



yann moisan
conseils
et
études
en
santé
publique

Evaluation du programme national de médiation sanitaire

Rapport d'étude

ANNEE 2013

1. CADRE GENERAL	3
2. CONTEXTE DE L'EVALUATION.....	5
3. LE DEVELOPPEMENT DU PROGRAMME EN 2013.....	7
3.1. UN DISPOSITIF DE COORDINATION NATIONALE PLUS ETOFFE	7
3.2. DES INSTANCES DE PILOTAGE ARTICULEES	7
3.3. UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION A DIFFERENTES ECHELLES	8
3.4. UNE RECHERCHE D'ADEQUATION AVEC LES ORIENTATIONS NATIONALES, REGIONALES, LOCALES.....	9
3.5. FORMATIONS ET ECHANGES DE PRATIQUES.....	10
4. DES ACTEURS DE MEDIATION SANITAIRE MOBILISES	12
AREAS.....	12
MEDECINS DU MONDE NANTES	13
ASAV	14
PREMIERE URGENCE – AIDE MEDICALE INTERNATIONALE	15
4.1. DES MOYENS FINANCIERS ET HUMAINS SIMILAIRES	16
4.2. MEDIEURS SANITAIRES : DES PROFILS PARFOIS DIFFERENTS	17
5. ANALYSE GLOBALE DES INDICATEURS TERRAINS.....	18
5.1. DONNEES DE CONTEXTE 2013.....	19
5.2. INDICE « SALUBRITE »	20
5.3. INDICE « EAU ENERGIE »	21
5.4. INDICE « ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE ET D'ACCES AUX DROITS »	22
5.5. INDICE « SECURITE »	23
5.6. LECTURE TERRITORIALE (PROFIL DES TERRAINS PAR DEPARTEMENT).....	24
6. ANALYSE DES INDICATEURS SANITAIRES.....	24
6.1. PROTECTION SOCIALE : DES DONNEES CONTRASTEES	28
6.2. UN PARCOURS DE SOINS ORIENTE VERS LES STRUCTURES PUBLIQUES (CENTRES HOSPITALIERS, SERVICES PMI, CENTRES DE SANTE CPAM...).....	29
6.3. PREVENTION : UNE APPROCHE INDIVIDUELLE CENTREE SUR LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS ET LA SANTE MATERNO-INFANTILE	30
6.4. UNE FORTE MOBILISATION DES ACTEURS DE SANTE	31
6.5. DES TEMPS DE CONCERTATION MULTIPLES ET VARIES	32
7. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME EN DIRECTION DES GENS DU VOYAGE : 2013, UN PARTAGE DES CONNAISSANCES PROPICE AU DEVELOPPEMENT DE LA MEDIATION SANITAIRE.	33
7.1. UN RECUEIL DES BESOINS « EN PROXIMITE »	34
7.2. DES PATHOLOGIES LIEES A DES CONDITIONS DE VIE DEGRADEES	34
7.3. UN ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS LIMITES.....	34
7.4. DES ACTIONS DE SANTE DIVERSIFIEES	35
7.5. DES PARTENAIRES COMMUNS ET MOBILISES SUR TOUS LES TERRITOIRES.....	35
7.6. MEDIATION SANITAIRE : DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES IDENTIFIEES, UN AFFICHAGE PEU VISIBLE.....	36
8. CONCLUSION	37

1. CADRE GENERAL

En 2011, l'ASAV avec le soutien des structures associatives de Romeurope a décliné une recherche-action par la mise en œuvre d'un programme de médiation sanitaire en direction des populations roms. Le rapport final d'évaluation indique que la médiation sanitaire favorise l'accès aux soins et à la prévention de ces personnes. En 2013, cette démarche a donné lieu à la naissance d'un programme national de médiation sanitaire orienté conjointement auprès des populations Roms et des Gens du voyage.

Soutenu par la Direction Générale de la Santé et l'INPES jusqu'en 2016, le programme national de médiation sanitaire s'appuie sur trois axes stratégiques :

- Une meilleure intégration au système de santé de droit commun
- Un meilleur accès aux soins et à la prévention
- La médiation sanitaire au cœur du dispositif

En cohérence avec les objectifs du plan national de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, il place l'action des médiateurs sanitaires au cœur des problématiques d'accès aux droits, de qualité de vie et de santé dans des conditions de vies dégradées.

Au cours de l'année 2013, les actions déployées auprès des populations roms sont portées par quatre associations/ONG¹. Elles se déroulent sur trois régions et cinq départements :

- AREAS TSIGANES ET VOYAGEURS – Lille / Nord- Pas-De-Calais (59)
- ASAV – Nanterre / Ile-de- France (95)
- PU-AMI – Anières / Ile-de-France (93, 94)
- MEDECIN DU MONDE – Nantes / Pays de la Loire (44)

Six grands axes structurent les objectifs opérationnels du programme :

1. Assurer la gouvernance du programme (comité pilotage et comité technique)
2. Appuyer la mise en œuvre des actions locales (mise en réseau et soutien spécifique)
3. Former et professionnaliser les médiateurs (formation continue, échange de pratique)
4. Evaluer les actions de médiation sanitaire (dispositif de production de données, remontée des données locales, rapport d'analyse)
5. Structurer et développer des actions en direction des gens du voyage
6. Promouvoir la médiation sanitaire à destination des populations précarisées (dynamique partenariale, transfert et référentiel, colloque)

¹ L'association Roms Actions de Grenoble a été intégrée au programme national en 2013 mais a débuté ses actions en 2014.

Au-delà des objectifs du programme, les objectifs spécifiques des médiateurs sanitaires sont les suivants (voir missions des médiateurs dans le cadre du programme) :

- 1/ Développer les connaissances et capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.
- 2/ Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance des populations roms pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public-cible au sein des structures
- 3/ Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique

2. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Les objectifs évaluatifs du programme 2013-2016 sont les suivants² :

- Réaliser une cartographie des actions de médiation locales
- Ajuster les pratiques de médiation en fonction des résultats de terrain
- Evaluer les effets de la coordination nationale
- Alimenter le plaidoyer pour la reconnaissance des actions et de la médiation sanitaire

Deux outils de recueil de données sont utilisés par les médiateurs de chaque structure :

1. une fiche descriptive terrain
2. une fiche d'indicateurs d'accès aux soins et à la prévention.

Issues des travaux de la phase expérimentale, les deux fiches ont été adaptées en modifiant ou supprimant certains indicateurs³. Alimentés par les médiateurs sanitaires tout au long de l'année, ces fiches de recueils sont transmises au mois de décembre à la coordination nationale.

Pour construire une démarche d'évaluation pluriannuelle, deux opérateurs ont été identifiés et choisis par l'ASAV :

D'une part, G2C Conseils, cabinet conseil spécialisé en évaluation est chargé de l'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès de la coordination nationale. Animateur de l'instance nationale d'évaluation, il participe aux travaux d'élaboration du référentiel et alerte la coordination en cas d'ajustements nécessaires dans le pilotage du programme.

D'autre part, Conseils et Etudes en Santé Publique est un cabinet conseil spécialisé sur le développement de projets en promotion de la santé et santé publique. Il assure la réalisation de l'évaluation opérationnelle en articulation avec G2C Conseils. Il est chargé de réaliser les rapports d'études annuels et le rapport d'évaluation final.

Trois phases ont été définies dans les travaux évaluatifs consacrés à l'évaluation opérationnelle du programme :

1. Cadrage et contribution au référentiel d'évaluation
2. Enquête qualitative et recueil d'informations
3. Elaboration des rapports

A travers les échéances fixées pour l'élaboration des rapports annuels (2013, 2014, 2015) et celle consacrée au rapport final, une articulation des trois phases est nécessaire. Certaines actions vont se superposer pour répondre aux objectifs attendus sur l'écriture des différents rapports.

² Issus des modalités d'évaluation du programme national de médiation sanitaire 2013-2016.

³ Les fiches individuelles de suivi ont été remplacées par une fiche unique de relevé des indicateurs d'accès aux soins et à la prévention. La fiche d'état des lieux du terrain et de l'environnement a été réactualisée.

La première phase permet la structuration de la démarche évaluative. Elle s'appuie sur une analyse de la base documentaire disponible auprès de l'ASAV et de ses partenaires et prend en compte un développement différencié du programme selon la population bénéficiaire (Lancement Publics Roms : 2013 / Lancement Publics Gens du voyage : 2015). A ce titre, la structuration du programme pour les opérateurs « Gens du voyage » sera analysée progressivement à travers les commissions Santé organisées par la FNASAT et la création d'un groupe de travail spécifique « Gens du voyage » par l'ASAV.

Les rapports annuels constituent des rapports de bilan du programme national de médiation sanitaire et non des rapports d'évaluation. Ils ont pour objet l'analyse des données « terrain » collectées par les médiateurs. Les données sont saisies et traitées de façon systématique. Leur exploitation va ainsi permettre d'interroger la pertinence des différents items dans le but d'améliorer en continu le recueil d'informations. Cette analyse du programme illustre une vision globale de l'action nationale en médiation sanitaire. Elle vient s'articuler utilement avec l'approche et la perception des associations participantes.

En ce qui concerne le suivi de la démarche évaluative, une instance d'évaluation spécifique au programme national se réunira une fois par an jusqu'à la finalisation du rapport.

Elle est composée par les membres suivants :

- Deux représentants des ministères concernés : DGS et DIHAL
- Un représentant de l'INPES
- Un représentant d'ARS
- Un représentant de collectivité impliquée dans la médiation santé
- Un représentant de centre hospitalier
- Un responsable d'associations participantes
- Une personne qualifiée (sociologue)
- Quatre représentants de l'ASAV
- Un représentant de la FNASAT
- Quatre représentants des prestataires chargés de l'évaluation

3. LE DEVELOPPEMENT DU PROGRAMME EN 2013

3.1. UN DISPOSITIF DE COORDINATION NATIONALE PLUS ETOFFE

Jusqu'en 2013, une seule professionnelle assurait cette mission de coordination après avoir supervisé la mise en œuvre de la phase expérimentale. Depuis octobre 2013, deux salariées de l'ASAV assurent la coordination du programme à temps plein.

Leurs missions sont réparties de la manière suivante :

- D'une part : pilotage et suivi du dispositif d'évaluation, adaptation du programme à d'autres publics, plaidoyer et partenariats nationaux et européens et la communication externe du programme,
- D'autre part : développement, mise en réseau des projets locaux de médiation sanitaire, animation des échanges de pratiques entre les médiateurs, pilotage du programme de formation des médiateurs.

3.2. DES INSTANCES DE PILOTAGE ARTICULEES

Plusieurs instances assurent le suivi et le pilotage du programme à l'échelle nationale :

- Le comité de pilotage⁴
- Le comité technique⁵

Et à une échelle locale :

- Les comités de suivi locaux

En 2013, la réunion annuelle du comité de pilotage a eu lieu dans les locaux de la DGS le 28 novembre. Animé par l'ASAV, il a porté sur les objectifs du programme 2013-2016, le bilan des actions mises en œuvre en 2013 par la coordination et l'évolution de la situation sur chaque site. Elle a également permis de présenter l'état des lieux des actions menées en 2012-2013 auprès des Gens du voyage par les structures du réseau Fnasat-Gdv. Enfin, elle a donné lieu à la validation des modalités d'évaluation 2013-2016.

Le comité technique s'est réuni deux fois. Deux domaines ont particulièrement été abordés : l'état d'avancement des actions menées auprès des publics Roms et l'adaptation du programme en direction des publics Gens du voyage.

Les comités de suivi locaux réunissent régulièrement les associations participantes et les partenaires sanitaires et sociaux de proximité. L'objectif est avant tout de coordonner

⁴ Les membres du comité de pilotage sont : DAEI, DGS, DGOS, DGCS, DIHAL, DSS, SG CIV, DRJSCS, INPES, ARS Ile de France, Nord Pas-de-Calais et Pays de la Loire, CNDH Romeurope, AŠAV, AREAS, MDM Nantes, PU-AMI, Médecins du Monde mission France

⁵ Les membres du comité technique sont : ASAV, DGS, FNASAT. Ils se sont réunis le 02 juillet et le 22 novembre 2013.

les actions des différentes parties concernées sur les territoires, de mener des initiatives communes et de réfléchir ensemble aux solutions possibles concernant les difficultés rencontrées par chacun.

