se déclarent sans domicile.

39.6 % de nos patients en 2001 ont des logements précaires, souvent insalubres.

Aggravation des problèmes de santé des personnes à la rue :

- Dermatologie : 17,6 % (contre 11,3% pour les logés précaires, 9,6% pour les logés)
- Pneumologie : 7,8 % (contre 5,8% pour les logés précaires, 5,6% pour les logés)
- Souffrance psychique : 7,2% (contre 5,4% pour les logés précaires, 4,3% pour les logés)
- Psychiatrie : 6,3% (contre 3,2% pour les logés précaires, 3% pour les logés)
- Traumatologie : 3,4% (contre 2,9% pour les logés précaires, 1,6% pour les logés)

5 - Pour une inscription citoyenne des usagers de drogues dans une politique de réduction des risques

La réduction des risques est une approche globale et pragmatique de la consommation de drogues, une démarche de prévention, de soin, et de restauration du dialogue auprès des plus marginalisés. Elle résulte d'un postulat : il n'y a pas de sociétés sans drogues.

Elle se propose d'apprendre à « vivre avec ou sans drogues » en faisant en sorte de limiter autant qu'il est possible les risques et les dommages liés à leur consommation tant pour les usagers eux-mêmes que pour la société toute entière.

- Pour une prévention primaire inscrite dans l'éducation à la santé

- Pour une responsabilisation de la demande

Evaluer la dangerosité des drogues en vue d'une information crédible

L'évaluation de la dangerosité des médicaments est standardisée et mondialement acceptée aujourd'hui.

En matière de drogues, rien n'est maîtrisé. Les critères de jugement de la dangerosité des drogues ne s'appuient pas sur les mêmes paradigmes et modèles que ceux employés pour les médicaments et tous visent à en exacerber la dangerosité.

L'évaluation de la dangerosité des drogues doit être envisagée sous différents angles : celui de la dangerosité du produit réellement consommé, celui du mode d'usage, celui de la fonction attribuée à la drogue, enfin celui de l'environnement.

En ce sens, on préférera évaluer la dangerosité de la consommation selon les notions d'usage simple, abus et dépendances plutôt que le statut de licite ou illicite de la substance.

- Pour une inscription citoyenne des usagers

Dépénaliser l'usage simple et privé de toutes les drogues

La criminalisation de l'usage, est en opposition avec la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle ampute les usagers de drogues de leur citoyenneté et constitue un obstacle à la réduction des dommages et aux soins.

Les politiques européennes recommandent de disposer de législations plus intelligentes et moins meurtrières mais les politiques nationales ne s'y risquent pas.

Notre pays est l'un des derniers pays d'Europe à criminaliser l'usage de drogues. Plus absurde encore, les usagers de cannabis constituent la grande majorité des interpellations. Les politiques se refusant à mettre en débat la loi, ils l'aménagent. Enfin, cette loi est appliquée de manière si discrétionnaire sur l'ensemble du territoire qu'elle se heurte à la conception républicaine de l'égalité des citoyens. Le tout décrédibilise plus encore la loi et dénature le rapport à la loi des plus jeunes c'est-à-dire les futurs citoyens.

Dans sa grande sagesse, le Comité d'éthique et de nombreuses voies s'élèvent pour souligner qu'il serait plus efficace et plus responsabilisant de faire porter l'effort de la collectivité sur la répression des conduites à risques pour autrui que sur l'usage simple. Enfin, il n'existe pas d'autre cas où le risque pris par un individu pour sa santé, sans aucun trouble à l'ordre public, soit passible de prison.

- Pour une réduction des dommages sanitaires chez les usagers

L'intensité du conflit entre une politique exclusive de réduction de la demande et une politique militante de réduction des risques masque les premiers résultats d'une politique de santé publique initiée en France par *Médecins du Monde* et développée par le gouvernement.



La force de cette contradiction sous-estime l'impact positif des nouvelles stratégies proposées à l'étranger et fragilise, en France, les intervenants en 1^{ère} ligne face aux citoyens : les riverains préfèrent savoir les usagers dans les caves et souterrains de nos cités que dans des boutiques ayant pignon sur rue. Cette contradiction renforce le niveau d'exigence des dispositifs de soins et rend problématique l'espérance d'un résultat durable puisqu'elle oblige l'usager à passer sans transition, de l'exclusion à une réinsertion sociale.

