



Action Voyageurs 16 – ADAPGV - AREA - DTV de La Sauvegarde du Nord - Association pour l'Accueil des Voyageurs – Fnasat-gdv –
Les Forges - Médecins du Monde - Première Urgence Internationale – Centre social RAGV – SoliHA – Voyageurs 72

Programme National de Médiation en Santé

SUIVI ET EVALUATION DES PROJETS DE MEDIATION EN SANTE Année 2018

Synthèse finale

Octobre 2019

Synthèse réalisée par Pauline Gaullier

Association Peuples des villes



Bordereau documentaire

Titre et sous-titre du document

Programme National de Médiation en Santé

Suivi et évaluation du Programme National de Médiation en santé – Année 2018

Date de parution

Octobre 2019

Contenu

Ce document présente le suivi et l'évaluation des actions des médiatrices-teurs du Programme National de Médiation en 2018 (résultats des indicateurs quantitatifs, qualitatifs, perspectives).

Propositions de mots-clefs

Santé, médiation, médiation en santé, évaluation, indicateurs, méthodologie.

Organisme auteur

Association Peuples des villes

34, cours de Vincennes 75012 Paris

<https://www.peuplesdesvilles.org/>

Contact : Pauline Gaullier, pauline.gaullier@peuplesdesvilles.org

Contact

FNASAT-Gens du voyage

(Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage)

Pôle Santé

59, rue de l'Ourcq 75019 Paris

<http://www.fnasat.asso.fr/>

Contact : Stéphane Lévêque, s.leveque@fnasat.asso.fr

SOMMAIRE

1. LA MEDIATION EN SANTE ET LE PNMS

- 1.1. La médiation en santé
- 1.2. Le Programme National de Médiation en Santé

2. OBJECTIFS, ENJEUX ET ELEMENTS METHODOLOGIQUES DE L'EVALUATION

- 2.1. Objectifs et enjeux
- 2.2. L'action de médiation et son déploiement en 2018
- 2.3. Éléments méthodologiques

3. POPULATION SUIVIE ET ACTION « D'ALLER VERS »

4. FREINS DANS L'ACCES A LA SANTE

5. ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL ET COLLECTIF

- 5.1. L'accompagnement individuel : thématiques abordées et modalités de mise en œuvre
- 5.2. L'accompagnement collectif

6. LES ACTIONS PARTENARIALES ET DE MEDIATION REALISEES

- 6.1. Les actions partenariales
- 6.2. Une plus-value pour l'ensemble des acteurs
- 6.3. Des actions de médiation pour améliorer les conditions des lieux de vie qui portent leurs fruits

7. CONCLUSION

- 7.1. Les limites méthodologiques de la démarche évaluative et les axes de travail
- 7.2. Une plus-value de la médiation qui ne peut palier des difficultés structurelles entretenues par les pouvoirs publics
- 7.3. Perspectives

8. BIBLIOGRAPHIE

9. TABLE DES ABREVIATIONS

1. LA MEDIATION EN SANTE ET LE PNMS

1.1 La médiation en santé

La médiation en santé doit permettre l'égalité d'accès aux services de santé de droit commun. Elle a pour objectif de favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention de la population éloignée du droit commun. La médiation en santé se situe dans le champ des pratiques de médiation sociale¹ et s'inscrit dans une démarche « d'aller vers » un public ciblé en fonction de critères sociaux, liés au lieu de vie ou à une problématique de santé particulière.

L'une des principales missions du/de la médiateur/trice est d'assurer une meilleure intercompréhension entre les actrice/teur/s de santé et le public cible. Le/le médiatrice/teur en santé travaille ainsi au rapprochement de chacune des parties, en informant d'une part le public sur le système de santé et d'autre part les structures de santé sur le contexte de vie des personnes. Elle/il met physiquement en lien les deux parties, en accompagnant les personnes dans les hôpitaux, les services de PMI, de prévention ou vers la médecine de ville, tout comme elle/il accompagne les professionnel-le/s de santé sur les lieux de vie pour faciliter l'exercice de leur travail. Le/le médiatrice/teur en santé agit sur les mécanismes qui freinent le recours des personnes au système sanitaire et sur les difficultés de communication qui peuvent exister entre les institutions sanitaires et le public. Il s'agit enfin d'alerter les autorités compétentes sur les dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes et sur les risques liés à l'environnement de ces personnes.

Depuis janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a inscrit la médiation en santé dans le code de la santé publique (Art. L. 1110-13). Cette intégration permet de :

- Reconnaître la médiation en santé en tant qu'outil d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les populations éloignées du système de santé, en prenant en compte leurs besoins spécifiques,
- Renforcer le cadre d'intervention puisque la Haute Autorité de Santé a été chargée par la loi d'élaborer, en concertation avec les acteur/trice/s concerné/e/s, des référentiels de compétences, de bonnes pratiques et de formation en la matière.

Selon le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques en médiation santé publié par la Haute Autorité de Santé en octobre 2017, la médiation désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- D'une part l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables,
- D'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

De plus, l'instruction no SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi no2016-41 de modernisation de notre système de santé cite la médiation en santé parmi les outils

¹ Cf. la charte de référence de la médiation sociale disponible en ligne au lien suivant : https://www.francemediation.fr/system/files/inline-files/charte_mediationsociale%2C%202001.pdf

qui peuvent être mobilisés par les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

Ainsi, les actions locales des médiateur·trice·s se déclinent en trois niveaux d'intervention :

- En direction du public ciblé en développant les connaissances des personnes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun,
- En direction des structures de santé en mobilisant les actrice·teur·s de santé et en favorisant une meilleure connaissance des populations pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public cible au sein des structures,
- En direction de l'environnement des sites de vie, en contribuant à réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique.

La médiation constitue une phase transitoire, une passerelle vers une prise en compte par les services de droit commun et cet objectif doit être constitutif de toute action de la·du médiateur·trice·teu·re.

1.2. Le Programme National de Médiation en Santé

Le Programme National de Médiation en Santé (PNMS) est un projet inter-associatif. Il vise à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité par des actions de médiation en santé et le développement d'une plateforme d'appui et de ressources.

Créé en 2011, le PNMS a d'abord été développé de façon expérimentale en direction de personnes vivant en squat et en bidonvilles. Il a été étendu en 2015 aux habitant·e·s de résidence mobile en situation de précarité. Il a été soutenu pour une période de quatre ans (2013-2016) par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)² et la Fondation de France.

En partageant les moyens, le PNMS vise à améliorer l'accès aux droits à la prévention et aux soins dans le système de droit commun. Le programme permet d'organiser l'échange de pratiques, la capitalisation des actions et la formation des médiateur·trice·s.

La gouvernance du programme national est assurée par un comité de suivi et un comité de pilotage. Le comité de suivi est constitué de représentant·e·s d'institutions nationales, des bailleurs nationaux et locaux et des associations partenaires. Le comité de pilotage est composé des membres du programme et se réunit une fois par an pour orienter l'évolution du programme et mettre en débat les principaux axes de développement.

La coordination du PNMS est assurée par le pôle santé de la Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Actions avec les Tsiganes et les gens du voyage (FNASAT). Elle consiste en quatre actions principales :

² L'INPES est devenu Santé Publique France.

- Assurer la gouvernance et la communication du programme national,
- Appuyer la mise en œuvre des actions locales,
- Favoriser la montée en compétences des médiateur·trice·s,
- Evaluer les actions de médiation en santé du programme.

2. OBJECTIFS, ENJEUX ET ELEMENTS METHODOLOGIQUES DE L'EVALUATION

2.1 Objectifs et enjeux

La démarche d'évaluation fait partie intégrante de la mise en œuvre même du programme. En effet, le PNMS est issu d'une démarche expérimentale préfigurée en 2009 par Romeurope avec la mise en œuvre d'une recherche-action en médiation sanitaire soutenue par la Direction générale de la Santé et avec le soutien méthodologique de l'INPES. Depuis ses origines, le projet se définit comme une recherche-action et s'inscrit dans une démarche expérimentale où le processus d'évaluation tient une place centrale.

Le dispositif d'évaluation a été réalisé à partir des recommandations et de l'appui méthodologique de l'INPES. L'évaluation du programme réalisée au niveau national devait permettre de démontrer une efficacité de la médiation à travers l'amélioration, sur chacun des sites et au regard de contextes initiaux différents, d'indicateurs simples concernant :

- l'ouverture effective des droits (domiciliation, couverture maladie, ...) ;
- l'accès (que l'on voudrait au fur et à mesure de plus en plus autonome) au système de santé et à la prévention ;
- l'amélioration de la prise en compte par les structures sociales et médicales des difficultés que connaissent les personnes en situation de grande précarité pour accéder à leurs services ;
- la salubrité et la sécurité de l'environnement.