3.3. UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION A DIFFERENTES ECHELLES

Plusieurs outils et supports de communication ont été réalisés par la coordination du programme afin d'assurer une circulation optimale de l'information vers tous les acteurs concernés :

Les structures associatives impliquées dans le programme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication régulière par mail sur les orientations du programme. ▪ Organisation de deux réunions techniques le 1^{er} juillet et le 08 octobre 2013 sur les modalités d'intervention des médiateurs. ▪ Organisation d'une réunion annuelle sur le fonctionnement général du programme. ▪ Participation à certains comités de suivi locaux⁶.
Les médiateurs sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Echanges par mail sur les besoins en formation, les questionnements sur leur posture de médiateur, les difficultés rencontrées sur le terrain et les outils développés avec les partenaires. ▪ Partages d'outils et d'information via la création d'une plateforme « Dropbox » avec 11 rubriques.
Les futures structures adhérentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication ciblée (rencontres physiques et échanges) en direction de l'ONG Première Urgence – Aide Médicale Internationale,⁷ et de l'association Roms Action⁸ ou encore de Médecins du Monde Marseille et Lyon.⁹ ▪ Echanges directs avec les ARS concernées.
Les organisations (associations, fédérations,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication lors de conférences nationales ou internationales¹⁰

⁶ La coordinatrice a participé au comité de suivi local organisé par MdM.

⁷ PU-AMI a adhéré au programme en juin 2013.

⁸ Roms Actions a adhéré au programme en novembre 2013.

⁹ L'adhésion au programme est prévue en 2014.

¹⁰ Communication à la conférence européenne de Huelva en Espagne (19-20 septembre 2013) : « la médiation interculturelle dans les services de santé. » ; à la journée d'étude du 6 décembre 2013 mise en place par le service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement à Bruxelles, intitulée : « Diversité à l'hôpital - Où en sommes-nous ? Quel rôle pour le médiateur interculturel ? » ; à la conférence nationale organisée le

collectivités territoriales) locales, nationales et d'autres pays européens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaque de présentation des actions de médiation à destination des partenaires locaux
Tout public	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un site internet dédié au programme : www.mediation-sanitaire.org ▪ Fiche d'information synthétique sur le programme

3.4. UNE RECHERCHE D'ADEQUATION AVEC LES ORIENTATIONS NATIONALES, REGIONALES, LOCALES

A l'échelle nationale :

- Le développement de la médiation sanitaire est inscrit dans le plan de lutte contre la pauvreté et dans les rapports gouvernementaux en tant que recommandation ou mesure pour lutter contre les inégalités de santé affectant les Gens du voyage.
- Le programme a été présenté à la DIHAL lors d'une réunion du groupe de travail consacré à l'accès aux droits dans le domaine de la santé.
- La coordination a participé à la première réunion du Projet de réduction des inégalités de santé piloté par l'Organisation Internationale pour les Migrations, mandaté par la DG SANCO.
- Un groupe de travail sur la médiation sanitaire auprès des populations Roms est envisagé entre les différents pays européens d'origine et d'accueil (Roumanie, Bulgarie, Hongrie, Slovaquie / France, Belgique, Espagne, Italie). Son objectif sera d'échanger sur les pratiques et si possible de construire un cadre commun européen.

A l'échelle régionale et locale :

Au cours de l'année 2013, de nombreux échanges alimentent le lancement du programme sur les quatre territoires français. Ils permettent de réaffirmer l'adhésion des structures locales au cadre de référence commun défini dans le cadre du programme national, exception faite du nombre de terrains et de personnes suivies par le médiateur. Ces derniers sont laissés à la libre appréciation des associations, pour autant qu'ils permettent l'exercice de la médiation sanitaire de manière efficace.

Dans le cadre du développement du programme au niveau local, les coordinatrices sont sollicitées pour appuyer les demandes de financements et dialoguer avec les Agences Régionales de Santé et les collectivités locales.¹¹

12 décembre 2013 par la Ligue des Droits de l'Homme à Paris: « les Roms ont des droits : former pour lutter contre les discriminations »

¹¹ A ce titre, quatre nouvelles structures adhèrent au programme en 2014: MEDECIN DU MONDE – Marseille / BOUCHES DU RHONES, MEDECIN DU MONDE – St-Denis / Ile-De-France, MEDECIN DU MONDE – Lyon / RHONES-ALPES, ROMS ACTION – Grenoble / RHONES-ALPES

3.5. FORMATIONS ET ECHANGES DE PRATIQUES

L'année 2013 représente le lancement du cycle de formation et d'échanges de pratiques des médiateurs participant au programme.

Quatre rencontres se sont déroulées au cours de l'année :

Dates	Contenu
08.07.2013	Journée d'échanges de pratiques [Prise de connaissances des médiatrices, échanges sur les problématiques rencontrées et les bonnes pratiques observées]
06.11.2013	Journée de formation [Histoire et éthique en éducation pour la santé, communication et prévention dans un contexte interculturel]
29.11.2013	Journée d'échanges de pratiques [Evolutions des situations rencontrées, liste des partenariats développés, mutualisation des outils de prévention, attente sur la formation initiale prévue en 2014]
16.12.2013	Journée d'échanges de pratiques [Point sur l'utilisation des outils de recueil de données, posture du médiateur, recueil des besoins sur les outils de prévention, recueil des attentes sur le programme d'échanges de pratiques 2014]

L'analyse des comptes rendus fait apparaître plusieurs enseignements :

- Chacun des acteurs disposent de moyens humains qualitativement et quantitativement différents. De même, les outils utilisés, le contexte local de chacun des sites sont bien différenciés.
- L'intégration au programme génère une dynamique collective des médiateurs sanitaires : animation d'un espace de partage via dropbox, suivi de formations, création d'outils communs, plaquette de communication du programme, partage de pratiques.
- Les modalités d'interventions sont différentes selon les structures (publics, nombre de terrains, objectifs, thèmes abordés, nature des partenariats...)
- Les freins relevés par les médiateurs sont les suivants :
 - Nombre trop important de sites à couvrir (PU-AMI)
 - Sollicitations multiples pour réaliser de l'interprétariat
 - Evacuations de terrain qui complexifient le suivi des familles
 - Refus de domiciliation de certaines structures
 - Pénurie de domiciliation dans certaines villes

- Délais importants pour l'obtention de l'AME dans certains départements
- Manque d'expertise médicale (ASAV)
- Manque d'outils adaptés pour les actions de prévention
- Refus d'accueillir le public de certaines structures (Mdm)

4. DES ACTEURS DE MEDIATION SANITAIRE MOBILISES

Quatre fiches permettant une description fine des acteurs engagés dans le programme ont été réalisées par les coordinatrices du programme. Elles nous éclairent non seulement sur la diversité des modes et territoires d'intervention mais aussi sur les moyens mobilisés par chaque structure participante au programme.

AREAS
L'Areas est un dispositif de la Sauvegarde du Nord. Les équipes pluridisciplinaires de l'Areas interviennent dans les départements du Nord et du Pas de Calais. Elles proposent un accompagnement social global à un public de Gens du voyage en situation de précarité et de Roms roumains qui vivent en bidonvilles ou en squats. L'Areas a intégré le programme de médiation sanitaire dès les prémices de l'expérimentation en 2011.
Objectifs du projet
<ul style="list-style-type: none">- Promouvoir la santé des habitants des squats et bidonvilles, en favorisant l'accès aux soins dans le droit commun des réseaux territoriaux via la mise en œuvre d'actions spécifiques de médiation sanitaire.- Faciliter leur accès aux soins et leur prise en charge par les services de santé de droit commun.- Favoriser un accès à la prévention et à l'éducation pour la santé adaptée aux populations roms.- Réduire le décalage entre l'offre médicale et la réalité de vie des personnes en favorisant une meilleure connaissance du public cible par les acteurs de santé.
Principales missions
La finalité du poste de médiatrice sanitaire consiste à amener le public rom à l'autonomie dans la démarche d'accès aux soins à travers les missions suivantes : <ul style="list-style-type: none">- donner aux personnes les principaux repères dans le système de santé français, afin qu'ils puissent s'orienter facilement,- établir un lien entre les populations roms migrantes et les professionnels de la santé, afin de créer un espace de compréhension et de communication propice à une meilleure prise en charge médicale,- faire remonter les besoins des familles en matière de santé et de risques sanitaires présents sur leurs lieux de vie afin de pouvoir alerter et prévenir sur des questions de santé publique.
Modalités d'action
La médiatrice sanitaire intervient soit en lien avec d'autres salariés de son association, soit en relation avec un réseau d'associations et d'institutionnels susceptibles de répondre aux demandes des familles dans ou hors du champ de la santé. Elle fait partie de l'équipe « roms » de l'Aréas qui comporte 14 professionnels et une chef de service. L'action de la médiatrice sanitaire est individuelle ou collective, selon les besoins évalués par l'équipe de l'Aréas.
Public cible
La médiatrice sanitaire intervient principalement auprès des habitants de sept bidonvilles installés sur les territoires de Lille Fives, Tourcoing et Villeneuve d'Ascq.
Budget et bailleurs
L'ARS Nord Pas de Calais finance le poste à hauteur d'environ 50 000 euros.

Profil de poste (formation préalable du médiateur, date d'entrée en poste, type de contrat)

La médiatrice a une formation en sociologie, master 2 professionnel : stratégies de développement social. Elle a pris son poste en octobre 2012, en CDD.

MEDECINS DU MONDE NANTES

Médecins du Monde Pays de Loire est l'une des 15 délégations régionales de MdM France ; son siège se situe à Nantes. Sur l'agglomération nantaise et son antenne d'Angers, elle y mène diverses actions au sein de ses deux Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), et des actions « hors centre », en allant vers les populations les plus précaires (programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés, programme médiation bidonvilles, action précarité, programme expérimental en milieu carcéral). Depuis 2002, une équipe de bénévoles menait une action de veille sanitaire et de promotion de la santé auprès des populations vivant sur des terrains squattés de l'agglomération nantaise. La délégation nantaise de Médecins du Monde a intégré le programme de médiation sanitaire dès les prémices de l'expérimentation. A l'issue de l'expérimentation, le programme de médiation sanitaire et le programme mené par l'équipe bénévole ont fusionné en un seul programme : programme médiation bidonvilles.

Objectifs du projet

- Développer les aptitudes individuelles et collectives des femmes pour limiter les risques de problèmes de santé pour elles et leurs enfants,
- Renforcer la capacité des femmes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes et leurs enfants,
- Favoriser l'accueil par les structures de santé ou la médecine libérale des mères et de leurs enfants,
- Lutter contre les discriminations et pour un accès aux soins des Roms dans le droit commun,
- Identifier les facteurs favorables à une action communautaire, en s'appuyant sur les médiatrices et sur l'éducation à la santé.

Principales missions

La médiatrice sanitaire de Médecins du Monde a pour principales missions de :

- Participer aux sorties de l'équipe de médiation sur les lieux de vie en vue de :
- Faciliter l'accès aux soins et à l'accès aux droits
- Favoriser l'accès à la médecine de ville (médecins spécialistes, laboratoires paramédicaux)
- Favoriser le recours à la PMI de secteur ou à Chaptal en respectant le choix des personnes
- Mettre en place des actions d'éducation à la santé

- Organiser occasionnellement des sorties avec l'équipe de médiation en vue de :
 - accompagner des familles ou des personnes vers la PASS ou d'autres services.
 - réaliser des suivis de situations spécifiques telles que sorties d'hospitalisation, situations de vulnérabilité majeure...
 - accompagner des journalistes, des bénévoles d'autres associations ou des professionnels de santé,
- Former l'équipe de bénévoles aux droits, à la posture de médiation et au travail en interculturalité
- Sensibiliser, informer sur la médiation sanitaire et sur les droits des personnes résidant en bidonvilles migrants européens, au moyen d'interventions dans des organismes de formation de travailleurs sociaux et auprès des réseaux associatifs.