Enfin, la profondeur du désaccord rend hésitant les décideurs : 30 ans de retard sur la substitution, 10 ans pour l'accès aux seringues, 3 ans sur la vigilance sanitaire sur les drogues de synthèse, silence et frilosité sur les projets innovants des derniers gouvernements.

L'ensemble de ces propositions doit s'inscrire dans une loi cadre promouvant la réduction des risques dans les politiques touchant aux questions des drogues en France.

6 – Pour une prise en charge réelle de la souffrance psychique des personnes en situation d'exclusion

Les équipes de Médecins du Monde sont confrontées chaque jour à la souffrance psychique des personnes qu'elles soignent, dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation, dans la rue et dans les programmes d'échanges de seringues. Personnes à la rue, jeunes en errance, étrangers demandeurs d'asile ou/et en grande précarité, personnes en grande difficulté sociale, toutes sont concernées. Cette souffrance psychique n'est pas assez prise en compte par les institutions de soin dont ce serait l'attribution.

L'articulation entre l'exclusion et la maladie mentale est puissante et pernicieuse. L'exclusion entraîne inévitablement de fortes souffrances psychiques, et renforce les troubles mentaux préexistants chez les personnes qui lui sont soumises.

Pour les personnes à la rue, la pénibilité des conditions de vie (froid, manque de sommeil, insécurité et violence permanente), l'effondrement de l'estime de soi provoquent rejet et repli sur soi. Mais même en dehors de la rue, le non accès au travail, l'absence « d'utilité sociale », les échecs répétés d'insertion sont sources de dévalorisation et de souffrance psychique importante. Cette souffrance s'exprime par des difficultés à saisir les offres d'aide sociale, les somatisations, les addictions (alcool, autres substances...), parfois la violence.

La demande de soin directe est rare et souvent présentée comme urgente. Il faut donc, pour les soignants, savoir la rechercher derrière les symptômes banaux mis en avant lors de la consultation. Seule une écoute attentive et prolongée permet d'accéder à cette souffrance. Il est indispensable d'aller au devant de son expression. La participation de psychiatres et de psychologues à l'accueil et aux équipes travaillant dans la rue permet « d'apprivoiser » les patients. La disponibilité à l'émergence d'une demande, l'acceptation de rendez vous manqués, la souplesse de la prise en charge, la reconnaissance de la personne, la connaissance de ses conditions de vie et de ce qu'elles impliquent, l'acceptation calme de l'échec sont les voies qu'ont choisies les équipes de Médecins du Monde.

La prise en charge de cette souffrance psychique dans le système de soins officiel est difficile, car hors des conditions et normes habituelles du soin psychiatrique :

- la médecine de ville est peu accessible compte tenu de l'absence de ressources et/ou de couverture sociale.
- La médecine hospitalière avec ses attentes, ses circuits compliqués les décourage, les humilie parfois, les rejette souvent. Quand ils y sont admis, car leur état est alors très inquiétant, ils finissent souvent par se faire rejeter ou la fuir.
- Dans les services de psychiatrie, la tolérance est parfois plus grande, mais également limitée. Dans le cas des personnes vivant à la rue depuis longtemps, leur instabilité, leur comportement d'échec, leur incapacité à respecter un contrat explique les sorties contre avis médical, les fugues etc. Les équipes soignantes sont de moins en moins nombreuses, habituées à gérer de courts séjours, leur compétence est souvent mesurée à la rapidité des résultats obtenus. Elles ne peuvent avoir que peu d'intérêt pour des personnalités avec de lourds problèmes sociaux, instables, marginales, vouées à l'échec, peu gratifiantes.
- L'instance la mieux indiquée pour une prise en charge thérapeutique dans le temps devrait être le secteur public d'hygiène mentale, mais son organisation est inadaptée à cette population : attente de 6 à 15 semaines parfois avant le premier entretien, engagement exigé dans un processus de thérapie dans le temps (pour des personnes dont les conditions de vie suppriment les repères temporels), absence d'interprètes pour les personnes étrangères, obligation de présence aux rendez vous fixés, impératifs d'efficacité voire de rentabilité alors que les moyens en personnels



sont parcimonieux, notoirement insuffisants, et totalement inadaptés à la précarité de ces patients.

