



AŠAV
Association pour l'accueil des voyageurs



Programme expérimental de médiation sanitaire

En direction des femmes et jeunes enfants roms

Rapport final d'évaluation Juillet 2013



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p.3
1- Les populations roms migrantes en France.....	p.3
2- L'élaboration du programme.....	p.4
3- Les objectifs	p.4
METHODOLOGIE	p.4
1- Les indicateurs d'évaluation	p.4
2- Le recueil et l'analyse des données.....	p.4
3- Les changements déterminants survenus dans la participation des associations locales.....	p.5
CONTEXTE D'INTERVENTION.....	p.6
1- L'environnement professionnel des médiatrices.....	p.6
2- Le profil et la situation des femmes suivies.....	p.7
3- Evolution de la taille des terrains d'intervention et de la cohorte des femmes suivies.....	p.8
EVOLUTION DES CONDITIONS CONCERNANT L'HABITAT DES FAMILLES, LA SALUBRITE ET LA SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT.....	p.16
1- Les expulsions.....	p.18
2- Les incidences des expulsions sur le travail de médiation.....	p.19
3- L'habitat des familles.....	p.21
4- Le ramassage des ordures et les sanitaires.....	p.21
5- L'accès à l'eau et l'électricité.....	p.25
EVOLUTION CONCERNANT L'ACCES EFFECTIF DES FEMMES AUX SOINS ET A LA PREVENTION	p.28
1- L'accès aux droits.....	p.28
1-a) La domiciliation administrative.....	p.30
1-b) L'assurance maladie.....	p.33
2- L'accès aux soins.....	p.33
2.a) L'accès aux consultations et les renoncements aux soins.....	p.33
2.b) Le recours autonome et l'accompagnement vers les soins.....	p.34
2.c) Le recours à la médecine de ville.....	p.39
2.d) Le recours aux urgences.....	p.41
3- L'accès à la prévention.....	p.42
3-a) Les principaux services de prévention de droit commun.....	p.42
3-b) Les suivis de grossesse.....	p.44
3-c) La contraception.....	p.47
3-d) Les frottis et mammographies.....	p.49
3-e) Les vaccinations et les suivis des jeunes enfants.....	p.50
3-f) Les actions d'éducation à la santé en collaboration avec les partenaires.....	p.53
4- Les impacts indirects des actions de médiation sur l'ensemble de la population.....	p.54
4-a) Sur l'ensemble des habitants des terrains d'intervention.....	p.54
4-b) Sur l'ensemble de la population rom des territoires d'intervention.....	p.54
5- L'expérimentation spécifique à Bobigny : la formation de femmes-relais en médiation sanitaire.....	p.55
5-a) Le contexte.....	p.55
5-b) Le diagnostic.....	p.55
5-c) Le programme pédagogique.....	p.55
5-d) Les résultats.....	p.56
EVOLUTION DANS LES PRATIQUES DES ACTEURS DE SANTE POUR L'AMELIORATION DE L'ACCUEIL, DE LA PRISE EN CHARGE ET DU SUIVI DU PUBLIC CIBLE.....	p.59
1- La question de l'interprétariat.....	p.59
2- Les initiatives réalisées.....	p.62
2-a) L'amélioration de l'intercompréhension entre les acteurs de santé et le public-cible.....	p.62
2-b) L'adaptation des services pour un accueil facilité des populations roms.....	p.62
2-c) La mise en place d'actions conjointes de prévention.....	p.63
3- La coordination des acteurs de santé.....	p.66
3-a) Les comités de suivi locaux.....	p.66
3-b) Les groupes de travail entre partenaires.....	p.66
3-c) L'amélioration de la continuité des soins.....	p.66
4- Les perspectives d'action.....	p.66
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	p.67
ANNEXE.....	p.69

INTRODUCTION

1- Les populations roms migrantes en France

La France a connu tout au long du XXe siècle des installations successives de populations roms originaires des Pays d'Europe centrale et orientale. A partir des années 1990, des arrivées plus importantes sont observées en provenance des pays d'ex-Yougoslavie, puis davantage de Roumanie et Bulgarie au tournant des années 2000. Peu nombreux à l'échelle nationale (15 à 20 000 personnes environ) leur présence est pourtant très visible du fait de leurs conditions de vie très précaires (regroupements en squats ou bidonvilles) et d'activités de survie autour de la mendicité.

Ces populations sont considérées par l'administration, pour la majorité d'entre elles, comme étant en situation irrégulière. Les mesures transitoires instaurées par le gouvernement français depuis l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne et prolongées jusqu'en 2014, rendent quasiment impossible l'accès au travail pour ces européens vivant en France. Ils connaissent en général une mobilité subie sur le territoire, expulsés très régulièrement d'un site à l'autre, les contraignant à une grande instabilité.

Les acteurs de terrain ont fait le constat d'un état de santé globalement très préoccupant des populations roms migrantes en France, conséquence des conditions de vie et d'accès aux soins ici et dans leur pays d'origine. Les difficultés d'accès à l'assurance maladie, le manque d'information des personnes sur le système de santé, la barrière de la langue, les ruptures de soins, le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes, le manque d'éducation à la santé sont autant d'obstacles à l'accès à la santé de ces personnes en France.