- Réaliser conjointement avec des partenaires locaux des outils de prévention et d'information adaptés.
Modalités d'action
<p>La médiatrice sanitaire est intégrée à une équipe pluridisciplinaire composée de salariés et de bénévoles. Elle participe à l'une des deux sorties hebdomadaires et aux sorties occasionnelles de l'équipe de médiation idéalement constituée d'un médecin, d'une infirmière et d'une interprète de l'ASAMLA. Les personnes peuvent également se rendre sans rendez-vous aux permanences hebdomadaires que la médiatrice tient dans les locaux de l'association.</p> <p>Localement, la médiatrice participe à des séances d'analyse de la pratique et supervision. Elle bénéficie également d'un appui technique et d'un encadrement de la part de la coordinatrice régionale de l'association et de la responsable du programme médiation bidonvilles.</p>
Public cible
La médiatrice intervient simultanément auprès des habitants de cinq bidonvilles (9 bidonvilles au total sur l'année en prenant en compte les déplacements) situés sur la commune de Saint Herblain.
Budget et bailleurs
Le rapport financier du projet de médiation est de 65 701 Euros en 2013 et le budget prévisionnel pour 2014 de 55 633 Euros. Le Conseil Régional ainsi que l'ARS Pays de Loire apportent leur soutien financier, respectivement à hauteur de 10 000 Euros et 31 000 Euros par an.
Profil de poste (formation préalable du médiateur, date d'entrée en poste, type de contrat)
La médiatrice a une formation d'éducatrice spécialisée. Elle a pris son poste en 2010 et elle est en CDI depuis juin 2012.

ASAV
<p>Depuis sa création en 1990, l'AŠAV fait le choix d'intervenir sur le thème des Gens du Voyage et des Roms migrants originaires d'Europe de l'Est. Bien que présentant deux problématiques distinctes, spécialement quant aux modes de vie et aux statuts, ces populations font l'objet de freins à l'inclusion et parfois de discrimination en France ou dans leur pays d'origine. L'association intervient dans le champ de l'action sociale, l'insertion professionnelle, l'accès aux droits et à la santé. L'AŠAV coordonne le programme national depuis le début de l'expérimentation. En 2011 et 2012, l'association portait un projet de médiation sanitaire dans le Val d'Oise et en Seine St Denis. Seul le projet dans le Val d'Oise a été reconduit par la suite.</p>
Objectifs du projet
<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'ouverture et le maintien des droits à une couverture maladie. Il s'agit de permettre l'accès à une élection de domicile à l'AŠAV et d'appuyer les demandes de couverture maladie, - Promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants roms vivant en bidonvilles, à travers une action de médiation favorisant l'accès autonome à la prévention et aux soins.
Principales missions
<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir les habitants des bidonvilles dans le cadre des permanences hebdomadaires de l'AŠAV d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie, - Organiser des séances d'information collectives et individuelles concernant l'accès aux droits, aux soins ainsi que des séances de prévention et d'éducation à la santé,

<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en relation, orienter et accompagner les personnes vers les structures de santé avec une attention particulière concernant la santé materno-infantile, - Informer et soutenir les structures de soins et de prévention pour améliorer l'accueil et la prise en charge des habitants des bidonvilles à proximité.
<p>Modalités d'action</p>
<p>La médiatrice sanitaire est intégrée à une équipe pluridisciplinaire. Cela lui permet de relayer les demandes/besoins des familles hors champ sanitaire, en particulier auprès des assistantes sociales et du juriste de l'association.</p> <p>Elle se rend régulièrement sur les différents lieux de vie des personnes et elle réalise des accompagnements dans les structures de santé en transport en commun. Elle reçoit les personnes sans rendez-vous deux fois par semaine dans les locaux de l'AŠAV.</p> <p>Elle bénéficie également d'un soutien, d'un appui technique mais aussi d'un encadrement de la part du Directeur de l'association.</p>
<p>Public cible</p>
<p>La médiatrice intervient auprès des habitants des bidonvilles de Saint Ouen l'Aumône, Bezons et Deuil la Barre.</p>
<p>Budget et bailleurs</p>
<p>Le budget global du projet de médiation sanitaire dans le Val d'Oise est de 47 743 euros. L'ARS du Val d'Oise participe à hauteur de 40 000 euros et les 7 743 euros restant sont prélevés sur les fonds propres de l'association.</p>
<p>Profil de poste (formation préalable du médiateur, date d'entrée en poste, type de contrat)</p>
<p>La médiatrice a une formation en langues étrangères et en gestion de projets de développement (Master 2). Elle a pris son poste en mai 2012 et elle est en CDI depuis septembre 2012.</p>

<p>PREMIERE URGENCE – AIDE MEDICALE INTERNATIONALE</p>
<p>Depuis le mois de mai 2012, l'ONG mène un projet de médiation sanitaire en faveur des femmes et des enfants défavorisés d'origines roumaine et bulgare des départements de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.</p> <p>En décembre 2013, PU-AMI a ouvert un centre d'accueil et d'orientation (CAO) à Ivry, dans le Val-de-Marne, afin de mener des actions de médiation sanitaire en faveur d'un public plus large : migrants, primo arrivants, sans domicile fixe, personnes en situation de grande précarité, etc. Le centre propose également des activités ludo-éducatives pour les enfants. Le projet de médiation sanitaire de PU-AMI a démarré en mai 2012 et il a intégré le PNMS en juillet 2013.</p>
<p>Objectifs du projet</p>
<p>L'objectif de l'action de médiation sanitaire de PU – AMI est de promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants roms, résidant en France dans les squats et les bidonvilles, via la mise en œuvre d'actions spécifiques de médiation sanitaire sur les lieux de vie.</p>
<p>Principales missions</p>
<ul style="list-style-type: none"> - L'orientation et l'accompagnement des personnes vers et au sein des structures de santé du droit commun, - L'éducation à la santé via des ateliers mis en place sur les sites abordant des thématiques telles que la périnatalité, la contraception, la santé bucco-dentaire (enfants de 0 à 6 ans) et la tuberculose, - La mobilisation des professionnels de santé : travail de sensibilisation auprès des partenaires médico-

sociaux pour les amener à se déplacer sur les sites afin d'être identifiés par le public. Des ateliers portant sur la médiation sanitaire et les déterminants socio-culturels des populations roms migrantes leurs sont également proposés.

Modalités d'action

L'équipe est composée de deux médiateurs sanitaires et d'une infirmière et est supervisée par une coordinatrice. Elle réalise des sorties sur le terrain, des accompagnements dans les structures de santé et elle organise des rencontres avec les partenaires. L'équipe tient également une permanence bihebdomadaire dans le cadre du service social de l'hôpital Delafontaine à St Denis depuis février 2013.

Public cible

L'équipe intervient sur neuf sites répartis de la sorte : 5 en Seine St Denis dont 4 identifiés comme prioritaires et 5 dans le Val de Marne dont 2 identifiés comme prioritaires (situation en décembre 2013).

Budget et bailleurs

Le budget du projet de médiation sanitaire est de 158 000 euros (les deux postes de médiateur sanitaire ainsi qu'un poste d'infirmière sont pris en compte dans ce budget). L'ARS Ile-de-France apporte son soutien financier au projet « squat et bidonvilles » et la Fondation de France finance la permanence de médiation sanitaire à l'hôpital Delafontaine.

Profil de poste (formation préalable du médiateur, date d'entrée en poste, type de contrat)

Le médiateur sanitaire est titulaire d'une maîtrise en Langues, Littératures et Civilisations Etrangères et du Master 2 de Paris 8 «études européennes et internationales ». Il a pris son poste en mai 2012 et a signé un CDI en septembre 2013.

La médiatrice sanitaire est titulaire d'un Master en action humanitaire internationale (Paris 12). Elle a pris son poste en juin 2013 en CDD.

4.1. DES MOYENS FINANCIERS ET HUMAINS SIMILAIRES

Les moyens financiers mobilisés par les acteurs impliqués dans le programme permettent le financement d'un poste de médiateur ou pour un des acteurs une équipe constituée de deux médiateurs et une infirmière.

Les subventions allouées proviennent exclusivement de l'ARS pour un des quatre acteurs et principalement pour les trois autres. L'enveloppe budgétaire étant également abondée pour ces derniers par le Conseil Régional, la Fondation de France ou encore des fonds propres de l'association.

Les ARS sont les principaux financeurs du programme avec une participation à hauteur d'environ 50 à 100% du budget global de l'action.

Le financement d'un poste de médiateur varie de 47 000 à 52 000 € environ selon l'association.

On observe donc des moyens financiers sensiblement similaires pour 4 des 5 acteurs impliqués dans le programme en 2013 alors que les territoires d'interventions (nombre de terrains concernés) et le nombre de personnes potentiellement concernées sont très disparates.

4.2. MEDIATEURS SANITAIRES : DES PROFILS PARFOIS DIFFERENTS

On compte en 2013 un total de 5 médiateurs, tous évoluant au sein d'une équipe de 3 à 14 personnes. Cependant, les médiateurs sont dans certains cas les seuls à se rendre sur le terrain. Les environnements professionnels et les conditions de travail des médiateurs ne sont donc pas homogènes.

L'ensemble des médiateurs a été recruté avec un contrat à durée déterminée, deux ont évolué vers un contrat à durée indéterminée. De plus, 3 sur 5 ont été embauchés en 2012, un en 2010 et un en 2013.

Les formations initiales des professionnels sont diverses, 4 sur 5 ont une formation universitaire de niveau I et 1 une formation du secteur social de niveau III. Les champs de compétence des médiateurs sont variés, on distingue les domaines suivants :

- stratégies de développement social,
- éducatrice spécialisée,
- langues étrangères et gestion de projets de développement,
- langues, littératures et civilisations étrangères,
- action humanitaire internationale.

Si les profils sont très différents les uns des autres, on constate cependant que les médiateurs sont généralement des femmes possédant au minimum un bac +2 dans le domaine des sciences humaines ou sciences sociales.

5. ANALYSE GLOBALE DES INDICATEURS TERRAINS

Après examen des fiches de recueil « Etat des lieux terrain et environnement » du programme national de médiation sanitaire, un plan de traitement des données recueillies a été élaboré.

Nous proposons de distinguer un groupe de données de contexte et une série de données pouvant être agrégées sous forme d'indices :

- chaque donnée qualitative se voit attribuer une valeur numérique (par exemple : poubelles en nombre suffisant est codé 1 et poubelles en nombre insuffisant est codé 0)
- un indice est obtenu par addition des valeurs numériques des données qui le composent (par exemple, pour l'indice de salubrité on additionne les valeurs des 5 données prises en compte).
- les indices obtenus sont représentés graphiquement sous forme d'une échelle 1 à 5 niveaux (niveau 1 pour les scorings de 0 à 1).

Cela permet :

- de comparer les terrains entre eux (ou des groupes de terrains, par exemple par département),
- mais aussi d'appréhender l'évolution de la situation de chaque terrain dans le temps.

Nous avons créé un formulaire de saisie de fiches terrain réutilisable pour les prochaines années. De même, la base de données ainsi alimentée sera facilement complétée chaque année. Sont présentés ici des traitements synthétiques pour chaque indice et par département.