En 2015, une évaluation externe du programme a été réalisée par le cabinet Novascopia. Elle a été basée principalement sur les mêmes indicateurs que la recherche action et a fait apparaître les constats et recommandations méthodologiques suivantes :

- En matière de suivi et de définitions des indicateurs, le programme n'intègre pas encore suffisamment les facteurs protecteurs de la santé. De nombreux indicateurs sont fondés sur les risques et la maladie ;
- Des indicateurs relatifs aux barrières liées à la communication ou à l'apprentissage du français semblent essentiels. Par ailleurs, des indicateurs de suivi trop détaillés ne permettant pas de disposer d'une base de données fiable qui permettrait de mieux suivre l'évolution du programme ;
- Formaliser un réajustement des fiches de suivi et fiches terrains en fonction de la pertinence des indicateurs et de la qualification des professionnel·le·s (à ce jour, certaines données de suivi relèvent de professionnel·le·s médicaux ou ne concernent plus directement les objectifs principaux du programme tels que les indicateurs de santé materno-infantile.) ;

- Simplifier les outils de suivi en concertation avec les responsables associatifs afin que les remontées de données soient exhaustives et exploitables chaque année ;
- Privilégier un faible nombre d'indicateurs partagés par tous·tes plutôt qu'un grand nombre, plus difficiles à collecter ou non collectés, de façon exhaustive.

L'efficacité de la médiation en santé pour les publics visés actuellement par le programme a été démontrée³.

La présente évaluation des projets de médiation, effectuée à partir des données recueillies en 2018 par la coordination du programme auprès des médiateur·trice·s, vise à :

- Analyser l'activité de médiation au regard des objectifs annoncés,
- Affiner l'identification du rôle et de la plus-value de la médiation en santé auprès des personnes et structures accompagnées,
- Caractériser les besoins auxquels elle répond ainsi que ses conditions d'exercice.
- Evaluer les indicateurs choisis et affiner la typologie des indicateurs qualitatifs.

³ Synthèse de l'évaluation finale du programme expérimental de médiation sanitaire (2011-2012) : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2013/06/synthese-evaluation-finale-2012.pdf>

2.2. Les structures portant l'action de médiation en santé dans le cadre du programme national en 2018

A sa création en 2013, le Programme National de Médiation en Santé réunissait cinq structures. Depuis, le PNMS s'est étoffé et en 2018, dix structures faisaient partie du programme. Sept interviennent auprès de personnes en bidonvilles, deux, auprès des habitants de résidence mobile et une auprès des deux publics.

En Ile-de-France, on compte l'ASAV (Val d'Oise), Médecins du Monde (Saint-Denis) et Première Urgence Internationale (Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne). En région, sont présentes la Sauvegarde du Nord (Lille), les Forges (Nantes), AREA⁴ (Hérault) et Médecins du Monde (Lyon et Marseille).

Trois structures accompagnent des habitants de résidence mobile : Relais Accueil des Gens du Voyage (Métropole de Rouen), Soliha (Caen) et Les Forges (Nantes).

Que ce soit par rapport à leur histoire, leur organisation interne, leur champ global d'activités, leurs modalités d'actions ou par rapport au territoire dans lequel les médiateur-trice-s interviennent, les structures membres du Programme sont d'une très grande diversité, comme en témoigne le tableau récapitulatif ci-dessous.

Certaines structures appartiennent à un vaste réseau national (Médecins du Monde ou Soliha) tandis que d'autres sont des associations locales à l'échelle d'un département comme AREA par exemple. Le RAGV a quant à lui la spécificité d'être constitué en centre social. D'un point de vue des pratiques, certaines organisations s'inscrivent dans une histoire tournée vers l'humanitaire (comme Première Urgence Internationale ou Médecins du Monde) alors que d'autres ont une origine associative plus locale (Sauvegarde du Nord ou l'ASAV).

⁴ Association Recherche Education Action

	AREA	ASAV	Sauvegarde du Nord	MDM Lyon	MDM Marseille	MDM Saint-Denis	PUI	Les Forges	RAGV	SOLIHA
Nom	Association Recherche Education Action	Association pour l'Accueil des Voyageurs	Sauvegarde du Nord	Médecins du Monde Lyon	Médecins du Monde Marseille	Médecins du Monde Saint-Denis	Première Urgence Internationale	Les Forges	Le Relais Accueil Gens du Voyage	Soliha
Mission	Bidonvilles	Bidonvilles	Bidonvilles	Bidonvilles	Bidonvilles	Bidonvilles	Bidonvilles	Terrains d'insertion ⁵ Gens du voyage	Gens du voyage	Gens du voyage
Département	Hérault (34)	Val d'Oise (95)	Nord (59)	Rhône (69)	Bouches du Rhône (13)	Seine-Saint-Denis (93)	Seine-Saint-Denis (93) et Val-de-Marne (94)	Loire-Atlantique (44)	Seine Maritime (76)	Calvados (14)
Site d'intervention	Agglomération de Montpellier	Sarcelles, Neuville et Argenteuil	Départements du Nord et du Pas-de-Calais	Agglomération de Rouen	Marseille et communes environnantes	Seine-Saint-Denis, Val d'Oise, Paris	Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne	Département de Loire-Atlantique	Agglomération de Rouen	Département du Calvados
Date d'intégration au programme	2016	2011	2011	2014	2013	2014	2013	2016	2015	2016
Présentation de la structure	Association ayant pour objet la réduction des inégalités sociales et qui mène, dans ce cadre, une action d'accompagnement global des personnes vivant en bidonvilles	Association intervenant dans le champ de l'action sociale, de l'accès aux droits et à la santé auprès des gens du voyage et des Roms migrants originaires d'Europe de l'Est	Association proposant un accompagnement social global à un public de gens du voyage en situation de précarité et e Roms roumains bulgares et d'ex-Yougoslavie qui vivent en bidonville ou en squat	Médecins du Monde Lyon est l'une des 15 délégations régionales de Médecins du Monde France. L'antenne de Lyon comprend un Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation, une mission bus et une mission squats et bidonvilles.	Médecins du Monde Paca est l'une des 15 délégations régionales de MdM France. L'antenne de Marseille notamment une mission bidonvilles. Depuis 2007, l'équipe exerce une veille sanitaire auprès des populations roms vivant en habitat précaire.	Médecins du Monde Saint-Denis est l'une des 15 délégations régionales de MdM France. L'antenne de Saint-Denis est composée de la mission bidonvilles et d'un Centre de Soins et d'Orientation.	ONG intervenant auprès de populations victimes de grande exclusion vivant en bidonville	Association mettant en œuvre des missions de médiation au profit des personnes en situation de précarité et/ou vulnérabilité	Instance de projet partagé par les communes de l'agglomération rouennaise pour la mise en œuvre de la loi Besson portant sur l'accueil des gens du voyage	L'association porte le centre social itinérant à destination des Gens du voyage du Calvados agréé par la CAF
Nombre d'ETP en 2018	1	1	1	1	1	1	2	1,6	1	1
Financements	DDCS 34 (dont fonds DIHAL) FAP	ARS Ile-de-France FDF	ARS Nord-Pas-de-Calais-Picardie	ARS Rhône-Alpes Auvergne DDCS du Rhône	ARS PACA et collectivités locales	ARS Ile-de-France et Conseil Régional d'Ile-de-France	ARS Ile-de-France et Fondation Sanofi Espoir	ARS Pays-de-la-Loire, Conseil Régional des Pays de la Loire, Fondation Raja-Danièle Marcovici, Fondation Solimut Mutuelle	ARS Normandie	ARS Normandie

⁵ Il s'agit de terrains mis à disposition temporairement par la Ville où la structure met en œuvre un accompagnement social global (accès aux droits, insertion professionnelle, accompagnement à la scolarité, etc.) auprès des ménages.

2.3. Les structures portant l'action de médiation en santé dans le cadre du programme national en 2018

Les éléments d'évaluation présentés dans ce document s'appuient sur plusieurs types de données.

Onze fiches d'indicateurs issus des précédentes évaluations ont été complétées par les médiateur·trice·s et communiquées à la coordination du programme chargée de les centraliser. Ces fiches comprennent des indicateurs quantitatifs (relatifs à la population suivie, aux freins rencontrés par les personnes dans l'accès aux soins, aux types d'accompagnements mis en place, etc...) ainsi que des éléments qualitatifs.

Ont également été mobilisés :

- Les éléments renseignés dans les deux infolettres de l'année 2018 ;
- Plusieurs rapports d'activité 2018 des structures chargées de la médiation ;
- Les retours et éclairages des médiatrice·teur·s aux premières analyses des indicateurs présentés en séminaire en juin 2019.