2- L'élaboration du programme

Depuis sa création en 2000, le Collectif National Droits de l'Homme Romeurope a alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une meilleure prise en compte des difficultés d'accès aux soins de ces populations Roms d'Europe de l'Est en France. Au regard des expériences et des constats recueillis, et dans un objectif de santé publique, le développement d'expériences spécifiques de médiation en santé est préconisé depuis de nombreuses années par les associations membres de ce collectif, auprès des autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale.

En 2008-2009, avec le soutien de la Direction générale de la santé, le collectif Romeurope a élaboré un programme expérimental de médiation sanitaire auprès des femmes et jeunes enfants roms vivant en squats et en bidonvilles.

Ce projet se concentre sur la santé maternelle et infantile (femmes et jeunes enfants de 0 à 6 ans) dans la mesure où les indicateurs de santé pour cette population sont particulièrement alarmants : suivi de grossesse inexistant, très faible utilisation des moyens de contraception, recours fréquent à l'avortement, très faibles couverture vaccinale et suivi médical des enfants.

Le programme est coordonné au niveau national par l'ASAV, en copilotage avec la Direction Générale de la Santé et avec le soutien méthodologique de l'Inpes¹. La coordination a assuré l'appui et la mise en réseau des associations locales porteuses des actions de médiation, le suivi et l'évaluation des interventions et la formation initiale et continue des médiateurs. Un comité constitué de représentants d'institutions nationales, des bailleurs nationaux et locaux, de chercheurs et des associations partenaires a été mis en place pour suivre et piloter le programme².

Au terme d'une année 2010 consacrée à réunir les conditions financières et humaines au démarrage du projet sur les territoires locaux, quatre associations membres du collectif Romeurope ont débuté

¹ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

² Direction générale de la santé (DGS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France (DRJSCS), Secrétariat général du comité interministériel des villes (SG-CIV), Agences régionales de santé d'Ile-de-France, du Nord-Pas de Calais et des Pays de la Loire, Conseil Régionaux d'Ile de France et des Pays de la Loire, Conseils régionaux impliqués dans les projets localement, Deux chercheurs (INSERM et IRIS), CCFD-Terre solidaire, CNDH Romeurope, Associations porteuses du projet au niveau national et au niveau local (ASAV, AREAS, CAM, Médecins du Monde Nantes, SICHEM).

les actions de médiation au mois de janvier 2011 auprès d'environ 150 femmes roms et de leurs jeunes enfants, sur les sites d'intervention ciblés : l'AREAS (Association régionale d'étude et d'action sociale) dans le département du Nord (59), le CAM (Comité d'aide médicale) en Seine-St-Denis (93), Médecins du Monde en Loire-Atlantique (44) et l'association SICHEM dans le Var (83).

3- Les objectifs

Adoptant une méthode de recherche-action, le programme a pour objectifs de :

- Développer des actions de médiation sanitaire pour favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des femmes et des jeunes enfants roms migrants vivant en squat ou en bidonville, par leur intégration dans le système de santé de droit commun.
- Evaluer l'efficacité des interventions et formuler des préconisations pour développer la médiation en santé publique au niveau national, en direction des publics roms migrants et plus largement de tous les publics en situation de grande précarité et vulnérabilité.

Les actions locales des médiatrices visant la promotion de la santé des femmes et des enfants roms se déclinent en trois niveaux d'intervention :

En direction du public ciblé :

- Développer les connaissances des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun

En direction des structures de santé :

- 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

En direction de l'environnement des sites de vie :

Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique

METHODOLOGIE

1- Les indicateurs

Les indicateurs et le cadre d'évaluation du programme ont été définis en collaboration avec l'Inpes. Cette évaluation nationale vise à démontrer ou infirmer l'efficacité de la médiation à travers l'évolution d'indicateurs simples concernant :

- l'ouverture effective des droits (notamment à la domiciliation et à la couverture maladie)
- l'accès au système de santé et à la prévention dans une perspective d'autonomisation progressive des personnes
- l'amélioration de la prise en compte par les structures sociales et médicales des difficultés que connaissent les migrants en situation de grande précarité pour accéder à leurs services
- la salubrité et la sécurité de l'environnement.

2- Le recueil et l'analyse des données

Les données ont été recueillies localement par les médiatrices en trois étapes : le diagnostic initial (0 à 3 mois), la phase intermédiaire (à 9 mois) et finale (18 à 24 mois). Elles ont été systématiquement transmises à la coordination du programme chargée de les centraliser, de les traiter et de les analyser.

Quatre supports de recueil ont été élaborés puis remis aux médiatrices formées à leur utilisation :

- une fiche pour chaque femme interrogée, concernant sa situation et celle de ses enfants de moins de 6 ans
- une fiche de suivi des grossesses
- un descriptif des sites d'intervention
- une grille d'entretien avec les interlocuteurs des structures de santé, des services du Conseil général, de la Ville ou de la CPAM.

Concernant la situation des foyers de l'étude, les médiatrices ont collecté les informations sur la base d'entretiens individuels avec les foyers concernés, en consultant les carnets de santé des enfants, ou/et à partir du relevé quotidien dans leur agenda des accompagnements réalisés.