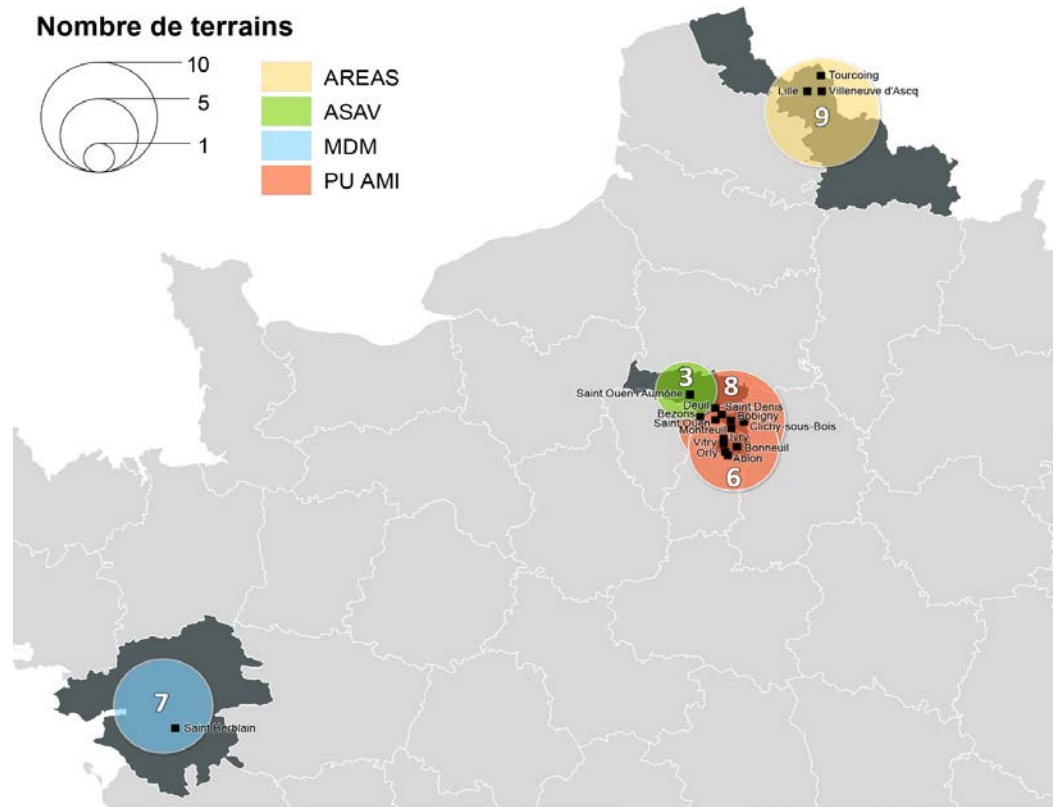
Pour garantir la fiabilité de cette exploitation, il est essentiel que les fiches terrain soient systématiquement remplies dans leur intégralité. En effet des données manquantes réduisent la fiabilité des indices construits.

Pour le rapport 2013 les fiches recueillies pour 33 terrains étaient globalement bien remplies mais des éléments pouvaient manquer pour quelques terrains, limitant ainsi la fiabilité des traitements. C'est le cas en particulier concernant :

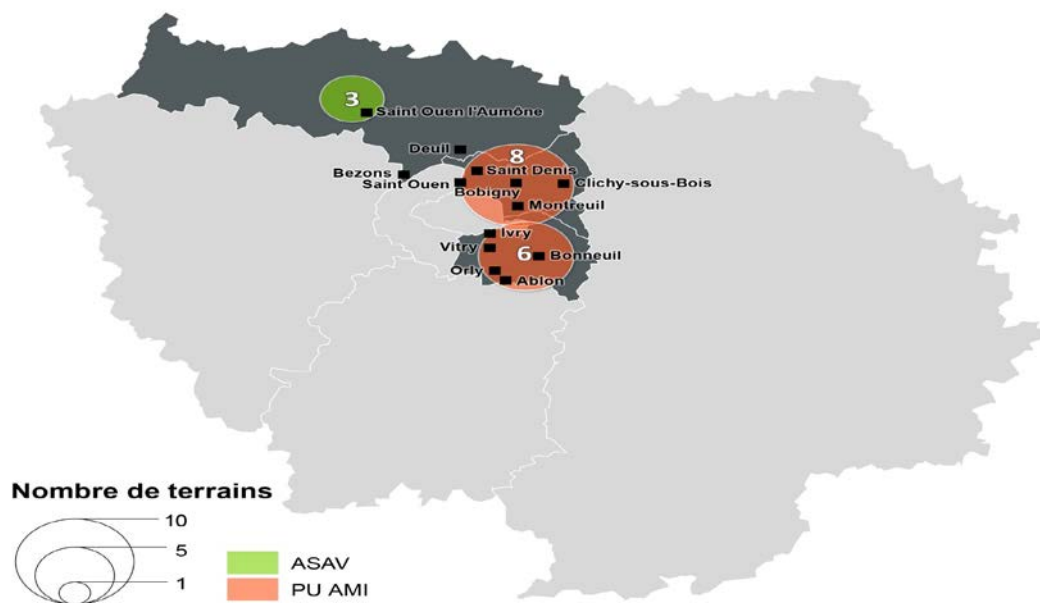
- les données relatives à la sécurité (dans ce cas nous avons considéré qu'en l'absence de signalement, il n'y avait pas de danger avéré (proximité d'une voie ferrée etc.).
- les données relatives à l'accessibilité (sans mention d'élément sur l'accessibilité (par exemple pour une PASS, nous avons codé l'item en valeur 0, c'est dire le plus difficilement accessible).

5.1. DONNEES DE CONTEXTE 2013

- Carte nationale des terrains d'intervention



- Carte francilienne des terrains d'intervention simultanés en médiation sanitaire



- Nombre de personnes sur les terrains par ville

Lieu	Nombre de terrains	Nombre de personnes
44	7	469
Saint Herblain	7	469
59	9	674
Lille	5	165
Tourcoing	1	91
Villeneuve d'Ascq	3	418
93	8	1950
Bobigny	3	580
Clichy-sous-Bois	1	300
Montreuil	1	40
Saint Denis	2	230
Saint Ouen	1	800
94	6	630
Ablon	1	40
Bonneuil	1	200
Ivry	2	290
Orly	1	30
Vitry	1	100
95	3	309
Bezons	1	79
Deuil	1	76
Saint Ouen l'Aumône	1	154
Total général	33	4032

- Type d'habitat observés par les médiateurs

Département	Nombre de terrains avec des Caravanes	Nombre de terrains avec des cabanes	Nombres de terrains avec des tentes	Nombre de terrains avec une ou des maisons squâtées	Total
44	6	4		1	7
59	7	3		1	9
93	3	8	2		8
94	2	4		1	6
95	2	1			3
Total	20	20	2	3	33

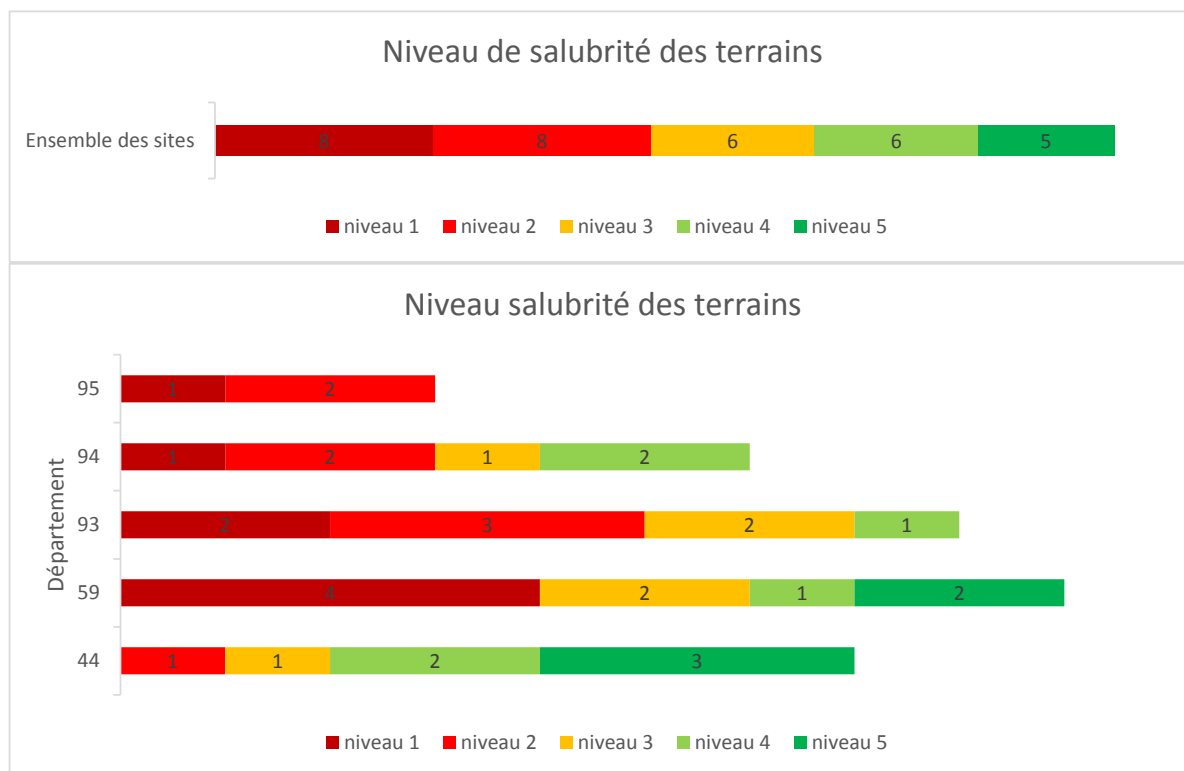
5.2. INDICE « SALUBRITE »

Composition de l'indice :

- Bennes, containers, ou poubelles en nombre suffisant
- Périodicité du ramassage suffisante
- Présence d'ordures sur le terrain
- Présence de nuisibles
- Etat du sol par temps pluvieux Pas du tout boueux

Echelle de 1 à 5 (niveau le plus fort qui correspond à un score de 4 à 5, c'est-à-dire à un site sur lequel les poubelles sont en nombre suffisant, le ramassage est satisfaisant, sans ordures sur le terrain, sans nuisibles, et sur lequel l'état du sol est non boueux).

Principe de lecture : « parmi les 33 terrains sur lesquels ont été présents les médiateurs au cours de l'année 2013, 5 terrains sont salubres (sur la base des données prises en compte) ».



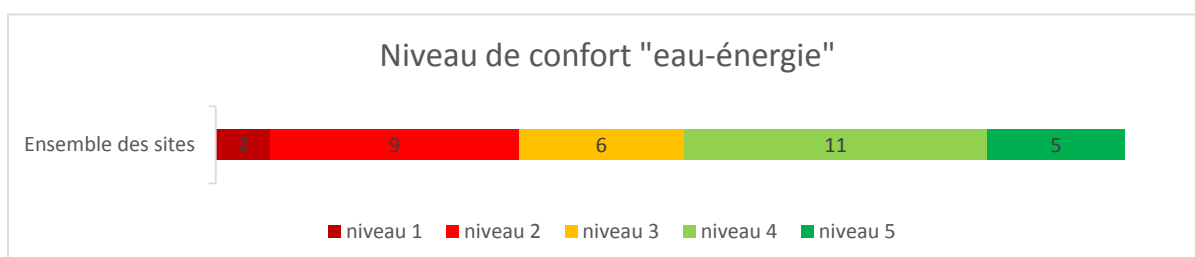
5.3. INDICE « EAU ENERGIE »

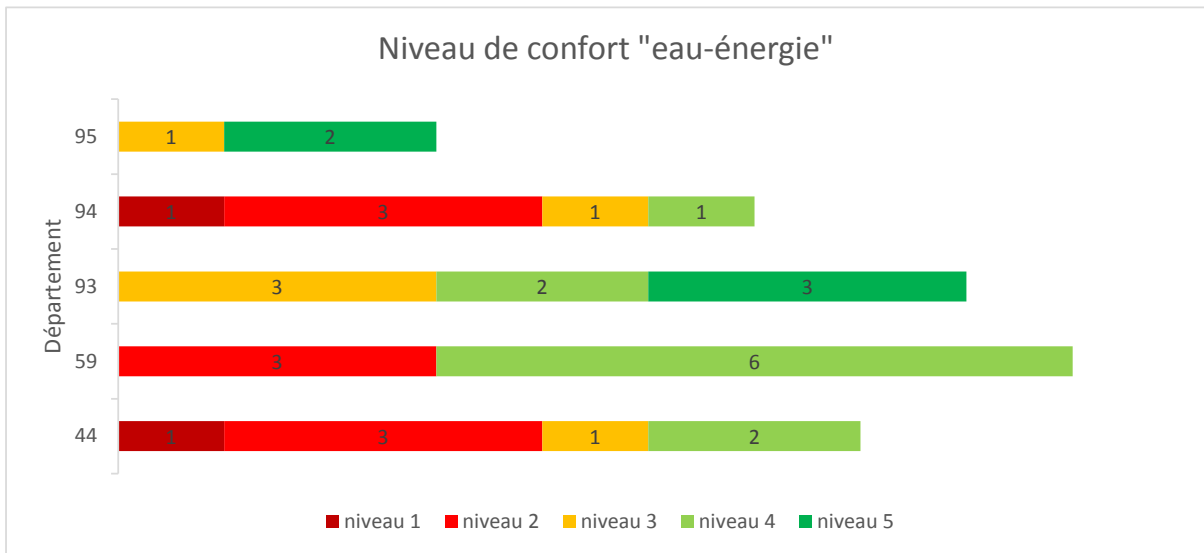
Composition de l'indice :

- Présence de points d'eau sur le terrain ou proximité (potable / non potable)
- Présence de toilettes utilisables sur le terrain
- Accès à l'électricité

Echelle de 1 à 5 (niveau le plus fort qui correspond à un score de 4 à 5, c'est-à-dire à un site sur lequel sont présents un point d'eau potable, des toilettes utilisables et un accès électrique en branchement officiel).