L'ensemble des données recueillies doivent être resituées dans le contexte des structures et des territoires concernés. Etant données les différences de problématiques, une différenciation entre personnes en bidonvilles et habitant·e·s de résidence mobile est effectuée dans l'analyse des données.

Parmi les éléments qualitatifs collectés, nous avons pu analyser des récits d'accompagnements. Plusieurs d'entre eux ont été repris dans ce document afin de donner à voir très concrètement à la fois comment se manifestent les obstacles dans l'accès aux soins pour les personnes ainsi que les multiples actions qui sont mises en œuvre pour leur permettre de bénéficier des soins dont elles ont besoin. Toutefois, les témoignages ne sont pas représentatifs des situations rencontrées sur les lieux de vie et les médiateur·trice·s accompagnent souvent les cas les plus complexes en termes d'accès à la santé. Précisons enfin que l'ensemble des données personnelles ont été intégralement rendues anonymes.

3. POPULATION SUIVIE ET ACTION « D'ALLER VERS »

La médiation en santé consiste notamment à sensibiliser et accompagner les publics ciblés dans la prévention de la santé et l'accompagnement vers les professionnel·le·s de soin. En ce qui concerne l'accompagnement des publics ciblés, cela se traduit principalement par le fait de se rendre sur les lieux de vie des personnes et comprend une approche individuelle à travers un accompagnement et une approche collective à travers l'organisation d'actions d'informations lors d'ateliers par exemple.

Au total, le nombre total de personnes suivies en 2018 s'élève à 1293 personnes en bidonvilles et 288 habitant·e·s de résidence mobile.

Pour l'évaluation, la notion de « personne suivie » a fait l'objet d'une définition partagée. Les personnes suivies sont les personnes avec lesquelles la

médiatrice·teur s'entretient au moins deux fois pour la même problématique de santé ou d'accès à la santé au cours de l'année.

En 2018, selon les structures, on constate un nombre de personnes suivies très variable comme le montre le tableau ci-dessous :

- De 46 à 553 pour les personnes en bidonvilles ;
- De 44 à 160 pour les habitant·e·s de résidence mobile.

	HABITANT·E·S DE BIDONVILLES																HABITANT·E·S DE RÉSIDENCE MOBILE					
	AREA		ASAV		Sauveg. du nord		MDM Lyon		MDM Marseille		MDM St Denis		PUI		les forges		Les forges		RAGV		SOLIHA	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Hommes majeurs suivis	10	15,87	4	8,70	15	16,48	30	21,28	70	36,08	21	21,43	118	21,34	34	31,78	10	22,73	23	27,38	39	24,38
Femmes majeures suivies	30	47,62	27	58,70	31	34,07	64	45,39	90	46,39	45	45,92	230	41,59	52	48,60	33	75,00	49	58,33	42	26,25
Enfants entre 6 et 18 ans suivis	23	36,51	15	32,61	45	49,45	47	33,33	34	17,53	32	32,65	100	18,08	21	19,63	1	2,27	13	15,48	79	49,38
Enfants de moins de 6 ans suivis													105	18,99								
Total personnes suivies	63		46		91		141		194		98		553		107		44		84		160	
Nombre de sorties aller-vers sur les lieux de vie	45		75		50		77		79		70		106**		92		137		211		230	

Ces chiffres sont à mettre en rapport avec le nombre de personnes salariées dédiées à la mission de médiation en santé, déployées par chaque structure, mais aussi avec le cadre d'intervention, ainsi que les méthodes et pratiques de travail mises en œuvre.

Par exemple, on compte deux salariées à temps plein au sein de l'une des structures (Première Urgence Internationale – PUI - qui suit le plus grand nombre de personnes). La capacité à suivre autant de personnes peut également s'expliquer par le cadre d'intervention puisque l'ONG tient une permanence bihebdomadaire dans le cadre du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint Denis et une permanence hebdomadaire au sein du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire de Montreuil.

Par rapport à la définition indiquée dans la fiche des indicateurs, les médiatrice·teur·s ont évoqué les difficultés à rendre compte de l'ampleur de leur activité en utilisant cette seule définition. Pour autant, on constate dans les faits qu'une action ponctuelle n'a pas de résultat que ce soit pour le·a patient·e ou pour le système de santé.

Le ratio des femmes « suivies » est plus important dans les bidonvilles et parmi les habitant·e·s de résidence mobile. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle les femmes sont plus disponibles en journée, au moment où interviennent les médiateur·trice·s, et qu'elles portent davantage la responsabilité de la santé familiale. Il faut également souligner que dans ses débuts, le programme était

spécifiquement orienté vers les femmes et les jeunes enfants, notamment par rapport au suivi de grossesse (l'accès à ces soins étant par ailleurs facilité). Enfin, il se peut que le fait que la plupart des médiateur·trice·s soient des femmes entre en ligne de compte.

Ces éléments de résultats interrogent néanmoins la manière dont il serait possible de toucher davantage les hommes et soulèvent l'invisibilité actuelle des problèmes de santé qu'ils rencontrent.

Concernant le nombre d'enfants parmi les personnes suivies, il apparaît que les enfants entre 6 et 18 ans représentent une part très importante des personnes suivies, et ce particulièrement dans les bidonvilles. Parmi les personnes accompagnées par la Sauvegarde du Nord, près de 50 % sont des enfants entre 6 et 18 ans. Cela peut s'expliquer par rapport aux enjeux de scolarisation. L'obligation scolaire s'applique à partir de 3 ans pour tous les enfants français ou étrangers résidant en France. Pourtant, les ménages vivant en bidonvilles rencontrent de nombreux obstacles pour scolariser leurs enfants. Indiquons en deux principaux : la mobilité subie des familles du fait des expulsions forcées et récurrentes ou l'obligation de déplacement dans un contexte devenu invivable ou encore les refus d'inscription des mairies⁶.

Par ailleurs, il faut noter que dans les bidonvilles, on compte également des jeunes mineures enceintes dans la catégorie enfants.

Sur ce sujet, des disparités méthodologiques entre les structures sont à relever. L'une des associations du programme considère que les personnes à qui elle doit s'adresser en termes d'accompagnement sont les adultes, et non pas les enfants.

Afin d'améliorer la lisibilité des activités de la médiation en santé, plusieurs pistes méthodologiques apparaissent. Afin de considérer l'ensemble des personnes rencontrées par les médiatrice·teur·s et mieux analyser l'activité de ces dernière·s, il paraît opportun d'ajouter un indicateur relatif au nombre de personnes rencontrées et pour lesquelles un suivi n'est pas engagé (une information est donnée ou une orientation est faite par exemple).

Par ailleurs, il serait utile d'ajouter au guide des indicateurs le nombre de lieux de vie dans lesquelles se déroulent les actions d'« aller vers ». Même si ces lieux peuvent fluctuer (du fait des expulsions notamment), cela permettrait notamment de considérer de façon plus précise les déplacements que l'« aller vers » occasionne.

⁶ Cf. Romeurope, 2010, La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. Etude sur les obstacles à la non-scolarisation des enfants roms migrants en France. Selon cette étude, « les refus d'inscription des mairies s'expriment de différentes manières, du simple refus au refus déguisé sous des extrêmes lenteurs administratives, demandes abusives de documents, qui retardent l'inscription jusqu'au jour où les familles roms sont expulsées. (...) Si les refus de scolarisation sont parfois exprimés de manière directe, ils peuvent également l'être de manière indirecte, via des lenteurs administratives pour les inscriptions et affectations, ou encore des affectations dans des établissements très éloignés du lieu de résidence des familles, absence de prise en compte des critères géographiques et de fratrie » (p. 27).

4. LES FREINS DANS L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR LES PERSONNES EN BIDONVILLE ET POUR LES HABITANTS DE RESIDENCE MOBILE

- **Pour les personnes en bidonvilles**

La maîtrise de la langue française et la connaissance du système de santé apparaissent comme des freins dans l'accès à la santé. Ces éléments se retrouvent dans les récits d'accompagnement qui sont rapportés. Les médiateur·trice·s en santé évoquent bien entendu le poids des conditions de vie dégradées ainsi que des expulsions de lieux de vie, qui créent instabilité et rupture dans le parcours de soin (et parfois perte du contact ou fragilisation du contact avec le·a médiateur·trice), l'isolement qui se traduit du fait de la situation dans le lieu de vie mais aussi par rapport à la langue, ainsi que le manque de repères et les difficultés de compréhension d'un système de soins complexe. C'est ce qui apparaît dans les récits d'accompagnement rapportés dans les fiches⁷, qui permettent de renseigner plus finement les facteurs d'exclusion du système de santé des personnes notamment.

Le cas de Maria, exposé ci-dessous, est particulièrement éloquent concernant les incidences dramatiques des expulsions de lieu de vie par rapport au suivi des soins et à l'état de santé des personnes au final.