Concernant les conditions de vie sur les terrains, du fait de leur présence très régulière, les médiatrices ont développé une connaissance détaillée des sites. Elles ont ainsi renseigné les fiches descriptives des lieux de vie, permettant en particulier d'évaluer leur salubrité.

L'évolution de la mobilisation des partenaires (les structures de santé et les services de la ville concernés) a été appréciée à partir des questionnaires d'entretien dès le diagnostic initial, de comptes rendus de réunions des comités de suivi locaux, des réunions ponctuelles entre les structures porteuses et les partenaires locaux ainsi que des relevés d'activités partenariales listées par les médiatrices.

En complément de ces supports, l'analyse de l'évolution de la situation sur chaque site a été approfondie à l'aide :

- des notes des médiatrices retraçant l'accompagnement réalisé auprès des femmes,
- des échanges réguliers avec les médiatrices et des entretiens approfondis avec chacune d'elles à la fin du programme,
- des entretiens réalisés par la coordination avec les partenaires de santé sur les différents territoires où ont eu lieu les actions de médiation.

3- Changements déterminants survenus dans la participation des associations locales

En 2011, au démarrage du programme, les actions de médiation ont été mises en œuvre par quatre structures associatives : l'AREAS dans le Nord (59), le CAM en Seine-St-Denis (93), Médecins du Monde en Loire-Atlantique (44) et le SICHEM dans le Var (83).

3-a) L'arrêt de la médiation à Fréjus

L'action de médiation menée par le SICHEM sur le site de Fréjus a cessé après la phase intermédiaire. D'une part, l'association n'a pu obtenir un soutien suffisant de l'ARS du Var pour financer le poste de médiateur sanitaire et d'autre part les familles suivies dans le cadre du programme se sont dispersées sur le territoire suite à l'évacuation de leur lieu de vie en septembre 2011.

3-b) L'interruption momentanée de la médiation sur le site de Bobigny et l'expérimentation d'un projet spécifique : la formation de femmes relais

Les activités de la médiatrice sur le site de Bobigny/Noisy ont cessé en juillet 2011, suite au dépôt de bilan de la structure employeuse, le Comité d'Aide Médicale. Les actions de médiation sur ce site ont repris début mars 2012 et sont encadrées par l'AŠAV. La période d'interruption des actions de médiation ne permettant plus de comparer aux autres sites les résultats obtenus au terme du programme, l'évaluation s'est concentrée sur les éléments qualitatifs de l'action, dont plus spécifiquement la constitution expérimentale d'un groupe de femmes roms qui pourrait assurer le relais de l'action de la médiatrice auprès des autres femmes du terrain.

3-c) L'intégration de l'action de la médiatrice sanitaire de l'AŠAV sur le Val d'Oise

Anticipant les difficultés évoquées ci-dessus, l'AŠAV avait décidé d'adopter le référentiel développé dans le cadre du programme pour l'action menée par la médiatrice sanitaire de l'association avec les familles roms sur le territoire du Val d'Oise. Il s'agissait en effet de garantir la présence de la région d'Ile de France dans le programme pour conserver une bonne représentativité des territoires.

La médiatrice de l'AŠAV a débuté ces interventions en mai 2011, s'appuyant sur la longue expérience de l'association dans le domaine de la médiation sanitaire et sa bonne connaissance du public. D'autre part, la médiatrice a participé aux journées de formation et d'échanges de pratiques avec les autres médiatrices depuis le début du programme. Les premières données qu'elle avait recueillies en mai 2011 ont été actualisées fin novembre 2011. L'évaluation intermédiaire prend donc bien en compte une période de suivi d'environ 6 mois, comme pour les autres sites de l'étude. Les critères et le cadre déterminés pour le choix des structures locales et la mise en place du programme ont donc été respectés et ont permis d'intégrer les résultats de l'action menée dans le Val d'Oise en dépit d'un décalage temporel dans le démarrage des interventions de médiation.

Compte tenu des changements opérés dus aux événements précités et des orientations établies suite aux premiers constats révélés par l'évaluation intermédiaire, **il est apparu nécessaire de prolonger le programme. Initialement prévu au 30 juin 2012, le terme de l'expérimentation a été reporté à la fin de l'année 2012.** En effet l'évaluation réalisée 9 mois après le début des actions a révélé que les pratiques des acteurs de santé et des institutions vis-à-vis des populations roms représentaient l'axe du projet le plus long à faire évoluer. Il a alors été décidé de consacrer quelques mois supplémentaires au déploiement de l'action des médiatrices sur les différents sites afin de rendre possible l'approfondissement et le développement des actions partenariales et accroître ainsi leur mobilisation concernant l'accès aux soins du public-cible.

CONTEXTE D'INTERVENTION

1- L'environnement professionnel des médiatrices du programme

Chacune des médiatrices est employée par une structure associative locale. Elle intervient soit en lien avec d'autres salariés de son association, soit en relation avec un réseau d'associations et des comités de soutien susceptibles de répondre aux demandes des familles ne concernant pas le champ de la santé.