C'est pourquoi **il est maintenant indispensable de mettre en place les moyens de prendre en charge réellement la souffrance psychique comme les problèmes de santé mentale, en les adaptant aux plus démunis.** Loin de proposer une « psychiatisation » de l'exclusion, Médecins du Monde demande une réelle concertation et collaboration entre toutes les personnes amenées à rencontrer ce public (accueillants, travailleurs sociaux, médecins, psychologues, psychiatres...).

Il faut donc :

- **Un lien réel, voire institutionnel entre les professionnels de la psychiatrie, de la médecine, du travail social et de l'accueil.** Il doit se traduire par des réunions de concertations et des formations inter disciplinaires. Dans ce cadre, le développement de réseaux "santé précarité" est urgent.
- **Des lieux d'accueil type « haltes de jour »,** à bas seuil d'exigence, aux horaires adéquats, offrant une écoute en groupe ou individuelle en présence de professionnels de la psychiatrie, intégrés dans les équipes d'accueil. Ces lieux de vie doivent également proposer des activités restauratrices d'estime de soi, de valorisation et d'expression de chaque personne (arts, activités manuelles, écriture, théâtre,...).
- **Des centres médico-psychologiques adaptés à cette population, acceptant les personnes « hors secteur »,** proposant un premier accueil pluridisciplinaire, sans rendez vous, une écoute attentive, une prise en charge souple et tolérante.
- **Un système d'hébergement et de soin adapté de type « gigogne » pour les personnes à la rue depuis longtemps.** Il débiterait par des lieux d'observation et de soins spécialisés, permettant de réaliser une prise en charge médico-psycho-sociale dans un climat de grande tolérance. A l'issue du séjour certaines personnes, peu enfoncées dans la précarité pourraient alors rejoindre les circuits existants (maison de repos et de post cure...). Pour les autres, il faudrait un « asile », au sens noble du terme, à haut niveau de tolérance des professionnels (horaires, alcoolisation, animaux domestiques..) mais non sans limites. L'accompagnement pluridisciplinaire permettant d'avancer sans hâte vers une meilleure intégration. Enfin, un lieu de vie « moyen seuil » avec plus d'exigence en matière d'hygiène, d'horaires, d'alcoolisation, de participation aux tâches communautaires et créatrices, toujours doublé d'un accompagnement médico-social devrait permettre à certains le passage vers des structures existantes (CHRS - centres d'hébergement et de réinsertion sociale-, appartements protégés...). Les nouvelles structures devraient être nombreuses et de faible effectif.

Ces propositions visent à permettre à tous ceux que la société exclue (jeunes errants, personnes sans domiciles fixes, demandeurs d'asile en grande précarité...) de soigner des souffrances qui pour être cachées et dédaignées, n'en sont que plus douloureuses et sont des obstacles incontournables aux soins et à l'intégration sociale.

La souffrance psychique des patients est le diagnostic secondaire le plus fréquemment posé (10% des consultations).

13.5% des diagnostics principaux portés chez les personnes à la rue correspondent à une souffrance psychique, contre 7.9% chez les personnes ayant un domicile, 6.3% correspondent à une pathologie psychiatrique avérée, 7.2% à des manifestations psycho-fonctionnelles.

Les patients pour lesquels une grande souffrance psychique a été exprimée ou constatée :

- 16,9% sont des jeunes de 16 à 25 ans
- ils sont plus souvent à la rue (22,9%) que les autres patients (17,6%),
- et encore plus pour les jeunes de 16 à 25 ans (27%)
- ils vivent majoritairement seuls pour 52,7%
- et encore plus pour les jeunes de 16 à 25 ans (55,7%)

- près d'un tiers des étrangers (32%) pour lesquels une grande souffrance psychique a été exprimée ou constatée sont demandeurs d'asile

7 – Pour lutter contre les discriminations dont sont victimes les gens du voyage, roms tsiganes et autres « travellers »

Les équipes de *Médecins du Monde* vont à la rencontre de populations en butte à des difficultés particulières, parmi lesquelles les Roms/Tsiganes et les gens du voyage. Elles se rendent sur les lieux de vie de ces personnes dans l'objectif d'améliorer leur accès à la prévention et aux soins et de défendre leur accès aux droits fondamentaux, trop souvent bafoué.

Les gens du voyage et les Roms/Tsiganes souffrent depuis trop longtemps des stéréotypes qui les accompagnent, du rejet de leur mode de vie tant par la population générale que par les institutions, les administrations et le pouvoir politique. Cette attitude de méfiance entraîne de vrais dénis de leurs droits en tant que citoyens.