Maria

Agée de 62 ans, Maria est atteinte de pathologies chroniques et infectieuses. Lorsque l'association la rencontre en février 2018, Madame vit dans un hangar désaffecté en banlieue parisienne. Elle est mise sous traitement, et garde un suivi pluridisciplinaire (pneumologie, rhumatologie et maladies infectieuses) à l'hôpital suite à une longue hospitalisation fin 2017. Son état de santé s'est amélioré avec ce suivi, mais reste fragile notamment sur le plan pulmonaire.

Madame a des droits ouverts à l'AME, ce qui lui permet d'obtenir son traitement en pharmacie de ville et d'être reçue en consultation à l'hôpital sans solliciter le circuit plus complexe de la PASS.

Elle observe son traitement seule depuis plusieurs mois, notamment des injections sous cutanées, mais cela lui est de plus en plus difficile à effectuer seule sans soins infirmiers. Elle a manqué plusieurs consultations à l'hôpital du fait d'un temps de vie à la rue suite à l'incendie de son précédent lieu de vie et d'une confusion dans les dates des rendez-vous. Elle n'a pas aucun suivi médical de proximité, et la première disponibilité de consultation avec le spécialiste qui la suit pour sa pathologie de fond est prévue dans quatre mois. Madame évoque de grosses difficultés à suivre son traitement dû aux effets secondaires, être découragée, et prête à renoncer aux soins. Elle dit ne pas comprendre son diagnostic et ses différentes pathologies et traitements. Elle évoque vouloir renoncer aux soins et rentrer dans son pays d'origine avant son décès.

⁷ Concernant les personnes vivant en bidonvilles, huit récits d'accompagnement ont été rapportés par cinq structures et concernant les gens du voyage, quatre récits d'accompagnement ont été rapportés par trois structures.

L'accompagnement de la médiatrice a permis de reprendre contact avec l'hôpital pour faire le point avec elle sur les consultations manquées et de rapprocher les consultations avec deux des trois spécialistes. A la demande de Madame, la médiatrice l'a également accompagnée dans deux consultations hospitalières, afin de l'aider à expliquer les difficultés sociales vécues ayant conduit à la rupture de suivi et de pouvoir exprimer ses incompréhensions et craintes par rapport à son état de santé.

Dans l'entre deux, la médiatrice a pu l'aider et accompagner physiquement pour débiter un suivi par un médecin généraliste et une infirmière en ville.

Avec le suivi infirmier hebdomadaire et les nouvelles consultations, Madame semble mieux tolérer son traitement, réassurée quant à son état de santé et les diagnostics posés (qui n'engageaient pas directement son pronostic vital).

Cette stabilité gagnée dans la prise en charge médicale au cours du printemps, a cependant été très fragilisée au cours de l'été du fait des expulsions et de l'absence d'un lieu de vie stable.

Début mai, le 115 du département est sollicité avec l'aide de la médiatrice car le squat où elle habite est menacé d'expulsion. Aucune solution n'est proposée. Courant juillet, le hangar est expulsé par les forces de l'ordre et aucune proposition d'hébergement n'est faite à la famille.

Depuis lors et jusqu'en octobre 2018, Madame et sa famille ont vécu à la rue et plusieurs espaces vides du département, expulsés coup sur coup. De nouveau, deux consultations programmées de longue date ont été perdues et Madame a été en incapacité de faire part de ses difficultés de tolérance au traitement et demande d'adaptation thérapeutique. Depuis l'expulsion de l'été, le contact avec la médiatrice s'est perdu sur le terrain. Le suivi s'est fragilisé et n'est maintenu que par téléphone. En septembre, un entretien de médiation au local de l'association permet de repérer les diverses difficultés rencontrées et ruptures de soins. Une consultation a pu être programmée en urgence avec l'hôpital deux semaines plus tard, qui la trouve en rupture de traitement depuis deux mois et dans un état de détresse respiratoire. Les symptômes de sa maladie sont à nouveau prégnants. Une hospitalisation est à nouveau nécessaire. A défaut d'une relance et d'une solution du 115, Madame devra retourner habiter dans une cabane de jardin.

Les difficultés de mobilité des femmes apparaissent également comme un problème récurrent dans plusieurs situations décrites par les médiateur·trice·s. Elles se traduisent à la fois par la faible maîtrise de la langue et des difficultés de repérage dans l'espace et par rapport au système de soins.

Par exemple, au moment où la médiatrice rencontre Amanda⁸ qui se plaint de maux de ventre dans son lieu de vie, Amanda ne sort pas du bidonville seule car elle est effrayée. Elna quant à elle souhaite mettre un terme à sa grossesse mais a peu de repère pour s'orienter seule vers le système de santé et est par ailleurs peu libre de ses déplacements hors de son domicile.

⁸ Tous les prénoms et noms ont été modifiés et l'ensemble des récits anonymisés.

- **Pour les habitant·e·s de résidence mobile**

Dans les deux fiches renseignées (sur 3), la qualité du lieu de vie constitue un frein important dans l'accès à la santé (pour 100 % des personnes suivies par Soliha et pour 20 % des personnes suivies par les Forges). C'est ce qui ressort également des éléments qualitatifs restitués par les structures.

Les médiatrice·teur·s décrivent en effet des conditions de vie très dégradées pour trois des quatre personnes des habitant·e·s de résidence mobile dont les situations sont rapportées dans les fiches. Deux d'entre elles habitent dans des caravanes délabrées et l'une vit dans l'une des aires d'accueil les plus vétustes de l'agglomération. Cette situation d'habitat précaire va de pair avec un isolement social qui se traduit notamment par des difficultés à aller vers l'extérieur, beaucoup de craintes et, concrètement, d'un point de vue de la santé, des problèmes non suivis.

Comme cela est relevé à propos d'un récit de vie, « les difficultés quotidiennes prennent le pas dans l'ordre des priorités » dans ces situations qui se caractérisent par une grande vulnérabilité.

Les médiatrice·teur·s en santé notent également un isolement par rapport aux structures d'accompagnement social et aux structures de soin qui génère rupture de droits et méconnaissance du système de santé.

- **Les freins dans l'accès aux soins, motifs de non recours aux soins...**

L'ensemble des freins analysés ici constitue autant de motifs de non recours aux soins et qui se traduit concrètement par un renoncement au(x) soin(s). De manière générale, le renoncement aux (ou à des soins) renvoie à la situation dans laquelle « des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit »⁹. Cela peut se traduire par le non accès au(x) soin(s) ou l'arrêt des soins et la dégradation de l'état de santé.

Le sociologue Philippe Warin classe les non-recours en trois catégories : la non-information, la non-demande et la non-réception. Tout d'abord, pour faire valoir ses droits, une personne doit savoir qu'elle en a. Or l'une des premières causes du non-recours est l'absence de connaissance des droits et services liés à la protection sociale.

La deuxième cause du non-recours est la non-demande. Car pour faire valoir ses droits, une personne doit accomplir un ensemble de démarches administratives. Un droit ne se donne pas automatiquement, il s'obtient par la formulation d'une demande, le dépôt d'un dossier et la preuve d'une éligibilité, autrement dit en démontrant que l'on remplit les critères demandés.

⁹ Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », Questions d'économie de la santé n°169, octobre 2011, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

Enfin, pour faire valoir ses droits, une personne qui a fourni les formulaires et justificatifs doit encore attendre que l'administration traite son dossier, puis garantisse le bon fonctionnement du service sollicité.

4. LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE L'« ALLER VERS » : ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL ET COLLECTIF

La médiation en santé apparaît comme une politique efficace pour limiter le non-recours aux soins.

Les leviers d'actions identifiés lors de l'évaluation des actions mises en œuvre au sein du programme national de médiation en santé sont multiples mais ont comme dénominateurs communs l'importance du temps et d'une présence régulière et dans la durée sur le terrain, qui permettent une mise en confiance ainsi que la création de liens avec les personnes, déterminants pour toute action d'accompagnement (même *a minima*). Ces éléments sont récurrents dans l'ensemble des témoignages recueillis, qu'ils concernent les habitant·e·s de résidence mobile ou personnes vivant en bidonvilles. Et, pour toutes les situations rencontrées, « l'aller vers » caractéristique de la médiation en santé apparaît comme une dimension fondamentale permettant le recours aux soins par des personnes qui, de fait, n'en bénéficient pas.

Pour Amanda dont nous avons évoqué le cas plus haut, la présence d'une médiatrice sur le terrain de vie l'a aidée, au hasard d'une conversation devant le pas de son habitation, à faire part de ses maux de ventre, à être orientée vers un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation et à apprendre ainsi sa grossesse. La médiatrice a aidé Amanda à exprimer le besoin d'un suivi pour sa grossesse mais aussi après l'accouchement. Quelques temps après, Amanda a par ailleurs soutenu une jeune mineure enceinte qui habitait la cabane d'en face.