L'extrême précarité des situations auxquelles se trouve nécessairement confronté un médiateur sanitaire intervenant auprès des familles roms en situation de migration pose avec acuité la question de la délimitation de son champ d'intervention. En effet, quelle que soit la population concernée, la santé doit être considérée comme une résultante et ne peut être traitée de façon pertinente sans une approche intégrée des conditions de vie des personnes (habitat, scolarisation, ressources...). Mais cette démarche globale ne peut être entièrement assumée dans le cadre d'une action de médiation sanitaire et des relais sont nécessaires. Les personnes n'ont souvent pas d'autre interlocuteur et tirent le médiateur sanitaire vers d'autres besoins.

Lors de la sélection des structures associatives locales susceptibles de mener un projet de médiation sanitaire, une attention particulière a donc été portée à leur capacité d'inscrire le médiateur dans une équipe pluridisciplinaire et/ou dans un réseau associatif et institutionnel permettant des interventions coordonnées et une prise en charge globale des personnes,

Dans l'agglomération lilloise :

La médiatrice intervient au sein de l'équipe « roms » de l'AREAS qui comporte 8 professionnels et une chef de service. Sur Villeneuve d'Ascq et Tourcoing, elle intervient en binôme avec une éducatrice et sur Lille-Fives en binôme avec un éducateur. Elle réoriente vers eux les demandes hors du champ sanitaire. Dans ses relations avec les partenaires santé, elle s'appuie par ailleurs sur le réseau déjà constitué par l'infirmière de l'AREAS sur toute l'agglomération lilloise.

Dans l'agglomération nantaise :

La médiatrice est encadrée par la coordinatrice de MdM à Nantes et la responsable bénévole de la mission rom. Certaines actions de prévention ou certains contacts avec les partenaires sont initiés en lien avec d'autres missions de MdM sur Nantes (notamment la mission prostitution et dans le cadre plus général de l'action Rom de MdM à Nantes).

La médiatrice oriente autant que possible les demandes individuelles hors santé vers la Cimade, la permanence dédiée du Conseil Général, les travailleurs sociaux du CHU, les intervenants bénévoles

de l'association Ame Sam pour Rezé et du collectif de St Herblain. Le suivi juridique des procédures d'expulsion et la négociation avec les collectivités et l'Etat de façon globale sur l'agglomération nantaise est portée par le collectif nantais Romeurope, dont est membre MdM.

Dans le Val d'Oise :

Les actions de la médiatrice sont supervisées par le directeur de l'ASAV. La médiatrice oriente les demandes individuelles du champ juridique et social vers la juriste et l'assistante sociale de l'association. Elle intervient en binôme avec l'autre médiatrice sanitaire de l'équipe lors de la permanence hebdomadaire tenue à l'ASAV pour l'accès aux droits AME.

La médiatrice est en relation avec les comités de soutien de Saint-Ouen l'Aumône et Deuil-la Barre, vers qui elle peut orienter les foyers pour les questions de scolarisation. Ils assurent également le suivi juridique des procédures d'expulsion et la négociation avec les collectivités locales. Enfin, la médiatrice échange régulièrement avec certaines personnes du collectif investies sur le champ sanitaire.

2- Le profil et la situation des femmes suivies par les médiatrices

L'étude cible les femmes sans limite d'âge mais qui ont ou ont déjà eu une première grossesse ou expriment un désir d'enfant et leurs enfants relevant de la PMI, soit 0/6 ans.

Age des femmes et nombre d'enfants

Les femmes suivies par les médiatrices sont jeunes. Un tiers des femmes ayant des enfants de moins de 6 ans a moins de 23 ans et deux tiers moins de 31 ans. Environ un quart d'entre elles ont eu leur premier enfant alors qu'elles étaient mineures.

Niveau scolaire et maîtrise de la langue

La majorité des femmes suivies par les médiatrices n'ont pas ou peu été scolarisées, que ce soit en Roumanie ou en France. Elles ne sont qu'une petite minorité à pouvoir s'exprimer en français et seules quelques-unes sont en mesure de lire et écrire en français.

La non maîtrise de la langue est identifiée comme un obstacle à l'accès aux soins. Les médiatrices ont ainsi estimé que plus des $\frac{3}{4}$ des femmes rencontrées ne bénéficieraient pas d'une intercompréhension satisfaisante dans le contexte spécifique des consultations médicales sans la présence d'un interprète professionnel.

Statut administratif et ressources

Bien que citoyennes de l'Union européenne, ces femmes sont tenues de demander un titre de séjour après trois mois de présence sur le territoire, pour résider légalement en France et accéder à la protection sociale à égalité de traitement avec les nationaux. Ce titre est très rarement obtenu en raison des critères restrictifs à l'admission au séjour de ces ressortissantes. Seules celles qui bénéficient d'un titre de séjour ont la possibilité d'être assurées sociales ou allocataires de la CAF.

Une partie des familles perçoivent des aides financières du Conseil général dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance. En effet, les personnes étrangères peuvent bénéficier de ces prestations : la nationalité, la régularité du séjour, ou une durée minimale de résidence en France ne sont pas des conditions d'attribution.³

Ces prestations peuvent être versées en secours exceptionnel ou sous forme d'allocations mensuelles. Cet état de besoin est apprécié selon les ressources. Chaque Conseil Général reste cependant libre de définir la forme de cette aide. Ainsi la détermination d'un barème dépend de leurs appréciations, et pourra varier d'un département à un autre.