Médecins du Monde demande :

- que ces personnes aient accès aux mêmes droits que tous les autres citoyens,
- que leur choix de mode de vie soit reconnu,
- que leurs enfants aient la possibilité d'accéder à une scolarisation normale.

Accès à la citoyenneté

Les dispositions de la loi du 3 janvier 1969, relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes en France sans domicile ni résidence fixe, doivent être entièrement revues :

- Les personnes doivent pouvoir se domicilier dans la commune de leur choix, ce qui implique la suppression du quota de 3% actuellement opposé par les communes.
- Le droit de vote doit leur être accordé, comme aux autres citoyens après 6 mois de domiciliation dans cette commune (actuellement 3 ans).
- L'obligation de posséder un carnet et/ou un livret de circulation et de les faire viser régulièrement doit être supprimée.
- Pour prouver leur identité, les citoyens gens du voyage doivent pouvoir le faire par les mêmes moyens que les autres citoyens, principalement par la présentation d'une carte d'identité à l'adresse de la mairie de la commune de rattachement, sans que la mention « commune de rattachement » soit indiquée en clair.
- Pour exercer une activité professionnelle ambulante ils doivent avoir un document équivalent de l'inscription sur les registres professionnels : une adaptation et une simplification des livrets de circulation actuels pourraient en tenir lieu.

Prise en compte des choix individuels en matière de logement et de conditions de vie

Le choix de ne pas avoir un logement « en dur » et de vivre à l'année dans une caravane ou un mobil-home, que ce soit pour voyager ou s'installer sur un terrain personnel, doit être respecté : la caravane ou le mobil-home doivent être administrativement reconnus comme un logement, donnant accès à tous les droits liés au logement.

Les conditions de vie des gens du voyage qui souhaitent continuer à se déplacer devraient être sensiblement améliorées par la mise en application de la loi Besson 2000.

Cependant :

- les schémas départementaux devaient être terminés au 31 décembre 2001. Seuls 10 ou 15 départements auraient achevé leur travail, ce qui risque d'entraîner des retards considérables dans la mise en application de la loi et une prolongation insupportable des



conditions de vie misérables et précaires actuelles. Des dispositifs minimaux devraient sans attendre pouvoir être proposés aux voyageurs pour éviter les problèmes, entre autres juridiques, en cas de stationnement spontané en l'absence d'aires d'accueil sur une commune,

- il faut impliquer les usagers dans l'élaboration de ces dispositifs afin que ceux-ci répondent aux besoins de la population ciblée,
- il faut créer des aires d'accueil à proximité des hôpitaux pour permettre aux familles de rester auprès de leurs malades,
- le suivi sanitaire, scolaire et administratif des futurs usagers des aires d'accueil doit être réfléchi dans le droit commun : renforcement des structures d'accueil social et des PMI de voisinage.

La situation des gens du voyage qui souhaitent se sédentariser est insuffisamment prise en compte dans la loi Besson 2000. La création d'aires de stationnement ne les concernera pas : un travail spécifique sur la consolidation de leurs titres de propriété, sur le Plan d'Occupation des Sols, ou sur de nouvelles propositions de terrains et de crédits doit être envisagé au cas par cas, commune par commune.

Ce travail permettra de traiter les nombreux problèmes que rencontrent ces personnes pour l'accès à l'eau, à l'électricité, aux latrines, à la collecte des eaux usées, au ramassage des ordures, et aux conséquences sanitaires qui en découlent. En l'absence de telles mesures, ce sont les bénéfices escomptés de la loi Besson qui seront mis en cause, les sédentaires s'installant sur les aires d'accueil à la place des voyageurs qui n'y trouveront plus de place.

Pour un accès effectif des enfants à la scolarisation sans filière spécifique

Afin que le droit fondamental de l'accès à l'éducation puisse être effectif pour les enfants roms/tsiganes, et dans le souci d'assurer la continuité et la cohérence de la scolarité, il faut :

- faire appliquer par les maires et les responsables de l'éducation nationale l'obligation d'admettre sans délai tout enfant rom/tsigane séjournant sur la commune et ce, quelle que soit la durée prévue de son séjour
- décharger pour partie les parents des démarches administratives liées au changement d'établissement en mettant en place une coordination entre les écoles successives
- transmettre tous les documents (livret scolaire), permettant le suivi pédagogique de l'enfant
- favoriser les échanges de savoir et d'expérience dans ce domaine
- simplifier l'organisation du CNED pour les gens du voyage en permettant l'alternance et la complémentarité avec, là aussi, une coordination et un suivi entre les établissements scolaires
- permettre aux enfants roms/tsiganes d'accéder sans discrimination à toutes les activités parascolaires, cantine, piscine, visites, voyages...
- prendre en compte et valoriser leurs aptitudes particulières : chant, musique, danse par exemple
- prendre des mesures concrètes pour que la scolarité des jeunes du voyage ne soit pas interrompue avant l'âge obligatoire et qu'ils aient accès au collège et au lycée : information des familles et des jeunes en primaire...