Principe de lecture : « parmi les 33 terrains d'intervention en 2013, 5 terrains disposent d'un accès à l'eau et l'énergie satisfaisant (sur la base des données prises en compte) ».





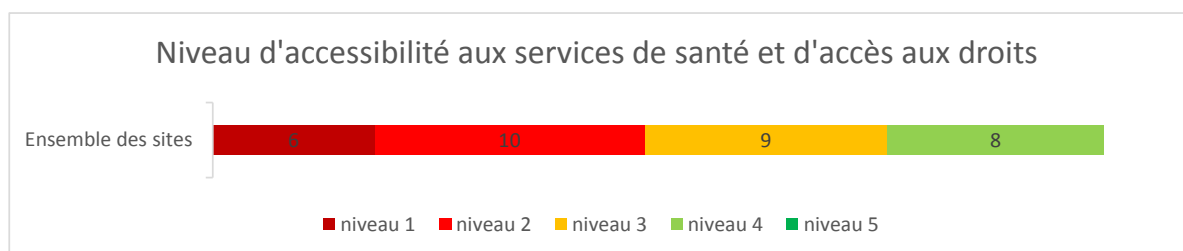
5.4. INDICE « ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE ET D'ACCES AUX DROITS »

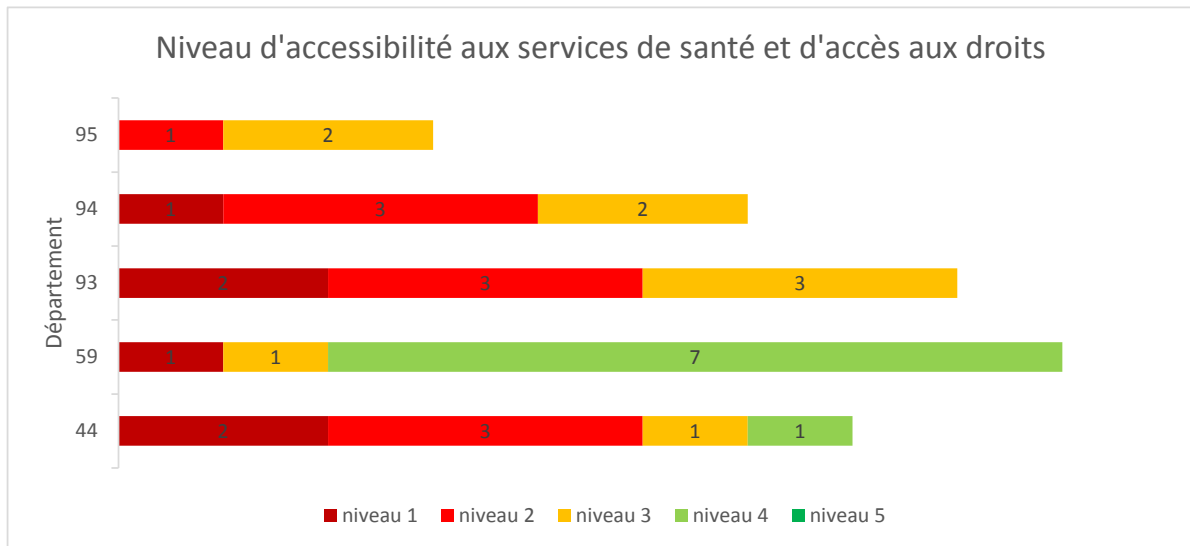
Composition de l'indice :

- Temps d'accès à l'arrêt du transport en commun au passage régulier le plus proche
- Durée du trajet pour rejoindre une PMI
- Durée du trajet pour rejoindre un CHU ou une PASS
- Durée du trajet pour rejoindre un Centre municipal de santé ou un médecin de ville
- Durée du trajet pour rejoindre un organisme domiciliaire

Echelle de 1 à 5 (niveau le plus fort qui correspond à un score de 4 à 5, c'est-à-dire à un site sur lequel un arrêt de transport collectif se trouve à proximité, et les services sont accessibles rapidement à pieds ou transports collectifs).

Principe de lecture : « parmi les 33 terrains d'intervention en 2013, aucun terrain ne permet une accessibilité rapide aux principaux services de santé et d'accès aux droits (sur la base des données prises en compte) ».





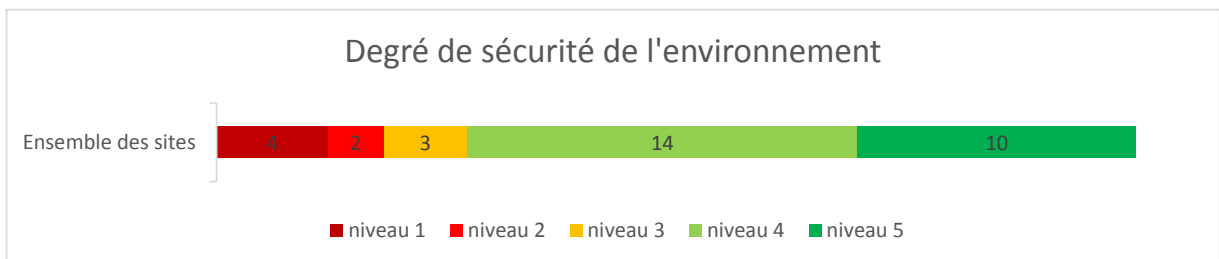
5.5. INDICE « SECURITE »

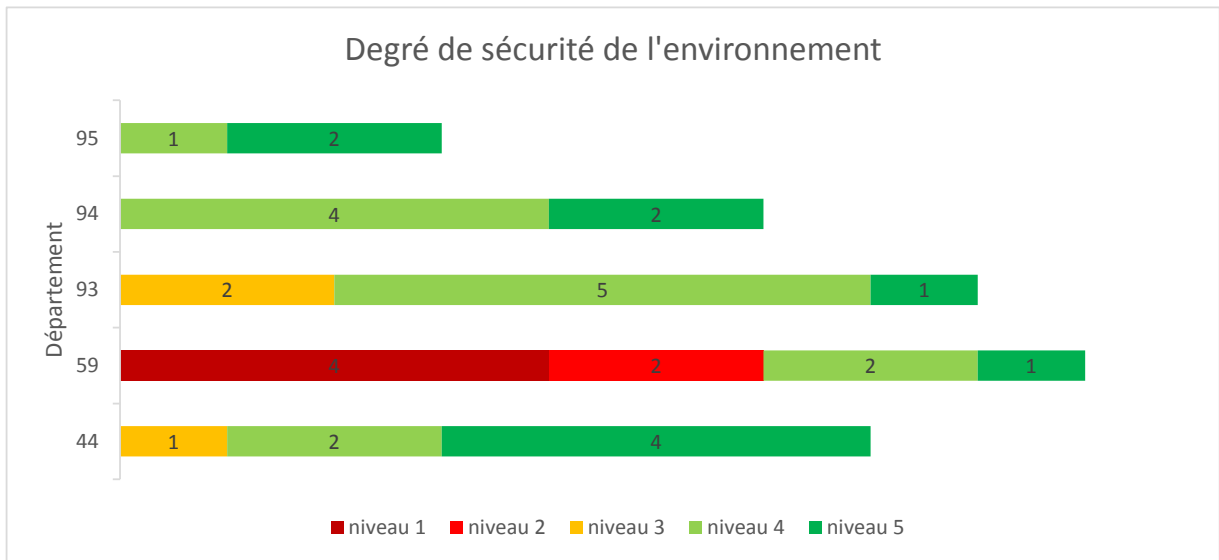
Composition de l'indice :

- Situation du terrain aux abords d'une route à grande vitesse
- Situation du terrain le long d'une voie de chemin de fer
- Situation du terrain aux abords d'une décharge publique
- Situation du terrain en zone inondable
- Possibilité pour les secours (pompiers, Samu) d'accéder au terrain

Echelle de 1 à 5 (niveau le plus fort qui correspond qui correspond à un score de 4 à 5, c'est-à-dire à un site qui ne comporte pas d'éléments de danger pour ses habitants).

Principe de lecture : « parmi les 33 terrains d'intervention en 2013, 10 terrains ne présentent pas d'éléments de danger pour les habitants (sur la base des données prises en compte) ».





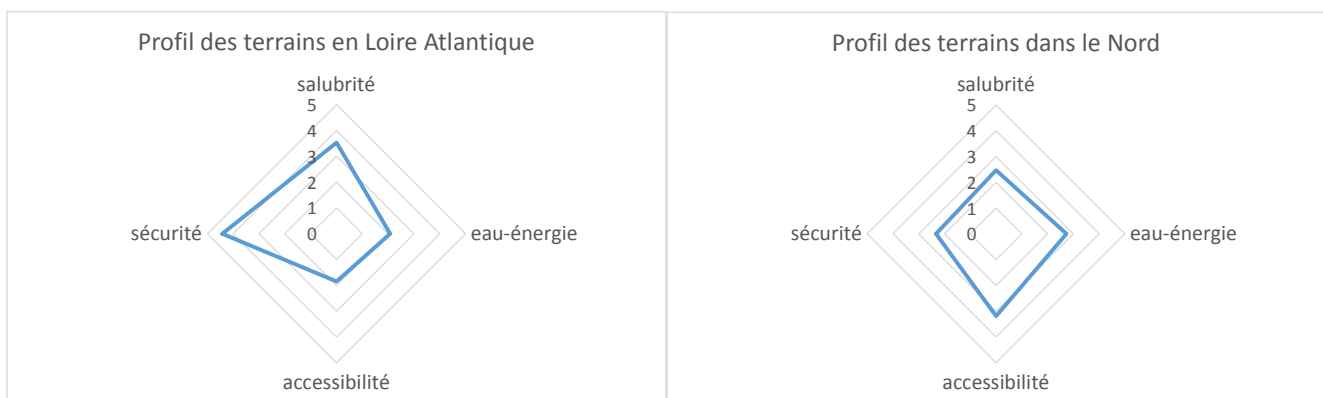
5.6. LECTURE TERRITORIALE (PROFIL DES TERRAINS PAR DEPARTEMENT)

Sur les graphiques suivants, sont représentées les moyennes des scores obtenus sur chacune des 4 entrées (salubrité, eau-énergie, accessibilité, sécurité) pour les terrains de chaque département.