Âgé de 46 ans, Samuel vit sur une aire d'accueil des gens du voyage avec ses deux sœurs et sa mère. Il·elle·s habitent des caravanes vétustes et semblent assez isolé·e·s. La médiatrice constate des problèmes de santé non suivis ainsi que des difficultés à aller vers l'extérieur. La démarche d'« aller vers » et les multiples visites sur le lieu de vie ont permis à la médiatrice de créer progressivement un lien de confiance qui l'a amenée à identifier des besoins (notamment l'absence de suivi par un médecin traitant et des douleurs dentaires non prises en charge). A ce jour, les prises de rendez-vous chez le dentiste n'ont pas encore abouti (du fait des craintes et des difficultés à se projeter) mais le maintien et l'approfondissement du lien devraient permettre de proposer à nouveau des prises de rendez-vous.

L'« aller vers » a aussi permis une porte d'entrée vers la mère qui a des problèmes de santé mais qui ne voit personne et ne sort jamais de la caravane. La médiation a permis en 2018 qu'un premier pas soit réalisé mais l'accompagnement vers le système de soins reste encore à construire et mettre en œuvre.

Dans cet exemple, on peut appréhender de façon concrète le temps que peut prendre l'établissement d'une relation de confiance et de surmonter ses appréhensions. C'est un préalable pour un accès effectif aux soins.

4.1. L'accompagnement individuel : thématiques abordées et modalités de mise en œuvre

- **Des accompagnements individuels centrés sur l'ouverture des droits et la santé sexuelle et reproductive**

Les thématiques concernées par l'accompagnement individuel sont en premier lieu l'accès aux droits et aux services sociaux ainsi que la santé sexuelle et reproductive. Cela est vrai tant pour les habitant·e·s des bidonvilles que pour les habitant·e·s de résidence mobile.

Ces thématiques paraissent cohérentes avec la mission des médiateur·trice·s et sont bien sûr à mettre en lien avec la population suivie (davantage de femmes que d'hommes) mais aussi avec l'accessibilité des professionnel·le·s en matière de santé sexuelle et reproductive (PMI). Il ne faut pas non plus oublier que les médiatrice·teur·s en santé sont en première ligne et parmi les premiers interlocutrice·teur·s à pouvoir mettre en œuvre l'accès aux droits. La mise en place d'une prise en charge (ouverture de droits et orientation) constitue ainsi un levier d'action indispensable pour que les personnes confrontées à des problèmes de santé puissent accéder aux soins. C'est le cas de Veronica.

Veronica est âgée de 61 ans et rencontre de nombreux problèmes de santé : elle a un stenting de la carotide mis dans son pays et réclamant un suivi. Des douleurs au dos, rein et dans les bras, rendent ses déplacements difficiles. Elle n'a plus de dents. Elle ne maîtrise pas la langue française et a peu confiance dans les traductions d'autres habitant·e·s du bidonville où elle vit. Elle n'a pas de médecin traitant et est suivie ponctuellement à la PASS. Son état de santé a nécessité son hospitalisation au CHU mais elle rencontre de graves difficultés dans l'accès aux soins car elle est alors en rupture de droits. L'action conjointe de la médiatrice, de l'assistante sociale de Madame et de la PASS l'a aidée à ouvrir des droits à l'Aide Médicale d'Etat et à régulariser les frais. Dans un premier temps, la médiatrice a accompagné Madame à la PASS pour faire un bilan et lui expliquer les (nombreux) examens à effectuer (IRM cérébrale, IRM abdominale, fibroscopie, ophtalmologie, échographie des artères...) ainsi que les démarches à suivre. Par la suite, la médiatrice a accompagné Madame auprès de certains des spécialistes qu'elle doit rencontrer puis vers un médecin traitant dans son quartier. Elle a sensibilisé ce dernier à la possibilité d'accéder à l'interprétariat physique ou téléphonique lors des prochains rendez-vous.

L'ouverture des droits constitue également une dimension importante de l'accompagnement mené auprès des habitant·e·s de résidence mobile, comme le montre la situation de Guy.

Agé de 70 ans, Guy vit seul sur une aire d'accueil, dans une caravane vétuste. Il dispose de peu de ressources financières. Très isolé socialement, il semble en rupture avec l'ensemble du système socio-sanitaire et sa santé se dégrade.

La création d'un lien de confiance avec la médiatrice en santé l'a amené progressivement à tisser des liens avec différents acteur·trice·s : assistance sociale pour refaire les papiers d'identité et effectuer une demande de mutuelle, venue d'une infirmière, visites d'une diététicienne. L'accompagnement a ainsi permis d'activer un réseau partenarial coordonné autour de la situation complexe de Monsieur. En parallèle, une réflexion sur un projet de logement s'est également engagée car Guy vit sur une aire d'accueil dégradée, alternant les stationnements sur et hors de l'aire, dans une caravane très vétuste, avec des problèmes d'hygiène. Le Centre Local d'Information et de coordination (CLIC), l'assistante sociale et la médiatrice sont régulièrement en lien par rapport à la situation de Guy et la médiatrice en santé continue à rendre visite régulièrement à Monsieur afin qu'il puisse exprimer ses besoins, ses souhaits, et maintenir une dynamique dans son parcours de soins.

Identifier des problèmes de santé, accompagner vers les professionnel·le·s de santé adéquat, organiser la prise en charge pour la rendre effective, considérer les éléments dans leur ensemble sont autant de missions effectuées par la médiation en santé.

Au-delà de l'action d'ouverture des droits, les deux récits d'accompagnement mettent en lumière les actions de mise en lien et de coordination entre les soignant·e·s ainsi que la sensibilisation des professionnel·le·s de santé effectuées par les médiatrice·teur·s. Ils illustrent également que la médiation en santé constitue une phase transitoire, une passerelle vers une prise en compte par les services de droit commun.

Si la médiation en santé constitue un moyen d'accès aux soins pour des personnes dont les situations ou les problèmes de santé peuvent apparaître comme relativement « simples », cela l'est d'autant plus dans des cas de difficultés de santé importantes ou spécifiques.

C'est le cas d'un jeune garçon suivi pour retard mental sévère, nécessitant un suivi très particulier et des structures appropriées. Dans ce cas, les parents sont bien informés de la situation de leur enfant et très en demande pour que leur fils puisse grandir dans les meilleures conditions possibles. Mais les moyens mis à disposition sont réduits (barrière de la langue, places en structures limitées,...) et la médiatrice, dans le cadre de sa mission, a veillé au suivi régulier de l'enfant par les services adéquats ainsi qu'à la coordination de tous·tes les acteur·trice·s en santé utiles au suivi de l'enfant. Concrètement, elle est amenée à relancer régulièrement tous les partenaires pour être sûre que le dossier soit correctement suivi et que les personnes de cette famille aient des réponses au vu de leur situation.

- **L'accompagnement physique, déterminant dans l'accès aux soins des personnes suivies**

En matière d'accompagnement, l'ensemble des indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) montre que l'écoute, l'information, l'orientation et l'accompagnement physique sont mis en œuvre de façon assez répartie par les médiateur-trice-s. Une aide administrative ainsi qu'une aide aux appels téléphoniques sont également signalées.

L'accompagnement physique individuel, plus « couteux » à mettre en œuvre, est considéré de façon partagée comme décisif car il permet :

- De rassurer et de dispenser de l'information au cours de ce moment individuel en dehors du lieu de vie (notamment sur des sujets « délicats ») ;
- D'orienter dans l'espace (géographique et du système de soins) ;
- De donner les clés de compréhension ;
- De faciliter le dialogue avec les professionnel-le-s de santé, de faire le lien avec les soignant-e-s et de mettre en place l'organisation de relais comme l'illustre la situation de de Livia.

Si la nature de l'accompagnement individuel effectué ainsi que sa plus-value mériteraient d'être encore plus finement documentées (et notamment d'un point de vue qualitatif), il ressort nettement des données collectées que les accompagnements physiques sont tout à fait déterminants dans l'accès aux soins. Le cas d'Elvira, détaillé ci-dessous, en montre l'importance.

Elvira

La situation de renoncement aux soins décrite ci-après correspond à celle d'une femme isolée de 65 ans vivant sur l'une des aires d'accueil la plus vétuste de l'agglomération. Cette personne, extrêmement vulnérable psychiquement et physiquement, a basculé de la CMU-C vers l'ACS depuis son passage au minimum vieillesse. Elle ne souhaite pas contractualiser avec une mutuelle et a donc un accès aux soins réduit. Elle fréquente rarement un médecin généraliste alors que son état général laisse supposer un certain nombre de besoins. Elle évoque un jour un projet d'accès aux soins en rhumatologie et la possibilité de bénéficier d'une aide à domicile. Cela fait deux ans que cette personne ne parvient pas à atteindre ces deux objectifs, qu'elle a fini par considérer comme inatteignables.