8 - Pour l'éradication du saturnisme infantile

Le saturnisme est une intoxication provoquée par l'ingestion de plomb, qui touche les enfants très jeunes vivant dans des logements insalubres et qui, même dans ses formes modérées, atteint leur système nerveux central et altère leur développement psychomoteur de manière définitive.

Les fillettes intoxiquées aujourd'hui transmettront la maladie, plus tard, à leurs enfants.

La mission saturnisme infantile de Médecins du Monde, créée à Paris en 1993, est en grande partie à l'origine du volet saturnisme de la loi contre les exclusions votée en 1998.

D'autres missions saturnisme, entièrement menées par des bénévoles, ont été créées à Poitiers en 1998, à Bordeaux en 2000 et Toulouse en 2002.

Une expertise collective de l'INSERM (janvier 1999) estime qu'entre 150 000 à 300 000 enfants sont exposés au risque saturnin et qu'au moins 85 000 enfants en France ont une plombémie supérieure à 100µg/l (seuil d'intoxication avérée). Seuls 5% d'entre eux seraient dépistés !

8 200 à 11 600 enfants ont une plombémie supérieure à 250µg/l.

La lutte contre le saturnisme doit donc rester une priorité de santé publique car bien que la maladie des taudis reste encore largement ignorée, les victimes, elles, sont nombreuses et ne sont toujours ni repérées ni protégées.

Afin de sensibiliser l'ensemble des médecins, Médecins du Monde demande :

- **l'inscription saturnisme infantile dans les ALD 30+1 (Affection Longue Durée)⁵ qui deviendraient donc 31+1.**
- **l'introduction d'une rubrique concernant le risque sur les intoxications au plomb dans les certificats d'examen de santé obligatoires à la naissance, aux 9ème et 24è mois.**
- **la mise en place d'une conférence de consensus sur les méthodes de dépistage de l'intoxication au plomb pour sortir de la seule plombémie sanguine qui ne donne aucune idée sur les stocks osseux.**
- **La réalisation de recherches spécifiques afin de savoir quel suivi mettre en place, quelle aide apporter aux enfants qui ont été intoxiqués et sont sortis des lieux d'intoxication.**

La promesse ministérielle en 1999 d'instaurer dans tous les départements des facilitations au dépistage en vérifiant que le coût de la plombémie ne puisse jamais être un obstacle pour les familles concernées, n'est toujours pas concrétisée en 2002.

Trois années après le vote de la loi contre les exclusions et de son volet lutte contre le saturnisme, Médecins du Monde demande également l'amélioration de la loi par de nouvelles dispositions :

- **l'obligation de fournir un logement adapté en urgence dès qu'un enfant est intoxiqué ou en danger de l'être**
- **limiter les travaux aux seuls logements adaptés aux familles**
- **améliorer la qualité des travaux prescrits et encadrer fermement leur réalisation**
- **obligation de fournir à chaque nouveau locataire d'un logement datant d'avant 1948 un certificat de bilan d'accessibilité au plomb (bilan à renouveler tous les 5 ans).**
- **améliorer le dépistage y compris celui des femmes enceintes**
- **obligation de mise en place au sein de chaque ville d'un comité de pilotage « santé-insalubrité » incluant les associations concernées**

⁵ expliquer...