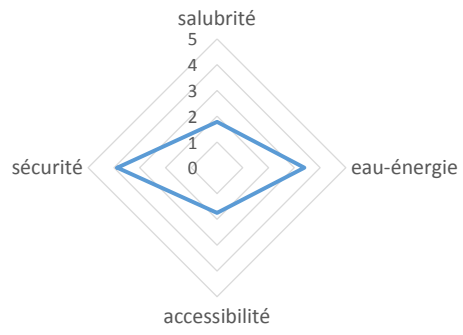
L'échelle de 0 à 5 pour chaque entrée correspond à un niveau faible de sécurité, accessibilité, etc., pour la valeur 0, et à un niveau fort pour la valeur 5.

Principe de lecture possible :

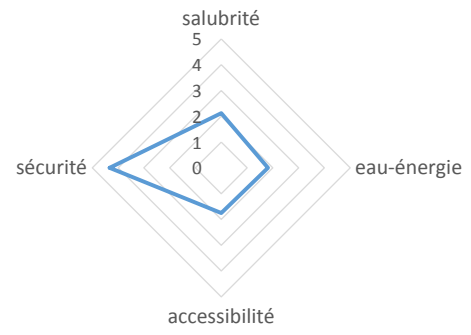
- « Les terrains situés en ile de France ont en commun d'obtenir des scores faibles en termes de salubrité et d'accessibilité ».
- « Les terrains situés dans le nord ont des scores relativement élevés en ce qui concerne l'accessibilité de droit commun et aux services de santé »



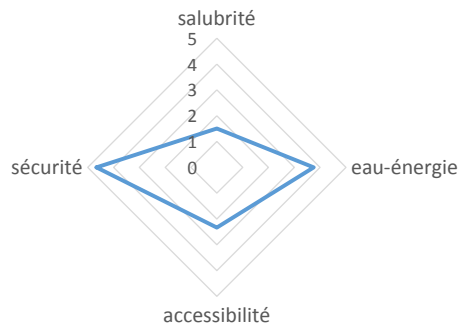
Profil des terrains en Seine-Saint-Denis



Profil des terrains dans le Val de Marne



Profil des terrains dans le Val d'Oise



6. ANALYSE DES INDICATEURS SANITAIRES

Les fiches consacrées aux indicateurs d'accès aux soins se composent de multiples indicateurs qui dépassent largement le cadre de l'accès aux soins. Une fiche globale est complétée par chaque structure participante au programme.

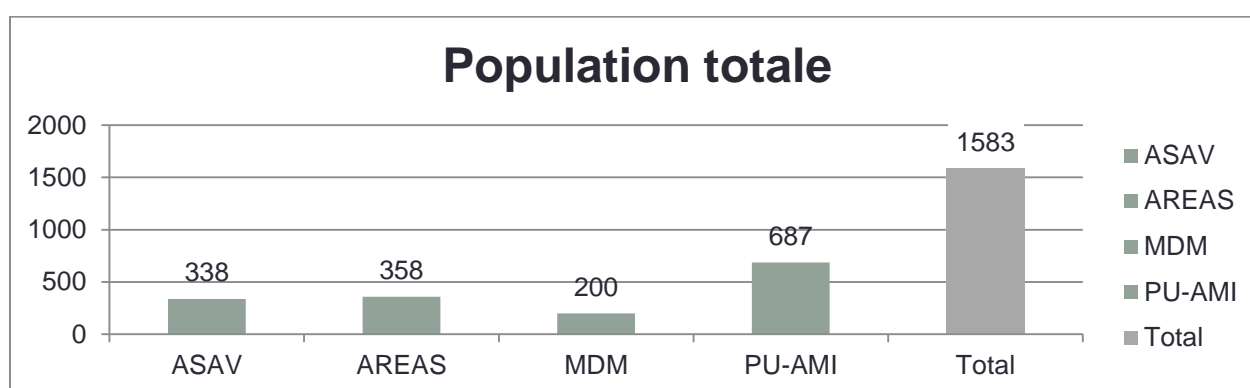
La majorité des données enregistrées intègre la catégorie « environnement social et culturel » des déterminants de santé.

Tableau des catégories et déterminants de santé¹².

Catégories	Déterminants de santé
1. Facteurs individuels et style de vie	Alimentation, dépendance (alcool, tabac, ...), activité physique, activité culturelle
2. Environnement social et culturel	Education, réseau social-entraide-cohésion sociale, inégalités-discriminations, participation, croyance-identité-valeurs, loisirs, services de santé, système de pris en charge ou d'aide à la personne
3. Environnement physique	Air, eau, sol, bruit, déchet, énergie, sanitaires, conditions de logement, environnement intérieur, conditions de travail, accessibilité spatiale et temporelle aux services et équipements, transports, sécurité
4. Environnement économique	Emploi, revenus, activités et croissance économique
5. Environnement général	Démocratie, participation, information, dynamisme

Les données de contexte font apparaître les éléments suivants¹³ :

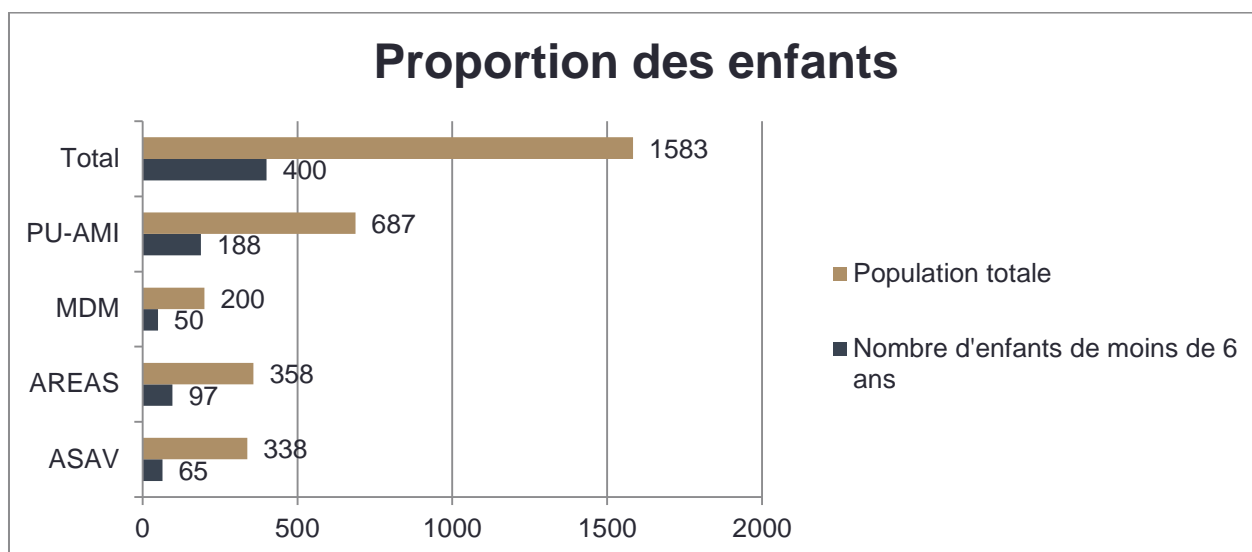
En 2013, 1 583 personnes sont suivies dans le cadre du programme. 65% des bénéficiaires sont situés en Ile-de-France, où interviennent 3 médiateurs.



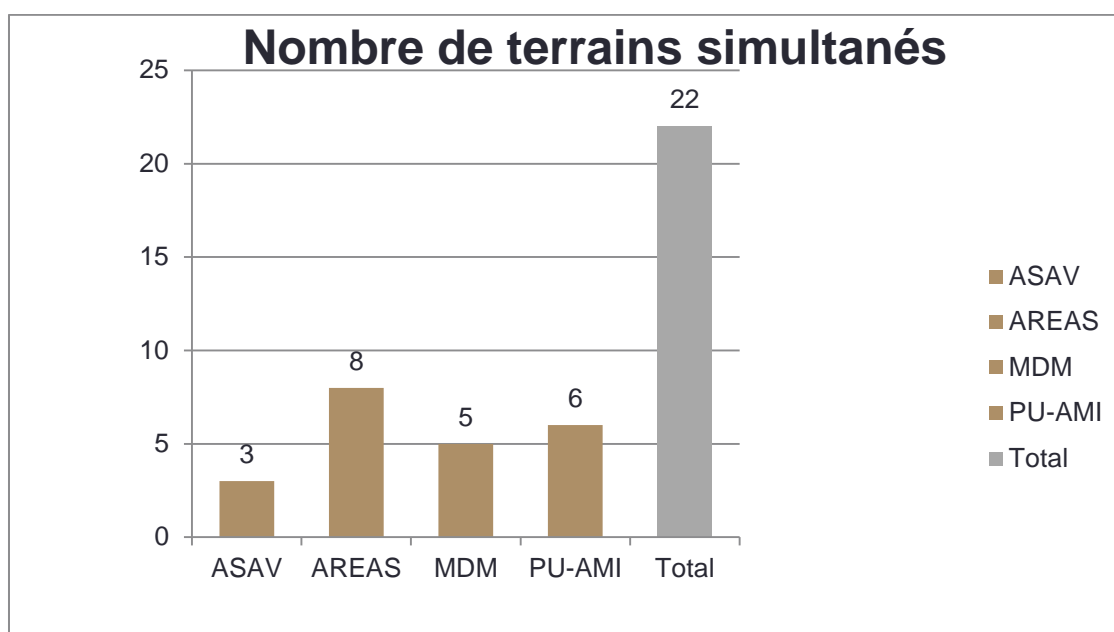
¹² Tableau issu des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007)

¹³ A noter : La lecture des données de contexte issues des fiches « accès aux soins » font apparaître des différences quantitatives avec les données issues des fiches « descriptif terrain » puisque d'une part les médiateurs ne suivent pas l'ensemble des personnes vivant sur les terrains d'intervention et d'autre part, en cas d'évacuation des personnes sur un nouveau terrain, les médiateurs peuvent également déplacer leur intervention sur ce dernier si le contexte le permet.

- **47 % des bénéficiaires du programme sont des enfants. 58% d'entre eux sont âgés de moins de 6 ans.**



- **La médiation sanitaire est pratiquée simultanément sur 22 terrains. 41% des sites sont localisés en Ile-de-France.**



Au-delà des données de cadrage, nous avons retenu quatre angles d'analyse pour traiter l'ensemble des données transmises par les médiateurs sanitaires :

- 1. Protection sociale**
- 2. Accès aux soins**
- 3. Prévention**
- 4. Mobilisation des acteurs de santé**

6.1. PROTECTION SOCIALE : DES DONNEES CONTRASTEES¹⁴

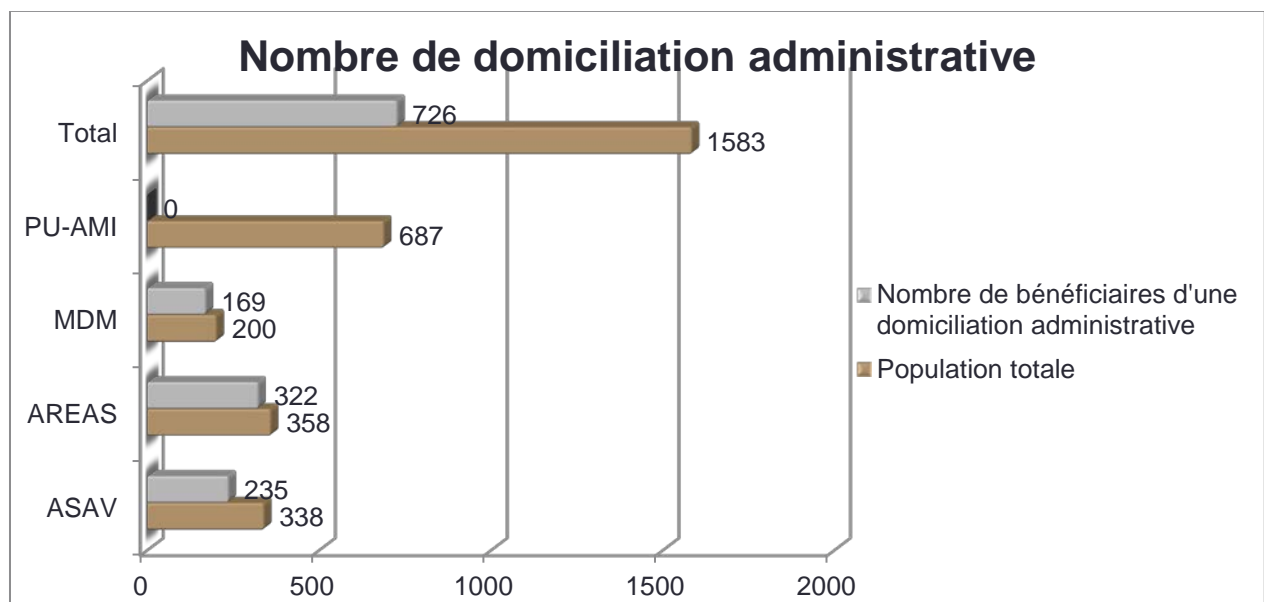
Les données relatives à la protection sociale concernent la domiciliation administrative et l'ouverture des droits à l'assurance-maladie des publics Roms. Dans ce domaine, Les disparités sont nettes entre les structures.