En tentant de mieux saisir la situation, le médiateur en santé s'aperçoit qu'aucun médecin généraliste de son secteur ne la connaît véritablement et tous se montrent réticents à la recevoir en raison car Madame a des problèmes d'hygiène. Sa demande d'aide à domicile nécessite l'implication d'un médecin généraliste capable de décrire sa situation médicale dans le cadre du dossier d'APA. Or, aucuns antécédents (prises de sang, radios, comptes rendus médicaux ...) n'existent. Le renoncement aux soins de cette personne est donc plus ancien qu'exprimé au départ.

Afin de permettre un accompagnement plus global, le médiateur en santé propose de recourir à la PASS pour effectuer un point avec l'équipe (infirmier, médecin, assistante sociale, AMP sur la dimension hygiène). La première consultation médicale permet à madame de réaliser prises de sang, radios et scanner. Avec le médecin,

nous contactons l'équipe mobile psychiatrie précarité sur la dimension psychique. Quelque temps plus tard, l'accompagnement permet à Madame de bénéficier d'un traitement psychiatrique adapté, de réaliser son dossier APA en lien avec la référente du Conseil Départemental et de consulter à quatre reprises un rhumatologue. A l'heure actuelle, Madame bénéficie d'un plan d'aide personnalisé dans le cadre de l'APA sur lequel le médiateur a facilité la relation avec la référente du Département. Elle consulte le médecin de la PASS afin d'assurer un suivi avant d'envisager un suivi en médecine de ville. Une infirmière intervient quotidiennement au domicile afin de délivrer les différents traitements pour en garantir l'observance. La mise en place d'un contrat de mutuelle reste à faire bien que Madame bénéficie désormais d'une « Affection Longue Durée » prenant en charge la majorité des soins dont elle a besoin actuellement.

Cet accompagnement s'est étalé sur une période six mois et a nécessité dix accompagnements physiques vers les structures de santé. Quatre structures ont été sollicitées au total, toutes étant interdépendantes sur ce dossier. Plusieurs éléments permettent d'expliquer cette situation de renoncement aux soins : rupture de droits liée à un changement de situation administrative ; multiplicité des intervenant·e·s ; état psychique caractérisé par une apragmatie handicapante dans la mise en œuvre de processus complexes etc.

L'exemple d'Elvira montre également l'importance de l'ouverture des droits, mentionnée plus haut, et illustre par ailleurs, comme cela figure dans les résultats du Barème de Renoncement aux Soins (BRS), que l'absence de complémentaire constitue un facteur de risque majeur du renoncement aux soins¹⁰.

La dernière situation présentée ci-dessous montre que l'accompagnement physique recouvre de nombreuses dimensions (et pas seulement une difficulté à se repérer) et qu'il s'avère nécessaire pour effectuer une mise en lien.

Livia souffre de mal-être et exprime des idées suicidaires. La médiatrice l'accompagne à la PASS, puis plus tard chez le médecin traitant afin qu'un suivi soit mis en place. Bien que Madame verbalise une demande d'aide, elle ne se rend pas aux rendez-vous chez le médecin (qu'elle oublie ou qui lui font peur) et aspire à ce que la médiatrice soit présente. En effet, elle ne souhaite pas que le médecin passe par l'interprétariat physique ou téléphonique. Afin de trouver des solutions, la médiatrice a rencontré l'équipe mobile psychiatrie précarité de secteur et une rencontre tripartite avec Madame a pu s'organiser pour transmettre le lien de confiance vers des soignant·e·s qui pourront proposer un diagnostic et un suivi adapté.

¹⁰ Alors que 9% des non-renonçants indiquent ne pas avoir de complémentaire, c'est le cas de 18% des renonçants. Source : Revil H., Daabek N., Bailly S., 2019, Synthèse des analyses descriptives du Baromètre du renoncement aux soins (BRS), Rapport pour la CNAM, Odenore, Université Grenoble-Alpes, février 2019, p. 15, disponible en ligne au lien suivant : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/synthese_analyses_descriptives_bers_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf

4.2. L'accompagnement collectif

En 2018, les structures membres du PNMS ont organisé 80 séances de sensibilisation collectives auprès du public et avec un partenaire spécialisé, touchant plus de 450 personnes. Elles se répartissent de la manière suivante : 50 auprès de personnes vivant en bidonvilles (environ 150 personnes touchées) et une trentaine auprès de habitant·e·s de résidence mobile (environ 300 personnes touchées).

Si l'on s'intéresse à présent aux activités collectives mises en œuvre, les thématiques principales sont la santé materno-infantile et la santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant en bidonvilles. Pour les habitant·e·s de résidence mobile, les thématiques principales sont le vieillissement et la forme physique (alimentation et activité physique).

Que cela concerne l'accompagnement individuel ou l'accompagnement collectif, l'absence de lieu abrité dédié¹¹ qui permette de recevoir les personnes quelles que soient les conditions climatiques et en toute confidentialité est dommageable pour l'accompagnement des personnes et leur accès à la santé.

Cela dit, plusieurs médiatrice·teur·s soulignent la difficulté à mobiliser les publics accompagnés de façon collective. Cela amène à interroger les actions mises en place (répondent-elles aux besoins des personnes ? si oui, comment expliquer que les personnes ne se sentent pas concernées ?) ainsi que les outils déployés (sont-ils adaptés ?).

5. LES ACTIONS PARTENARIALES ET DE MEDIATION REALISEES

5.1. Les actions partenariales

Les actions partenariales sont majoritairement organisées autour d'une action et d'une situation, que ce soit pour les personnes vivant en bidonvilles (15 sur 41 rencontres partenariales) ou pour les habitant·e·s de résidence mobile (10 sur 14). Par ailleurs, la sensibilisation et la formation des professionnel·le·s de santé constituent un axe important des partenariats s'agissant des personnes vivant en bidonvilles.

Les partenaires concernés sont multiples : institutions (villes, CPAM, hôpital, etc.), professionnel·le·s de santé (PMI, médecins généralistes, spécialistes, etc.), travailleur·euse·s sociaux·ales, étudiant·e·s en formation de travail social ou métier de la santé, des associations.

A partir des données partielles collectées, on constate qu'au total, la quarantaine d'actions partenariales réalisées par rapport aux personnes vivant en bidonvilles ont sensibilisé plus de 1100 professionnel·le·s ou futur·e·s professionnel·le·s. Pour ce qui est des actions partenariales menées à propos des habitant·e·s de résidence mobile, ce sont près de 100 rencontres qui ont été organisées.

¹¹ Sauf dans le cas d'une structure.

Concernant les thématiques traitées dans les échanges partenariaux, elles concernent principalement les conditions de vie ainsi que l'accès aux droits et la vaccination pour les personnes vivant en bidonvilles. Pour les habitant·e·s de résidence mobile, les actions partenariales portent surtout sur le vieillissement et la fin de vie ainsi que sur la santé sexuelle et reproductive.

Le nombre de personnes touchées individuellement par les différentes structures est variable :

	BIDONVILLES								HABITANT·E·S DE RÉSIDENCE MOBILE		
	AREA	ASAV	sauveg. du nord	MDM Lyon	MDM Marseille	MDM St Denis	PUI	Les forges	Les forges	RAGV	SOLIHA
Nb pro sensibilisés individuellement	15	8	20	14	Nr	42	259	88	nr	40	22
Equipes ou cadre actions coll											20

Cette disparité peut être mise en rapport avec le cadre d'intervention des médiatrices (La sensibilisation des professionnel·le·s de santé peut être facilitée par l'animation de permanences à l'hôpital, au cœur du système de santé).

La sensibilisation des partenaires du champ de la santé peut également prendre la forme d'un signalement de discrimination. C'est l'un des cas rapportés par l'une des médiatrices, sollicitée par une personne vivant en bidonville. Cette dernière souffre de caries et n'a jusqu'à présent aucun suivi dentaire. Elle ne maîtrise pas le français et ne sait pas où aller. La médiatrice appelle un cabinet dentaire, qui refuse dans un premier temps de lui proposer un rendez-vous car Madame est bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat. La médiatrice explique au cabinet l'illégalité de ce refus et ses conséquences. Elle est rappelée par la suite pour proposer un rendez-vous à Mme (une secrétaire expliquant que sa collègue, étant nouvelle, a « confondu » avec la CMU-C, qui pose parfois problème au cabinet quand les nouveaux·elles patient·e·s ne présentent pas d'attestation de CMU-C).