Dans le cas de ces familles, on observe que les Conseils opposent souvent le caractère exceptionnel et ponctuel de l'aide pour limiter dans le temps le versement de la prestation, et ce alors que la situation qui a justifié le versement de la prestation perdure, et que la loi parle dans ce cas de prestations « mensuelles ».

³ Article L. 111-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

La majorité des familles de l'étude, dont les seules ressources sont issues de la mendicité et la récupération de ferraille (ou d'objets divers), déclarent gagner entre 250 et 350 € par mois.

Régions d'origine en Roumanie des femmes concernées par l'action

Sur chacun des sites retenus, les familles viennent presque exclusivement d'une même région de Roumanie. Ce n'est pas le cas sur les terrains de St-Ouen-l'Aumône et Bobigny, dont la composition est beaucoup plus diverse : en plus des familles roumaines issues de régions différentes, des familles originaires d'autres pays d'Europe de l'Est sont présentes. Cette situation résulte de recompositions et d'arrivées successives de groupes familiaux en errance suite à de multiples expulsions sur d'autres terrains de la région.

Commune	Judets d'origine en Roumanie
St Herblain	Mehedinti, Dolj
Rezé	Mehedinti
Lille-Fives	Bacau
Tourcoing	Maramures
Villeneuve d'Ascq	Satu Mare
St-Ouen-l'Aumône	Timis, Arad
Deuil-la-Barre	Arad
Bobigny	Dolj, Arad, Bacau, Brasov, Caras-Severin, Cluj



3- Evolution de la configuration des terrains et de la taille de la cohorte des femmes et des jeunes enfants

De manière générale, la population des terrains suivis par les médiatrices a augmenté. De plus, suite aux expulsions, les groupes initiaux se sont divisés et réinstallés sur plusieurs autres sites, à l'exception de St-Ouen-l'Aumône où les familles expulsées se sont dispersées. Les trois autres médiatrices interviennent donc sur plus de terrains qu'initialement, ce qui complique le suivi.

- Dans l'agglomération lilloise :
 - o La médiatrice intervient sur les mêmes terrains qu'initialement dans le quartier de Lille-Fives. Les familles résidant sur la commune de Tourcoing ont été expulsées de leur lieu de vie à deux reprises depuis le début de l'étude. Elles sont actuellement regroupées presque dans la même configuration sur un terrain rue Chateaubriand. A Villeneuve d'Ascq, suite à des conflits interfamiliaux, des foyers de la rue de la Cruppe se sont installés Porte d'Arras. La médiatrice a maintenu le suivi de ces foyers et a donc dû intervenir sur un terrain supplémentaire, comptant 360 personnes.
 - o Par ailleurs, la population rom présente dans la métropole Lilloise a triplé depuis le début de l'étude, la plupart venant de Roumanie. De nouvelles familles ou celles qui étaient déjà dans une logique d'aller-retour depuis 2007 se sont installées en France. Cette augmentation a eu une incidence sur la poursuite des accompagnements individualisés dans la mesure où les familles nouvellement arrivées étaient en demande d'aide par rapport à leurs démarches administratives et médicales. Ainsi, le suivi des foyers de l'étude, bien qu'il ait été assuré jusqu'à la fin du programme, a été moins soutenu que dans la phase initiale, en raison du nombre de demandes urgentes des autres familles primo-arrivantes que la médiatrice a dû également traiter.
- Dans l'agglomération nantaise :
 - o Depuis le début du programme, la médiatrice a suivi les familles sur différents terrains des communes de Rezé et St-Herblain, au gré des expulsions. Le groupe de St-

Herblain s'est scindé en deux après le premier déplacement lors de la phase intermédiaire. Les familles ont été amenées à changer de lieu de vie une nouvelle fois au cours de la phase finale. Une partie s'est installée en novembre 2011 sur un terrain rue du Zambèze, une autre sur le quai Emile Cormerais, en mai 2012 : occupé par deux ou trois familles au départ, ce site a vu sa population augmenter considérablement avec l'arrivée de plusieurs familles victimes d'expulsions sur d'autres communes de l'agglomération nantaise. La médiatrice suit donc trois groupes, deux à St-Herblain et un à Rezé.

- Dans le Val d'Oise :

- o La médiatrice intervenait au départ sur cinq terrains : trois à St Ouen l'Aumône, situés rue de Paris, à proximité les uns des autres, un sur la commune de Deuil-la-Barre et le dernier sur la commune de Méry/Oise.

A Deuil-la-Barre, bien qu'il soit menacé d'expulsion depuis de nombreux mois, le terrain initial est resté stable. A St Ouen l'Aumône, deux des trois terrains initiaux situés rue de Paris ont été expulsés. Le troisième terrain est le même qu'au début de l'intervention de la médiatrice. Il a vu sa population augmenter, quelques familles des terrains expulsés s'y étant installées. D'autres familles expulsées sont parties sur un terrain rue des Terres Fortes, également sur la commune de St Ouen l'Aumône, mais la majorité des personnes concernées par les expulsions se sont dispersées.

Il a été décidé de ne pas intégrer à l'évaluation finale le terrain situé sur la commune de Méry/Oise, du fait d'un manque de contacts réguliers avec le seul foyer de l'étude encore présent. Par ailleurs, le terrain était difficilement accessible et l'intervention sur différents sites situés sur trois communes éloignées s'est révélée être un obstacle à un suivi individualisé.