Accès à la domiciliation administrative

- De manière générale, **83 % des foyers suivis dans le cadre du programme ont accès à la domiciliation administrative.**
- De disparités de taux de domiciliation sont observées selon les territoires. Ainsi, 85% des bénéficiaires suivis par MDM Nantes ont une domiciliation tandis qu'elle représente 70% des bénéficiaires de l'ASAV.

Accès à l'assurance-maladie

- **46 % des bénéficiaires du programme ont leurs droits à l'assurance-maladie ouvert ou en cours de renouvellement.**
- Là encore, des disparités existent selon les territoires. Ainsi, 65% des populations suivies par AREAS bénéficient d'une assurance maladie tandis que PU-AMI indique 23% des personnes suivies.



¹⁴ Les données concernant l'accès à la protection sociale sont manquantes pour l'association PU-AMI.

6.2. UN PARCOURS DE SOINS ORIENTE VERS LES STRUCTURES PUBLIQUES (CENTRES HOSPITALIERS, SERVICES PMI, CENTRES DE SANTE CPAM...)

Les données relatives à l'accès aux soins concernent l'accès à la médecine libérale, l'accompagnement ou l'orientation vers les professionnels de santé et le recours aux services d'interprétariat.

Accès à la médecine libérale

- **De manière générale, les médiateurs observent un faible accès à la médecine libérale.**
- Entre 7 et 14 professionnels de santé libéraux ont reçu des familles selon les associations.
- 3 à 5 médecins traitants assurent le suivi des familles Roms sur l'ensemble des 33 terrains d'intervention. 1 refus de soins a été signalé par une association.

Accès aux structures de santé

- **Les accompagnements de familles vers des structures sanitaires sont multiples et réguliers. L'accès aux structures de santé y est facilité, particulièrement en direction des structures hospitalières et des services PMI.**
- Au total, 59 structures sont identifiées par les associations participantes au programme. Cet indicateur témoigne de la capacité des médiateurs à nouer des partenariats avec les acteurs santé de proximité.
- 14 structures par territoire sont en moyenne en contact avec les médiateurs sanitaires. (7 structures identifiées par MDM et 23 structures par PU-AMI)

Orientations et accompagnements en santé

- **Les orientations vers les structures sanitaires de proximité constituent un axe important du travail de médiation.**
- 1 259 orientations vers un professionnel de santé ont été réalisées en 2013. MDM Nantes concentre, à elle seule, 36% des orientations effectuées au niveau national.
- Les actions d'accompagnements se situent entre 34 et 72 interventions selon les médiateurs. Au total, 242 accompagnements ont été réalisés en 2013, soit 60 par structure en moyenne.

Recours aux services d'interprétariat

- **Le recours aux services d'interprétariat est encore peu mobilisé par les partenaires Santé.**
- 10 structures sont identifiées. Elles ont recours à un ou plusieurs services d'interprétariat.
- Les centres hospitaliers et les services de PMI de deux conseils généraux font appel à des services en interne ou en externe (ISM interprétariat, ASAMLA)

6.3. PREVENTION : UNE APPROCHE INDIVIDUELLE CENTREE SUR LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS ET LA SANTE MATERNO-INFANTILE

Les données collectées concernent les modalités et la nature des interventions en prévention et promotion de la santé. Au regard des objectifs issus de la phase expérimentale, une attention particulière est consacrée aux indicateurs de santé materno-infantile¹⁵.

Accès à la prévention individuelle

- **1 387 séances de sensibilisation individuelle ont été réalisées par les médiateurs sanitaires. Cette modalité d'intervention est surtout effectuée par deux opérateurs : MDM Nantes et PU-AMI.**
- A eux deux, ils réalisent près de 85% des séances de sensibilisation. 4 thématiques sont principalement abordées auprès des bénéficiaires : le fonctionnement du système de santé, les modes de contraception, l'aide médicale d'Etat et la domiciliation, la santé des enfants.

Accès à la prévention collective et aux bilans de santé

- **115 séances de sensibilisation collective se sont déroulées au cours de l'année 2013.**
- PU-AMI a réalisé 78% des actions de prévention et a touché 600 personnes (principalement des femmes et des enfants). Les thèmes les plus abordés sont les suivants : La santé bucco-dentaire des enfants, la contraception, la tuberculose, le système de soins, l'aide médicale d'Etat.
- **Un très faible accès/recours aux bilans de santé.**
- Seule une association enregistre la réalisation d'un bilan de santé sur l'année 2013.

Suivi des enfants

- **En moyenne, 52% des enfants de moins de 6 ans sont suivis en PMI.**
- Les informations relatives à la vaccination et à la possession des carnets de santé des enfants semblent difficiles à renseigner pour les médiateurs. L'ASAV a indiqué que 60% des enfants avaient un carnet de santé.

Suivi des femmes

- **Les actions de médiation auprès des femmes : un axe prioritaire confirmé par les données observées par les médiateurs.**
- 70% des femmes interrogées connaissent un lieu où s'adresser pour une contraception.
- En moyenne, 21% des femmes utilisent un moyen de contraception selon les observations des médiateurs.
- 14,5% des femmes rencontrées sur les terrains d'intervention des médiateurs étaient enceintes lors de l'année 2013.
- Les médiateurs ont recensé 62 femmes ayant eu au moins une consultation dans le cadre de leur grossesse. Cela représente 70% des femmes enceintes rencontrées dans le cadre des actions de médiation.

¹⁵ L'AREAS n'a pas pu collecter beaucoup d'informations en matière de suivi des enfants et des femmes en 2013.

6.4. UNE FORTE MOBILISATION DES ACTEURS DE SANTE

Les données consacrées à la mobilisation des acteurs concernent toutes les actions de sensibilisation effectuées en direction des partenaires sanitaires et sociaux de proximité.

Sensibilisation des acteurs socio-sanitaires

- **20 séances d'informations ont été réalisées en 2013. Selon des modalités diverses (colloques, conférences, réunions), elles ont touché en priorité des professionnels de CPAM et des assistantes sociales de conseils généraux.** Des professionnels de PMI, de centres hospitaliers ou encore des étudiants en travail social ont aussi bénéficié des temps de sensibilisation.

Co-Création d'outils

- **MDM Nantes et PU-AMI ont créé 7 outils en 2013 en partenariat avec des acteurs santé,** notamment des centres hospitaliers :
- Outil d'information sur les Hépatites (sous forme de films) en partenariat avec le CIDDIST
- Car'Mat : Carnet de Maternité femmes Roms en partenariat avec un doctorant en médecine.
- 2 guides en roumain comment se rendre à la CPAM chercher la carte AME et comment faire la déclaration à la naissance; 1 document explicatif sur le fonctionnement des urgences pédiatriques.
- 1 déclaration de non-affiliation à la CAF;

Visites et actions individuelles sur site

- **45 visites d'acteurs socio-sanitaires ont été recensées sur les terrains d'intervention en médiation. 84% des actions ont été réalisées en partenariat avec MDM Nantes et PU AMI.**
- Sages-femmes, puéricultrices et assistantes sociales sont les professionnels les plus représentés.
- **Très peu d'actions sont menées sans l'accompagnement des médiateurs.**
- 1 seule action a été recensée en 2013. Elle concerne MDM Nantes avec la mise en place d'un suivi CAMSP pour un enfant en partenariat avec la PASS et une puéricultrice de PMI.

Actions collectives

- **22 actions collectives ont été menées par les partenaires santé dont 64% en lien avec MDM Nantes.**
- Elles concernent principalement les domaines suivants :
- Santé materno-infantile
- Ouverture des droits AME
- Informations et suivi vaccinations

6.5. DES TEMPS DE CONCERTATION MULTIPLES ET VARIÉS

La dynamique collective consécutive à l'implantation du programme sur le territoire et aux problématiques observées par les médiateurs sanitaires rendent nécessaire le développement des espaces de régulation.

En 2013, le nombre et la nature de réunions sont variables selon les structures participantes. Le nombre de réunions partenariales est compris entre 4 et 25 temps d'échanges. C'est l'occasion pour les professionnels de différents organismes d'établir des liens relatifs aux vécus avec les familles rencontrées. La mise en place systématique d'un groupe de pilotage ou de suivi local ne semble pas effective sur tous les territoires. MDM Nantes et l'AREAS indique la tenue d'un comité en 2013.

Les temps de concertation avec les collectifs de soutien locaux sont nombreux et réguliers. Par ailleurs, des réunions ponctuelles se déroulent avec les partenaires complémentaires issus de la politique la ville et du secteur sanitaire et social :



L'AREAS indique également des temps de concertation interprofessionnels importants. Les données 2013 font état de 56 réunions d'équipe. Cette mobilisation traduit la nécessité de partager l'avancement du projet et les besoins recensés par les médiateurs sur le terrain.

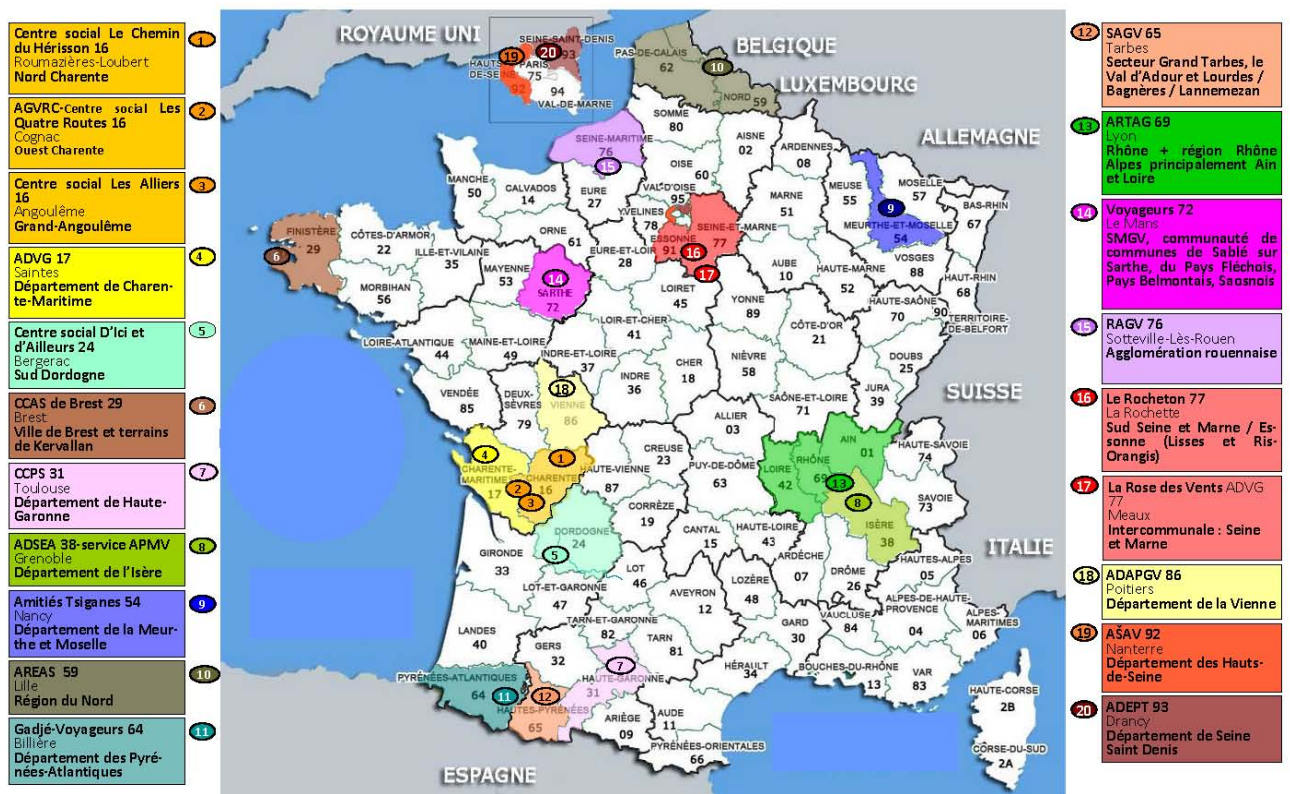
7. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME EN DIRECTION DES GENS DU VOYAGE : 2013, UN PARTAGE DES CONNAISSANCES PROPICE AU DEVELOPPEMENT DE LA MEDIATION SANITAIRE.