- **engager des travaux ambitieux, à la hauteur des drames humains vécus, pour la résorption de l'habitat toxique plomb en prévoyant les crédits nécessaires** (soit 4 milliards pour détecter les logements, et 15 milliards de francs pour l'éradication du plomb de ces quelques 150 000 logements d'après l'Inserm.)
- **affirmer la responsabilité pénale de toutes les institutions (PMI, hôpitaux, préfectures et mairies) lorsqu'un enfant gravement intoxiqué est renvoyé vers le logement dans lequel il s'est intoxiqué.**

9 – POUR UNE PRISE EN COMPTE DE LA SANTE DES JEUNES

Nous constatons dans les Missions France de Médecins du Monde que certains enfants n'ont pas une couverture sociale suffisante pour avoir un accès aux soins correct et que l'école, ne joue pas toujours son rôle d'intégrateur social et de protection de l'enfant

- La vie d'un enfant débute dès **avant la naissance**,
- La **grossesse** doit être médicalement **prise en charge** de façon correcte et régulière, quel que soit le terme au moment de la première consultation. En ce sens la disparition des PMI de proximité au « profit » de consultations intrahospitalières, souvent surchargées, est un non-sens en terme de santé publique.
 - Un **suivi psychologique** des mères ayant débuté leur grossesse de manière traumatisante (exil, viol, prostitution...) doit être systématiquement proposé.
 - Des **conditions** décentes et rassurantes de **logement** stable et salubre
- **Après la naissance**, il convient de rester vigilant sur un certain nombre de points :
 - La **sortie de la maternité**, actuellement de plus en plus précoce, doit être différée non seulement pour raison médicale, mais aussi tant qu'un hébergement de qualité n'est pas assuré
 - Les petites **structures d'accueil mère-enfant** doivent être multipliées pour résoudre les problèmes d'hébergement
- Durant la **petite enfance**,
 - La prise en charge par les **PMI** (centres de Protection Materno-Infantile) doit être plus soutenue, avec des relais efficaces et des PMI pouvant se déplacer vers les personnes (soins curatifs, délivrance de médicaments) en cas d'absence de couverture maladie
 - La lutte contre le **saturnisme infantile** doit être effective
- Le **temps de la scolarité** est un temps privilégié pour prendre en compte les difficultés d'accès aux soins et à la santé :
 - La **médecine scolaire** doit être renforcée, en particulier dans les Zones d'Education Prioritaires y compris pour assurer le suivi médical après dépistage par la médecine scolaire
 - Une **formation à l'accès aux soins** et aux droits doit être assurée avant la fin de la scolarité afin que les jeunes soient acteurs de leur propre santé
 - Il y a, pour l'Etat, **obligation de scolarisation** de tous les enfants vivant sur le sol français, quelles que soient les conditions de logement et les « difficultés » de rattachement à une commune
- A l'**adolescence**, la prise de responsabilité des jeunes et leur autonomisation progressive vers l'âge adulte doit être soutenue :
 - Chaque jeune, à partir de 16 ans, doit avoir une **carte autonome de Sécurité Sociale**, et doit pouvoir bénéficier du tiers-payant chez tout professionnel de santé
 - La **lutte contre le mésusage de toutes les drogues, en particulier l'alcool**, doit être renforcée, et la loi Evin effectivement appliquée
 - Les **préservatifs** et le matériel de prévention doivent être gratuits et à disposition de tous les mineurs
 - La prise en charge des **IVG** doit être effective dans tous les centres d'orthogénie, quel que soit le terme de la grossesse (dans la limite des délais légaux)
 - Les **IVG** doivent être effectivement possibles pour les **mineures**, même sans autorisation parentale y compris pour les sans papiers
 - Tous les jeunes en rupture devraient bénéficier de **revenus** leur permettant de vivre de manière décente, sans avoir recours aux trafics illicites ou à la prostitution



Enfin, tous les enfants mineurs doivent pouvoir bénéficier de la CMU base et complémentaire, quelle que soit la situation administrative des parents.

18,9% de nos patients ont entre 16 et 25 ans. 10,1 % des patients sont mineurs. Quatre patients sur cinq ont moins de 41 ans.

Les jeunes de 16 à 25 ans vivent dans des conditions encore plus précaires que leurs aînés :

90,8% d'entre eux n'ont aucune ressource,

20,2% vivent à la rue

50,4% vivent seuls, à l'âge où l'immense majorité des jeunes vivent encore chez leur famille



I 0 - POUR UN VÉRITABLE ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE ARRIVÉS EN FRANCE

L'extrême précarité des demandeurs d'asile

40 000 demandeurs d'asile politique sont arrivés en France en l'an 2000, ce qui place la France au 8ème rang des pays européens en matière d'asile conventionnel. Pourtant, malgré le faible nombre de demandeurs reçus en France, les conditions d'accueil sont détestables : durée de procédure de plus en plus souvent supérieure à 2 ans, insuffisance criante d'hébergement, interdiction de travailler, indemnité cache misère... Enfin, dans certaines villes, les demandeurs d'asile n'obtiennent même pas de papier indiquant qu'ils auront rendez-vous (parfois dans plusieurs mois) pour déposer leur demande d'asile : rien n'indique alors qu'ils sont demandeurs d'asile, en dehors de leur parole, les rendant ainsi clandestins et les privant entre autres de l'accès immédiat à la CMU à laquelle ils ont droit. Tout est fait pour inscrire ces demandeurs d'asile dans la précarité la plus extrême.