L'action de la médiatrice se concentre donc désormais sur 3 terrains dans les communes de St Ouen l'Aumône et Deuil-la-Barre.

		Phase initiale			Phase intermédiaire			Phase finale			
Commune		Terrain	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations
St Herblain	T0	Parc de la Gournerie	70	15	23	Expulsion			-	-	-
	T9	Bd Marcel Paul	-	-	-	80	16	21	Expulsion		
		Rue Duguay Trouin	-	-	-	20	4	6	Expulsion		
	T18	Rue du Zambèze	-	-	-	-	-	-	100	25	28
		Quai Emile Cormerais	-	-	-	-	-	-	80	18	20
Rezé	T0	Quartier de Haute-Ile	99	22	19	Expulsion			-	-	-
	T9 ▼ T18	Trentemoult	-	-	-	80	14	15	70	18	16
TOTAL			169	37	42	180	34	42	250	61	64

		Terrain	Phase initiale			Phase intermédiaire			Phase finale		
			Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations
Lille Quartier Fives	T0 ▼ T18	Rue du Long Pot	21	3	2	53	9	7	39	9	6
		Rue Guillaume Wernier	12	2	2	12	3	2	12	3	2
		Rue Jacobin	34	4	4	102	26	14	75	14	10
Tourcoing	T0	Rue de l'Union	41	6	-	Expulsion			-	-	-
	T9	Rue du Touquet	-	-	-	40	8	8	Expulsion		
	T18	Rue Chateaubriand	-	-	-	-	-	-	40	9	6
Villeneuve d'Ascq	T0 ▼ T18	Rue de la Cruppe	73	10	10	137	23	15	80	17	20
	T18	Porte d'Arras	-	-	-	-	-	-	360	84	84
TOTAL			181	25	18	344	69	46	606	136	128

		Phase initiale			Phase intermédiaire			Phase finale			
Commune	Terrain	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	
St-Ouen l'Aumône	T0 ▼ T18	Rue de Paris 1	60	20	40	60	20	40	90	40	40
	T0 ▼ T9	Rue de Paris 2	90	30	n.c.	90	30	n.c.	Expulsion		
		Rue de Paris 3	150	50	n.c.	150	50	n.c.	Expulsion		
	T18	Rue des Terres Fortes	-	-	-	-	-	-	50	21	23
Deuil-La-Barre	T0 ▼ T18	Ruelle du Pavillon	60	20	20	60	20	20	60	20	20
TOTAL			360	120	-	360	120	-	200	81	83

n.c. = non communiqué

Commune		Terrain	Phase initiale			Phase intermédiaire			Phase finale		
			Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations	Nombre de personnes	Nombre de foyers	Nombre d'habitations
Bobigny	T0	Place St Just	250	+ ou -100	+ ou -100	Expulsion			-	-	-
	T9 ▼ T18	Rue de la République	-	-	-	n.c.	n.c.	n.c.	120	45	38

n.c. = non communiqué

En moyenne, chacune des médiatrices intervient depuis le début de l'action auprès d'une quinzaine de foyers et prioritairement en direction des femmes et des enfants de moins de 6 ans. Mais si ce nombre est demeuré stable, la composition de la cohorte de femmes et enfants suivis a évolué du fait de « sorties » et d'« entrées », enregistrées aux étapes intermédiaire (T+9) et finale (T+18).

Les « sorties » de la cohorte du programme sont principalement le fait du départ des foyers en Roumanie ou dans d'autres pays européens. Par ailleurs, il est dans certains cas impossible pour les médiatrices de suivre des foyers dont la mobilité est forte, contrainte par les expulsions successives. Concernant les familles qui quittent les terrains d'intervention, il est laissé à l'appréciation de la médiatrice de poursuivre ou non l'accompagnement et de les maintenir dans la cohorte, en fonction de la distance et de la charge de travail que cela représente.

De nouveaux foyers ont été intégrés à l'étude : il s'agit d'une part de nouveaux arrivants sur les terrains d'intervention de la médiatrice et d'autre part, des femmes plus âgées qui prennent en charge leurs petits-enfants et pour lesquelles la prévention contre le cancer du sein par la mammographie est pertinente. Les nouveaux foyers intégrés dans chacune des cohortes après le mois d'avril 2011 sont prises en compte dans l'évaluation à partir de T+9. Au-delà, les médiatrices ont pu être amenées à accompagner d'autres familles mais elles ne peuvent faire partie de la recherche, le suivi se faisant alors sur une période trop courte. Dans la mesure du possible, il a été demandé aux médiatrices que ces « entrées » puissent se faire en équilibre avec les « sorties » pour que chacune continue d'accompagner une quinzaine de foyers.

Ces changements compliquent de façon certaine l'analyse des résultats, mais sont inévitables du fait de la mobilité subie des populations sur lesquelles porte la recherche.