Pour favoriser une adaptation progressive du programme à un public Gens du voyage en situation de précarité, la coordination de l'ASAV a participé au groupe de travail santé de la FNASAT-Gens du voyage. Celui-ci s'est réuni trois fois en 2013. Il a permis de comprendre les enjeux relatifs à la médiation sanitaire et de partager les points communs et divergences existantes en matière d'accès à la santé. Plusieurs projets sont en cours de réflexion pour intégrer le programme. Ainsi, une initiative rassemblant plusieurs centres sociaux est à l'étude en région Poitou-Charentes. La construction ou l'adaptation des outils d'évaluation semble une condition nécessaire à l'adhésion au programme.

L'année 2013 a également été consacrée à la réalisation d'un état des lieux national des actions de santé auprès des Gens du voyage en lien avec les structures du réseau FNASAT-Gv. Il constitue la première étape d'une réflexion commune visant à adapter et élargir le programme en direction de ce public, en adéquation avec les réalités du terrain.

Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des structures membres de la FNASAT. 19 associations y ont participé et un CCAS.

Actions en santé menées auprès des Gens du voyage - Réseau FNASAT - 2012-2013



Ce qu'il faut en retenir :

7.1. UN RECUEIL DES BESOINS « EN PROXIMITE »

L'évaluation des besoins en santé est majoritairement réalisée par des observations de terrain menés grâce au travail de proximité et à un accompagnement sur le long terme des professionnels. Des enquêtes et des diagnostics santé plus élaborés s'appuyant sur des questionnaires épidémiologiques sont mises en œuvre par certaines associations.

7.2. DES PATHOLOGIES LIEES A DES CONDITIONS DE VIE DEGRADEES

Les pathologies les plus observées sont identiques à celles relevées auprès des personnes vivant en situation de précarité. Sont identifiées prioritairement :

- Les problèmes de santé bucco-dentaire
- Le diabète
- Les addictions
- L'hypertension artérielle
- Les souffrances psychologiques et psychiatriques.

Une attention particulière est portée sur les risques liés d'une part aux aspects environnementaux des aires d'accueil (insalubrité, isolement, pollutions...) et d'autre part ceux liés aux activités professionnelles des gens du voyage (ferraille, brûlage, découpe..) qui peuvent générer des cas de saturnisme notamment.

7.3. UN ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS LIMITES

Quatre freins sont mis en évidence par les structures. Ils se conjuguent souvent sur un même territoire.

1. **Le fort taux d'illettrisme** de la population des gens du voyage : il semble être la cause d'une méconnaissance du système de santé et de grandes difficultés dans les démarches administratives. Il peut se traduire également par une incompréhension ou une mauvaise interprétation des informations médicales, des traitements et des mesures préventives.
2. **Une perception mineure de la santé** : les priorités liées à l'hébergement ou au travail sont largement prioritaires pour faire face aux difficultés socio-économiques.
3. **La complexité des démarches d'accès à la CMU** : selon les territoires, les pièces justificatives liées à la domiciliation représentent un parcours très difficile pour les personnes.
4. **Une méfiance partagée entre les acteurs médicaux et les gens du voyage.** Le rapport au corps ou à la santé qu'entretiennent les gens du voyage est parfois difficile à appréhender pour les acteurs de santé. De la même manière, l'environnement médical et les usages/codes qui l'accompagnent peuvent inquiéter certaines familles.

7.4. DES ACTIONS DE SANTE DIVERSIFIEES

Selon les acteurs interrogés, les besoins en prévention concernent deux domaines principaux : la nutrition et le suivi de grossesse. Les actions de santé sont quant à elles regroupées autour de trois domaines :

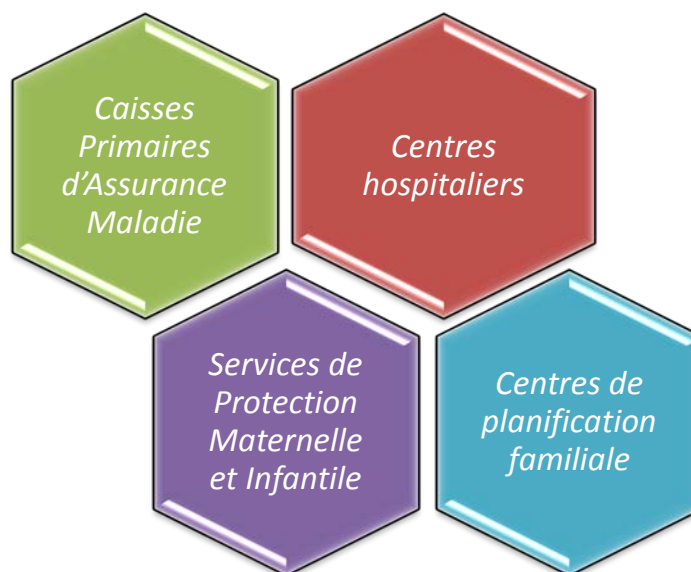
1. Accès aux droits (*domiciliation, Aide à la complémentaire Santé, partenariats CPAM...*)
2. Accès aux soins (*sensibilisation, recherche de partenariats locaux, lutte contre les discriminations ...*)
3. Accès à la prévention (*nutrition, périnatalité et santé materno-infantile, risques d'intoxication au plomb, saturnisme, hygiène bucco-dentaire, santé mentale, addictions, sexualité, santé environnementale...*)

Elles peuvent se présenter sous deux angles :

- *Celles consacrées aux gens du voyage.* Elles peuvent prendre les formes suivantes : orientations et accompagnements pour l'ouverture des droits à assurance maladie, ateliers collectifs de prévention, informations sur les droits, création d'outils de sensibilisation adaptés à un public illettré.
- *Celles consacrées à la sensibilisation des professionnels de santé :* Information/sensibilisation aux déterminants socio-culturels et aux conditions de vie du public lors des accompagnements médicaux, formation des professionnels médico-sociaux (écoles d'infirmiers et travailleurs sociaux) sur les droits, la situation administrative et les déterminants socio-culturels des Gens du voyage.

7.5. DES PARTENAIRES COMMUNS ET MOBILISES SUR TOUS LES TERRITOIRES

Les partenariats nécessaires au développement des actions de santé sont communs à toutes les structures. Ils sont identifiés sur l'ensemble des territoires d'intervention auprès des gens du voyage. Quatre structures sont toujours sollicitées.



La majorité des partenariats mobilisés ne font pas l'objet de conventions ou d'engagements contractualisés.

Trois organismes principaux participent aux financements des actions de Santé : Les agences régionales de santé¹⁶, les directions départementales de la cohésion sociale et certains conseils généraux.

7.6. MEDIATION SANITAIRE : DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES IDENTIFIEES, UN AFFICHAGE PEU VISIBLE.

Sans professionnels spécifiquement affectés à la médiation sanitaire¹⁷, l'état des lieux nous révèle que celle-ci est cependant pratiquée à travers trois actions principales :

1. La préparation aux rendez-vous médicaux.
2. La reformulation des propos des professionnels médico-sociaux lors des consultations.
3. Les visites pour soutenir les familles en cas d'hospitalisation d'un proche.

Certaines missions de médiation sanitaire sont en revanche peu mobilisées par les intervenants en santé. Elles concernent les domaines suivants :

- Les actions de médiation en cas de blocages administratifs ou de refus de soins liés à une discrimination avérée.
- Les actions de plaidoyer en direction des structures de santé et des communes.
- Les remontées d'information sur les besoins concernant la salubrité et la sécurité du terrain aux collectivités concernées et à l'association.

¹⁶ 70% des structures interrogées bénéficient de subventions accordées par l'ARS.

¹⁷ 30% des associations interrogées déclarent disposer d'un intervenant en santé

8. CONCLUSION

L'année 2013 constitue la période de lancement du programme national de médiation sanitaire. Dans la continuité de la phase expérimentale, une grande mobilisation des ressources a été consacrée à la coordination des acteurs et à la mise en place de nouvelles actions de médiation sanitaire. L'ASAV, en articulation avec le comité de pilotage définit les orientations et assure sa coordination au niveau national. Au-delà des outils de communication élaborés dans le cadre du programme, les coordinatrices s'appuient sur un comité technique et un dialogue régulier avec les médiateurs (développement des échanges de pratique) pour définir les modalités d'inclusion au programme. Face à ses premiers constats, plusieurs enseignements se dégagent de cette première année d'intervention :

- une dynamique d'élargissement du programme en direction des publics Roms,
- des moyens mobilisés non proportionnels à l'importance du public visé,
- des profils de terrains et des besoins très différents d'un département à l'autre,
- une dynamique de mobilisation d'acteurs en vue de l'extension du programme aux publics Gens du voyage.
- une mobilisation des partenaires sanitaires et sociaux en cours de construction

L'exploitation des données recueillies par les acteurs à partir des outils partagés démontre l'importance de l'exhaustivité et de la fiabilité de ces dernières afin qu'elles puissent faire l'objet de comparaison dans le temps et constituer la base de l'évaluation du programme en 2016.

En outre, ce premier rapport met en évidence les étapes qu'il reste à franchir pour partager et construire une culture « *médiation sanitaire* » en direction des acteurs mobilisés sur l'accompagnement des gens du voyage. L'état des lieux national nous donne plusieurs pistes sur lesquelles les instances de pilotage travaillent déjà activement. La poursuite des échanges initiés dans le cadre de la FNASAT devrait permettre de valoriser les actions de santé déjà nombreuses mais encore trop peu valorisées.

Enfin, les données relatives à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention sont riches d'enseignements. Elles font référence à la relation étroite entre le parcours de santé d'un individu et son groupe social. Elles sont liées à des facteurs de protection et de faiblesses causées par :

- Les ressources et comportements individuels,
- Les conditions de vie,
- La qualité de l'environnement.

A ce titre, une majorité des bénéficiaires du programme national de médiation sanitaire concentrent une multitude de déterminants sociaux défavorables à la santé. Les collectivités et structures locales vont avoir un rôle clé à jouer pour assurer le développement de ce volet dans les meilleures conditions. Pour atteindre cet objectif, les actions de sensibilisation devront s'organiser et se piloter à différents niveaux. Elles doivent aussi pouvoir se planifier en amont et en aval des interventions destinées aux publics les plus fragiles (enfants et jeunes femmes notamment).