Pour les victimes de violence politique, l'absence de reconnaissance de leurs besoins élémentaires se double d'un vécu traumatisant dans leur pays d'origine. Dans ces conditions nous rencontrons chaque jour dans nos consultations ou dans la rue, lors de maraudes, des personnes profondément blessées, humiliées, désespérées.

Médecins du Monde demande l'application urgente de mesures concrètes :

- un véritable accueil, respectueux de la dignité des réfugiés qui arrivent dans notre pays, et ce quel que soit le type d'asile demandé
- le raccourcissement de la procédure au strict nécessaire et l'examen sérieux de chaque demande (entrevue systématique de chaque demandeur)
- la mise à niveau du dispositif d'hébergement afin qu'il puisse accueillir les demandeurs d'asile dans les jours qui suivent leur arrivée en France
- la possibilité d'accéder à la formation et au travail
- un accompagnement social et juridique garanti à l'ensemble des demandeurs.

Par ailleurs, nous appelons de nos vœux une vraie politique d'asile en France et en Europe conforme à l'idéal des droits de l'homme que ce continent représente.

Les demandeurs d'asile qui représentent 29% des étrangers reçus en 2001 par nos centres sont :

- encore plus souvent SDF (27,1% contre 17,6% pour l'ensemble de la population reçue)
- Les jeunes de 16 à 25 ans sont eux 31,3% à être SDF
- 29,6% des demandeurs d'asile sont des femmes : elles sont plus souvent demandeurs d'asile politique (68%) que les hommes (48,9%)
- les demandeurs d'asile sont arrivés dans l'agglomération depuis moins de 3 mois pour 57,6% (contre 45,8%)
- Ils sont encore plus nombreux à n'avoir aucune ressource : 93,2% (contre 87%)
- Ils ont encore moins de droits ouverts à la couverture maladie : 90,1% (contre 81,3%)
- Ils ne sont pas informés de leurs droits à la couverture maladie pour 27,7% (contre 25,7%)
- La barrière linguistique est citée parmi les obstacles à l'accès aux soins pour 12,4% (contre 8%)
- La souffrance psychique est plus souvent exprimée ou constatée chez les demandeurs d'asile (6,1%) que chez l'ensemble des patients (5,2%)



II - Pour la régularisation des sans papiers résidents en France

La politique de l'immigration zéro et l'absence de régularisation plongent aujourd'hui dans la clandestinité des dizaines de milliers de personnes qui se retrouvent concrètement sans droits... mais pas sans besoins.

Une bonne partie – en particulier les déboutés du droit d'asile ou bien les parents d'enfants nés en France – se révèle pourtant en pratique inexpulsable.

Ce sont donc des milliers d'individus qui ne pouvant être renvoyés sur leur pays d'origine, restent en France et deviennent ainsi des « sans droit » : sans droits aux papiers, sans droit au logement, sans droit au travail, sans ressources. Ce sont évidemment parmi eux que se recrutent la plupart des victimes des marchands de sommeil, des réseaux de prostitution et des « négriers » qui trouvent là une main d'œuvre bon marché, silencieuse et docile.

Nous constatons 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, dénutrition, etc. De fait, sans papiers rime vraiment avec pas de santé.

Un mauvais accès aux soins

L'accès à une couverture médicale, possible pour tout résident en France, est réduit pour les sans papiers à l'Aide Médicale Etat (AME). Or cette aide se révèle difficile à obtenir et, de plus, elle ne garantit pas l'accès aux soins. De fait, les délais très importants pour le remboursement par les CPAM des professionnels de Santé qui acceptent l'AME, a poussé des pharmaciens et des médecins de plus en plus nombreux à la refuser.