		Phase initiale	Phase intermédiaire	Phase finale
TOTAL du nombre de personnes suivies par les médiatrices (tous sites confondus)	Femmes⁴	57	49	44
	Enfants	88	72	63
	Total	145	121	107

A Nantes, la médiatrice intervient auprès d'un nombre de femmes plus important. Les 6 « sorties » entre T+9 et T+18, du fait du départ des foyers en Roumanie ou dans d'autres pays européens, et de l'obtention d'un logement par 3 d'entre eux sur la commune de Rezé⁵, ont été compensées par l'intégration à l'étude de 8 nouvelles femmes.

Sites	Personnes suivies	Phase initiale	Phase intermédiaire	Phase finale
St Herblain	Femmes	5	6	8
	Enfants	7	7	9
	Total	12	13	17
Rezé	Femmes	13	11	11
	Enfants	19	15	14
	Total	32	26	25
Total Loire-Atlantique	Femmes	18	17	19
	Enfants	26	22	23
	Total	44	39	42

⁴ Le nombre de femmes suivies correspond au nombre de foyers suivis

⁵ L'entrée dans le logement ne signifie pas que les personnes aient pour autant surmontées les difficultés pour un recours autonome aux services de santé de droit commun, mais de par leurs conditions d'habitation elles ne répondent plus aux critères fixés initialement pour la prise en compte des foyers dans l'étude.

A Lille, le nombre de femmes suivies par la médiatrice a diminué de moitié depuis le début de l'action. Plusieurs raisons expliquent l'impossibilité de poursuivre le suivi de certaines des femmes questionnées lors de la phase initiale :

- leur mobilité au sein de la métropole lilloise, due à l'instabilité économique et politique, aux expulsions et aux incompatibilités entre les groupes familiaux : certaines familles suivies sont parties sur d'autres lieux de vie. La médiatrice n'a pas souhaité s'y rendre afin de ne pas susciter de la demande sur ces nouveaux terrains et complexifier la mise en œuvre du projet.
- leurs allers-retours Roumanie-France qui peuvent empêcher la réalisation des questionnaires au moment T établi par le programme, ainsi que les retours définitifs en Roumanie.
- un cas qui a dépassé le champ de compétences de la médiatrice et qui a fait l'objet d'une orientation vers un suivi médical spécifique
- Un foyer qui a intégré un logement
- 3 foyers qui ont intégré des dispositifs d'accueil spécifiques : village d'insertion, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et foyer mère-enfant.

Ces départs de la cohorte n'ont pas été entièrement compensés par de nouvelles entrées, la médiatrice ayant fait le choix de se concentrer sur les familles initialement sélectionnées et de n'intégrer que 4 nouveaux foyers, étant donné qu'elle suivait 32 femmes au départ, plus que ce que le programme prévoyait.

Sites	Personnes suivies	Phase initiale	Phase intermédiaire	Phase finale
Lille-Fives	Femmes	14	12	5
	Enfants	14	10	5
	Total	28	22	10
Tourcoing	Femmes	8	5	4
	Enfants	14	10	9
	Total	22	15	13
Villeneuve d'Ascq	Femmes	10	8	7
	Enfants	24	20	14
	Total	34	28	21
Total Nord	Femmes	32	25	16
	Enfants	52	40	28
	Total	84	65	44

Dans le **Val d'Oise**, le nombre de foyers auprès desquels la médiatrice intervient a augmenté sur la dernière période, mais pas autant que ce qui avait été défini : certaines familles suivies initialement sont parties en Roumanie et la médiatrice a été dans l'impossibilité de suivre le foyer restant sur le terrain de Méry/Oise, comme expliqué précédemment.

Sites	Personnes suivies	Phase initiale	Phase intermédiaire	Phase finale
St-Ouen-l'Aumône	Femmes	6	6	5
	Enfants	9	9	8
	Total	15	15	13
Deuil-La-Barre	Femmes	1	1	4
	Enfants	1	1	4
	Total	2	2	8
Total Val d'Oise	Femmes	7	7	9
	Enfants	10	10	12
	Total	17	17	21

EVOLUTION CONCERNANT L'HABITAT DES FAMILLES, LA SALUBRITE ET LA SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT

1- Les expulsions des lieux de vie

Les menaces d'expulsion à court terme relevées lors du diagnostic initial et de l'évaluation intermédiaire ont toutes été exécutées.

Actuellement, la majorité des terrains sur lesquels interviennent les médiatrices font l'objet de demandes d'expulsion et de pressions. 7 des 13 terrains sur lesquels se déroulent actuellement les actions de médiation sont restés stables depuis le début du programme : quatre dans l'agglomération lilloise, et deux dans le Val d'Oise. Le terrain sur la commune de Bobigny a été déménagé en octobre avec l'assentiment des familles, intégrées dans un dispositif de type village d'insertion

A noter que le terrain de Rezé où les familles s'étaient installées suite à l'expulsion du quartier de Haute-Ile a finalement été expulsé après une médiation judiciaire demandée conjointement par les familles et le locataire du terrain. Cette médiation avait permis d'éviter l'expulsion jusqu'à la fin du mois de juillet 2012, mais sous les pressions de la mairie et du propriétaire du terrain, le locataire a subitement demandé l'arrêt de la médiation judiciaire.

Il faut souligner une utilisation de plus en plus répandue de procédures d'expulsion des terrains non contradictoires. L'argument mis en avant par les propriétaires résiderait dans l'impossibilité d'identifier les habitants. Ce procédé empêche les personnes de faire valoir leurs droits et d'anticiper leurs déplacements et favorise donc encore davantage la précarité.