5.2. Une plus-value pour l'ensemble des acteur·trice·s

De façon unanime, les médiatrice·teur·s considèrent que les actions partenariales permettent d'améliorer la prise en charge des personnes accompagnées par les professionnel·le·s de santé en :

- améliorant la sensibilisation des professionnel·le·s de santé et leur compréhension des problématiques rencontrées par les habitant·e·s de résidence mobile ou les personnes en bidonvilles, et de ce fait leur mobilisation ;
- renforçant l'interconnaissance avec les professionnel·le·s de santé et ainsi l'implication des partenaires dans la résolution des situations et la prise en charge des personnes suivies créant des liens directs entre professionnel·le·s de santé et les personnes accompagnées.

Les médiatrice·teur·s déplorent néanmoins le fait que ces actions partenariales soient trop souvent organisées dans l'urgence ou pour résoudre une unique situation

ainsi que les difficultés à mobiliser les professionnel·le·s de santé de façon stabilisée et à plus long terme.

5.3. Des actions de médiation pour améliorer les conditions des lieux de vie qui portent leurs fruits

Les sollicitations et recours menés par les médiatrice·teur·s pour améliorer les conditions de vie des habitant·e·s portent principalement sur deux thématiques : eau et ramassage des ordures.

Les informations recueillies en 2018 montrent que les requêtes effectuées aboutissent plutôt majoritairement positivement : pour les personnes habitant·e·s en bidonvilles on compte sept résultats positifs pour deux négatifs et un en attente. Pour les habitant·e·s de résidence mobile, on compte trois résultats positifs pour deux négatifs et deux en attente.

Toutefois, ces actions ne suffisent pas pour améliorer de façon significative les conditions de vie dégradées des personnes vivant en bidonvilles et des habitant·e·s de résidence mobile. C'est un constat ancien puisque l'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire effectué en 2013 l'avait déjà montré¹². Les actions de médiation n'ont que peu d'impact sur ce sujet dans un contexte politique défavorable au relogement des habitant·e·s de bidonvilles et à la relocalisation/réhabilitation des lieux de vie des habitant·e·s de résidence mobile. Or les conditions de vie constituent un déterminant majeur de santé.

6. CONCLUSION

6.1. Les limites méthodologiques de la démarche évaluative et les axes de travail

Mettre en œuvre une démarche d'évaluation du programme comporte un certain nombre de difficultés méthodologiques.

Compléter les indicateurs quantitatifs exige de s'accorder sur ce que recouvre les catégories, ce qui peut être assez délicat pour des actions d'accompagnement. C'est l'objet des échanges réguliers et des réunions de travail avec la coordination. Toutefois, les catégories retenues peuvent se heurter aux différentes pratiques des médiatrice·teur·s, qui font partie de différentes structures et qui peuvent avoir sur le terrain des pratiques diversifiées.

Les accords et ajustements qui peuvent être élaborés en collectif sont un travail à renouveler régulièrement du fait du turn-over des médiatrice·teur·s.

Enfin, il ne faut pas négliger la charge de travail que constitue pour les médiatrice·teur·s le fait d'alimenter ces données en plus des indicateurs propres à

¹² ASAV, 2013, Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms, Rapport final d'évaluation, pp. 21-27.

leur structure, ainsi que les difficultés que cela peut occasionner (des chiffres conçus en interne en fonction de catégories différentes par exemple).

6.2. Une plus-value de la médiation qui ne peut palier des difficultés structurelles entretenues par les pouvoirs publics

Les actions d'aller-vers et de médiation, qu'elles s'exercent en direction des publics (de façon individuelle ou collective) ou des professionnel·le·s de santé sont importantes pour l'accès aux soins d'une partie des habitant·e·s de résidence mobile et personnes qui vivent en bidonvilles.

Toutefois, elles rencontrent des obstacles : les conditions d'accès aux droits¹³, les conditions de vie des personnes qui peuvent s'avérer très dégradées tout comme la relégation géographique et sociale dont elles font l'objet, apparaissent comme des facteurs d'exclusion, aggravants de la santé (localisation des bidonvilles ou des lieux de vie pour les habitant·e·s de résidence mobile à proximité de zones de risques¹⁴, conditions d'accès à l'eau et l'électricité, etc...).

Les éléments recueillis en 2015 dans 53 bidonvilles et squats de huit départements français dressent un tableau effroyable des conditions de vie de leurs habitant·e·s. 74 % des sites n'ont ni poubelles ni ramassage d'ordure. 66 % des sites sont concernés par la présence de nuisibles. En termes de fluides, 88 % des lieux de vie n'ont pas de raccordement officiel à l'électricité et y accèdent par des branchements non sécurisés ou un groupe électrogène. 77 % des lieux de vie n'ont pas accès à l'eau potable sur site. Enfin, en matière de sécurité, les chiffres sont également éloquents : 58 % des lieux de vie sont touchés par un risque majeur pour la sécurité de ses habitant·e·s (proximité d'une route à grande vitesse, chemin de fer, décharge publique, accès impossible aux secours).

De surcroît, les expulsions des bidonvilles créent de l'instabilité et génèrent des ruptures dans le parcours de soin (et parfois perte du contact ou fragilisation du contact avec la·le médiatrice·teur). Or celles-ci se sont intensifiées ces dernières années. La Fondation Abbé Pierre note en effet que les habitant·e·s vivent au rythme des expulsions (tous les 3 à 4 mois en moyenne)¹⁵. Ces constats interrogent quant à la cohérence des différentes politiques publiques mises en œuvre. Outre les

¹³ « En 2018, les ressortissants UE/EEE les plus précaires (essentiellement parce que sans activité professionnelle) installés en France se sont retrouvés privés de toute protection maladie pendant des périodes très longues (6 à 12 mois, voire plus) : ni droits au titre de la coordination UE, ni droits sur la base du droit interne « français » . Note technique d'analyse par l'ODSE et le Collectif Romeurope : https://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ue_coordo_note_analyse_fonctionnement_odse_2018_12_18.pdf

¹⁴ L'actualité vient d'en donner une illustration. À 500 mètres de l'usine Lubrizol qui a brûlée dans la nuit du 26 septembre 2019 se situe l'aire d'accueil des gens du voyage de Rouen/Petit-Quevilly, qui est gérée par la métropole de Rouen. Pour ce terrain situé en zone Seveso, qui ne possède aucun local de confinement, aucun plan d'évacuation n'avait été prévu. Pendant la nuit de l'incendie, et contrairement aux autres habitants du voisinage, les habitants des trente caravanes de l'aire n'ont reçu aucune information et aucun hébergement temporaire ne leur a été proposé.

¹⁵ <https://www.fondation-abbé-pierre.fr/nos-actions/sensibiliser-au-mal-logement/expulsion-evacuation-des-bidonvilles-25-ans-de-politiques-couteuses-et-inutiles>

coûts financiers et sociaux de ces opérations¹⁶, les politiques d'expulsion confinent les personnes dans une errance qui les enfonce davantage dans l'exclusion et la précarité, selon une logique opposée aux politiques d'accompagnement.

6.3. Perspectives

L'évaluation de l'activité des médiateur·rice·s en santé du programme durant l'année 2018 illustre la plus-value de la médiation en santé dans l'accès aux soins et à la prévention.

A l'issue de l'évaluation des indicateurs de 2018, plusieurs perspectives se dégagent.

Tout d'abord se dessinent des pistes d'amélioration des indicateurs. Nous avons indiqué plus haut l'intérêt de prendre en compte et comptabiliser les personnes rencontrées par les médiateur·rice·s ainsi que d'ajouter l'indicateur du nombre de lieux de vie dans lesquels se déroulent les actions d'« aller vers ». Par ailleurs, la plus-value de la médiation en santé, pour améliorer la capacité des professionnel·le·s de santé à accueillir des publics qui connaissent différents types de précarité, mériterait d'être davantage documentée. Il pourrait s'agir de recueillir des éléments qualitatifs lors des accompagnements et des temps de sensibilisation notamment. Enfin, il semble essentiel de réintroduire les indicateurs environnementaux pour renseigner les caractéristiques de localisation et d'équipement du lieu de vie, bien que la médiation ait un faible impact sur ces déterminants. Ces données semblent indispensables pour comprendre le contexte d'intervention mais elles sont aussi précieuses pour alimenter le plaidoyer au niveau régional et national.

En ce qui concerne les récits d'accompagnement recueillis qui apportent une grande richesse en termes de matériau, il paraîtrait intéressant de les compléter par des éléments présentant de façon systématique la personne accompagnée, sa situation et l'accompagnement effectué. Cela permettrait une exploitation et une analyse plus approfondies et faciliterait leur mise en perspective avec les autres indicateurs.