Que dire dans ces conditions de l'accès à la prévention... ! Malgré les demandes répétées de Médecins du Monde depuis la préparation de la loi CMU, les enfants de parents sans papiers n'obtiennent toujours pas la CMU, seule couverture médicale susceptible de leur offrir un accès à la prévention...

Médecins du Monde demande la régularisation de tous les étrangers qui, vivant sur notre territoire, en ont fait la demande, montrant ainsi leur volonté de vivre au grand jour dans les lois de la République.

<p>68,8 % des étrangers entrés en France depuis 10 ans, qu'ils relèvent du dispositif CMU ou AMER, n'ont toujours aucune couverture maladie Seuls 5% des sans papiers, qui devaient avoir l'AME, l'avaient obtenue quand nous les avons reçus en 2001.</p>
--

I 2 – Pour une prise en compte des personnes prostituées victimes de trafic

La globalisation, les crises politiques (bloc de l'Est), voire les conflits et la diversification des trafics maffieux entraînent un bouleversement du paysage prostitutionnel : la multiplication des réseaux dont sont victimes de plus en plus d'hommes et de femmes.

A cette situation de **vulnérabilité** physique, psychologique et sociale où s'intriquent les effets des violences, des humiliations, du déni de son corps et du déracinement, s'ajoute la **loi du silence** imposée par la peur et l'impossibilité de se repérer dans l'environnement (pressions sur la famille, changements fréquents de villes, barrières linguistique et culturelle), qui n'autorise pas l'expression même minimale de la souffrance.

Médecins du Monde demande une réelle prise en compte de la situation subie par les personnes prostituées victimes de trafic, portant atteinte à leur dignité humaine.

→ Faire de la lutte contre le proxénétisme organisé une priorité européenne et nationale

La traite des personnes prostituées (dont les mineurs) a une dimension européenne. Nous demandons donc aux Etats européens de lutter ensemble contre le proxénétisme organisé.

Sur le territoire national, la lutte contre le proxénétisme organisé doit être une priorité organisée avec les moyens nécessaires.

Enfin, nous demandons à l'Etat français de ratifier le protocole additionnel de la convention CTO (Crime Transnational Organisé) qui concerne la coopération judiciaire internationale en matière de prévention et de lutte contre la traite des personnes. Signée en 2000 à Palerme par 120 Etats, elle doit être ratifiée par 40 Etats (seuls 2 l'ont fait à ce jour) pour entrer en vigueur.

→ Permettre un accès adapté à la prévention et aux soins

Des moyens doivent être apportés à des équipes sanitaires et sociales (accompagnées d'ethnologues et d'interprètes) pour qu'elles puissent agir sur les lieux de prostitution, tout en garantissant la qualité et l'éthique.

De même, les CDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit) doivent être pourvus des moyens nécessaires pour effectuer un travail de proximité sur ces mêmes lieux.

→ Permettre une mise à l'abri des personnes en demande

Sortir de la prostitution demande un accompagnement spécifique, qui n'est actuellement pas organisé. Les personnes qui le souhaitent doivent pouvoir échapper à leur situation, en toute sécurité, et choisir de rester en France y compris en étant régularisées (en effet, seul le statut de résident régulier évite les expulsions intempestives et permet la mise en place d'une éventuelle procédure judiciaire).

Il faut donc mettre en place et faire connaître un numéro vert d'information et d'orientation, créer des centres d'accueil et d'hébergement sécurisés et proposer un suivi médico-social et un accompagnement .

→ Protéger les mineur(e)s prostitué(e)s

Les adolescents prostitués, en péril, victimes des adultes, bien souvent sans papiers, sans parents et perdus en terre étrangère doivent pouvoir être repérés et mis sous la protection et le contrôle du juge des mineurs afin qu'ils bénéficient de mesures d'assistance éducative. Par ailleurs, leurs proxénètes doivent être traités en criminels et jugés en tant que tels.

→ Développer une responsabilité citoyenne des clients vis-à-vis de la prostitution

Les citoyens doivent être sensibilisés par des campagnes d'information rappelant que la prostitution des mineurs est illégale sur l'ensemble du territoire, qu'elle touche des mineurs parfois très jeunes,



que les personnes prostituées victimes de trafic subissent contraintes et violences, qu'enfin la demande et l'argent des clients alimentent les réseaux maffieux de proxénétisme organisés. Il faut aussi intégrer dans l'éducation sexuelle pratiquée dans les établissements scolaires le thème de la prostitution et de ses clients.