Si l'on s'intéresse au phénomène du non-recours aux soins, on se rend compte que cette problématique est loin d'être marginale et de ne concerner qu'un public spécifique. En France, ce sont jusqu'à 60 % de personnes qui n'ont pas recours à certaines prestations sociales. Ce phénomène concerne l'ensemble des politiques sociales et les autres composantes de la protection sociale (sécurité sociale, assurances privées et organismes de prévoyance, aide et action sociale)¹⁷.

¹⁶ Dans un rapport de 2015 (Romeurope, 2015, Rapport politique du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, p. 6 disponible au lien suivant : https://www.romeurope.org/IMG/pdf/cndh_romeurope_-_rapport_politique_2015-2.pdf), le collectif Romeurope avance plusieurs chiffres. Il cite une première étude de cas qui montrait que les évacuations successives subies par un même groupe de personnes ont coûté près de 324 000 euros (FMSH, 2015, Rapport MigRom, disponible au lien suivant : http://migrom.humanities.manchester.ac.uk/wp-content/uploads/2015/08/Yr2report_Paris.pdf). Une autre estimation chiffre le coût de l'expulsion d'un bidonville à 229 000 euros (Estimation du coût de l'expulsion du bidonville de la N7 à Ris-Orangis par le PEROU : <http://perou-risorangis.blogspot.fr/2013/11/communique-du-11-novembre.html>).

¹⁷ Warin P., 2016, Le non recours aux politiques sociales, Presses universitaires de Grenoble.

Concernant l'accès aux soins, la dernière enquête relative aux « renonçant·e·s »¹⁸ montre que ces dernier·e·s ont des profils variés. Le renoncement aux soins touche les familles monoparentales, les familles avec des enfants à charge, les personnes sans emploi et les individus entre 40 et 59 ans. L'absence de complémentaire ou la présence d'une complémentaire insuffisamment couvrante apparaît d'autre part comme un facteur de risque majeur. Par ailleurs, les « renonçant·e·s » ont une perception plus négative de leur état de santé¹⁹.

Si l'on reprend la catégorisation de Philippe Warin, le non-recours par non-information, beaucoup plus répandu qu'on ne le croit : ainsi, en 2014, selon les départements, entre 57 % et 70 % des personnes pouvant bénéficier de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) n'en ont pas fait la demande. La principale raison invoquée est l'ignorance de l'existence de ce dispositif d'aide au financement mis en place par les mutuelles. Plus récemment, le Baromètre du renoncement aux soins (BRS), élaboré avec l'Assurance Maladie et mené dans l'ensemble des caisses métropolitaines de 2014 à 2018, a permis de constater que le phénomène de renoncement aux soins n'est pas résiduel, avec un taux de renoncement de l'ordre de 25 %²⁰.

Pour effectuer les démarches, la maîtrise de la langue française est une condition *sine qua non* ainsi que l'accès et la maîtrise du numérique. Or selon l'Insee, 7 % de la population française adulte est en situation d'illettrisme et plus de 20 % de la population est encore privée de l'accès au numérique, toutes causes confondues.

En matière d'accès aux soins, les obstacles s'avèrent nombreux puisqu'une étude récente conduite à Paris montre un refus de 4,8 % chez les généralistes, de 41 % chez les spécialistes et de 39,1 % chez les dentistes d'accès aux soins pour les personnes bénéficiaires de la CMU²¹.

Les résultats du dernier Baromètre de Renoncement aux Soins nous apprennent que les types de soins les plus renoncés (ou reportés) sont toutes caisses confondues, les soins dentaires et les consultations spécialisées. Viennent ensuite l'optique, puis les consultations généralistes.

Ainsi, poursuivre l'extension des actions de médiation à d'autres publics apparaît comme une perspective prometteuse²² mais qui ne doit pas masquer les questions relatives aux services de soin de droit commun.

¹⁸ Nous reprenons le terme de l'enquête qui désigne les personnes n'ayant pas recours à leurs droits en matière de santé.

¹⁹ Cf. Revil H., Daabek N., Bailly S., 2019, « Synthèse des analyses descriptives du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) », Rapport pour la CNAM, Odenore, Université Grenoble-Alpes, février 2019, p. 15, disponible en ligne au lien suivant : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/synthese_analyses_descriptives_brs_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf, pp. 11-16.

²⁰ Source : Beau A., 2019, « Renoncement aux soins : la Cnam et l'Odenore se mobilisent », Assurance maladie, 4 juin, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.espace-social.com/renoncement-aux-soins-la-cnam-et-lodenore-se-mobilisent/>

²¹ Després C., 2009, Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris, étude réalisée par l'Irdes, commandée et financée par le fonds CMU.

²² Des expériences sont d'ores et déjà menées en ce sens comme l'indiquait le dernier rapport de la Haute Autorité en Santé sur la médiation en santé indiquait (cf. Haute Autorité de Santé, 2017, La médiation en

Cela passe par la reconnaissance du métier de médiatrice·teur ainsi que ses conditions d'exercice et des actions concrètes à court terme. Créer un statut professionnel propre aux médiatrice·teur·s en santé permettrait de fixer, dans un cadre légal et réglementaire, les droits et obligations des médiatrice·teur·s en santé notamment en matière de formation et de conditions d'exercice. D'un point de vue financier, il s'agit de de dédier des financements pérennes fléchés pour la médiation en santé. Enfin, comme le souligne le rapport de la Haute Autorité en Santé de 2017, « les médiatrice·teur·s ne peuvent intervenir de façon isolée. Ils ont besoin de soutien institutionnel, de l'accueil dans les structures de soins, de la reconnaissance de leur position sans exigence au-delà de leurs missions »²³.

Dans la perspective d'élargissement de la médiation en santé à d'autres publics, une évaluation reprenant ces indicateurs *a minima* mériterait d'être conduite.

santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, p. 11)

²³ HAS, op. cit., p. 14.

7. BIBLIOGRAPHIE

ASAV, 2013, *Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms*, Rapport final d'évaluation.

Beau A., 2019, « Renoncement aux soins : la Cnam et l'Odenore se mobilisent », *Assurance maladie*, 4 juin, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.espace-social.com/renoncement-aux-soins-la-cnam-et-lodenore-se-mobilisent/>

Défenseur Des Droits, 2014, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Rapport remis au Premier ministre, mars, disponible en ligne au lien suivant : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_refus_soins_DDD.pdf

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé* n°169, octobre 2011, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

Fondation Abbé Pierre, 2015, L'accompagnement aux droits liés à l'habitat. Principes d'interventions et pratiques, Les cahiers du logement, étude réalisée par For- Recherche sociale, disponible en ligne au lien suivant : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/laccompagnement_aux_droits_lies_a_lhabitat_-_principes_dintervention_et_pratiques_-_octobre_2015.pdf

France médiation, <https://www.francemediation.fr/>

Haute Autorité de Santé, 2017, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*.

Observatoire du droit à la santé des étrangers, <https://www.odse.eu.org/>

Observatoire de non-recours aux droits et services, <https://odenore.msh-alpes.fr/>

Programme National de Médiation en Santé, <http://www.mediation-sanitaire.org/>

PNMS, 2016, Evaluation du Programme National de Médiation Sanitaire, Rapport final disponible en ligne au lien suivant : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>

PNMS, 2016, Evaluation du Programme National de Médiation Sanitaire, Annexes, Rapport final, disponible au lien suivant : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/Evaluation-finale-PNMS-2016-annexes.pdf>

Revil H., Daabek N., Bailly S., 2019, « Synthèse des analyses descriptives du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) », Rapport pour la CNAM, Odenore, Université Grenoble-Alpes, février 2019 disponible en ligne au lien suivant : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/synthese_analyses_descriptives_brs_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf

Romeurope, 2010, *La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. Etude sur les obstacles à la non-scolarisation des enfants roms migrants en France.*

Romeurope, 2015, *Rapport politique* du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope disponible au lien suivant : https://www.romeurope.org/IMG/pdf/cndh_romeurope_-_rapport_politique_2015-2.pdf

Santé Publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Warin P., 2013, « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non recours », *Informations sociales* n°178, 2013/4, pp. 52-62, disponible en ligne au lien suivant :

Warin P., 2016, *Le non recours aux politiques sociales*, Presses universitaires de Grenoble.

8. TABLE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat
AMP : Assistance Médicale à la Procréation
APA : Activité Physique Adaptée
ACS : Aide à la complémentaire santé
AREA : Association Recherche Education Action
ASAV : Association pour l'Accueil des Voyageurs
BSR : Baromètre de Renoncement aux Soins
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de coordination
CMU : Couverture Maladie Universelle
DGS : Direction Générale de la Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PNMS : Programme National de Médiation en Santé
RAGV : Relais Accueil Gens du Voyage