Commune		Adresse	Propriétaire(s)	Contexte de l'installation des familles	Demande d'expulsion	Pressions
St Herblain	T0	Parc de la Goumerie	Commune de St Herblain	A l'initiative des familles, avec l'accord de la municipalité	Non	Oui par la municipalité <i>EXPULSE</i>
	T9	Bd Marcel Paul	Particulier	n.c.	Oui	Oui par le propriétaire, la police, la municipalité <i>EXPULSE</i>
		Rue Duguay Trouin	Intercommunalité	n.c.	Oui	Oui par la police <i>EXPULSE</i>
	T18	Rue du Zambèze	Privé	A l'initiative des familles	Ne sait pas	Oui par la police
		Quai Emile Cormerais	Port Autonome	A l'initiative des familles	Ne sait pas	Oui par la police
Rezé	T0	Quartier de Haute-Ile - Nouvelles cliniques nantaises	Commune de Rezé / Nantes métropole	A l'initiative des familles	Oui	Oui par la police et la municipalité <i>EXPULSE</i>
	T9 ▼ T18	Trentemoult	Port Autonome	A l'initiative des familles	Oui	Oui, par le tribunal, la municipalité, la police, le propriétaire, des riverains <i>(Expulsé à T19, en juillet 2012)</i>

n.c. = non communiqué

Commune		Adresse	Propriétaire(s)	Contexte de l'installation des familles	Demande d'expulsion	Pressions
Lille-Fives	T0 ▼ T18	Rue du Long Pot	Privé	A l'initiative des familles	Oui	Oui, de la part de la municipalité
		Rue Guillaume Wernier			Non	Non
		Rue Jacobin				
Tourcoing	T0	Rue de l'Union	Communauté urbaine, Transpôle	A l'initiative des familles avec l'assentiment de la Communauté urbaine	Oui	Non <i>EXPULSE</i>
	T9	Rue du Touquet			Oui	Oui, par la municipalité, <i>EXPULSE</i>
	T18	Rue Chateaubriand	Conseil Général	A l'initiative des familles	Oui	Oui, de la part du Conseil Général
Villeneuve d'Ascq	T0 ▼ T18	Rue de la Cruppe	Communauté urbaine	A l'initiative des familles avec l'assentiment de la Communauté urbaine	Non	Non
	T18	Porte d'Arras	Ville de Lille	A l'initiative des familles	Non	Non

Commune		Adresse	Propriétaire(s)	Contexte de l'installation des familles	Demande d'expulsion	Pressions
St Ouen l'Aumône	T0 ▼ T18	Rue de Paris 1	La communauté de communes de Cergy Pontoise	A l'initiative des familles	Non	Non
	T0 ▼ T9	Rue de Paris 2	La communauté de communes de Cergy Pontoise	A l'initiative des familles	Non	<i>EXPULSE</i>
	T18	Rue des Terres Fortes	SNCF	A l'initiative des familles	Ne sait pas	Oui, par la police
	T0 ▼ T9	Rue de Paris 3	La communauté de communes de Cergy Pontoise	A l'initiative des familles	Oui	<i>EXPULSE</i>
Deuil-la-Barre	T0 ▼ T18	Ruelle du Pavillon	Privé	A l'initiative des familles	Oui	T9: Arrêté d'expulsion de la part de la mairie ; la décision de justice a été défavorable aux familles mais cela n'a toujours pas donné lieu à une expulsion T18: Pressions de la police, le tribunal et la préfecture

Commune		Adresse	Propriétaire(s)	Contexte de l'installation des familles	Demande d'expulsion	Pressions
Bobigny	T0	Place St Just	Commune de Bobigny, RATP, Conseil général, Commune de Paris	A l'initiative de la municipalité de Bobigny	Oui : Arrêté préfectoral d'évacuation contre la volonté des propriétaires qui ne demandent pas l'expulsion	Oui par la police nationale EXPULSE
	T 9 ▼ T18	Rue de la République	Commune de Bobigny	A l'initiative de la municipalité de Bobigny	Non	Non

2- Les incidences des expulsions sur le travail de médiation

L'instabilité provoquée par les situations d'expulsion nuit considérablement au développement des missions des médiateurs et donc à l'accès aux soins et à l'amélioration des conditions d'habitat des populations visées.

De plus, comme évoqué précédemment, les expulsions sont à l'origine d'une part de la multiplication des sites d'action, complexifiant le suivi individualisé des foyers de l'étude et d'autre part de la perte de contact avec certains d'entre eux.

- Sur l'agglomération Nantaise :

- o L'instabilité du lieu de vie des familles de St Herblain (7 déplacements de très court terme depuis l'expulsion du site initial du parc de la Gournerie) a notamment eu pour conséquences **la perte de documents de santé et la non-observance des rendez-vous médicaux** qui ont provoqué dans certains cas la détérioration de relations encore fragiles tissées avec les professionnels de santé. Plus globalement, la médiatrice a observé **un désinvestissement de certaines familles envers les questions de santé et le suivi médical** au profit des besoins élémentaires immédiats. Dans ce contexte, les accompagnements débutés dans le cadre de la médiation sanitaire sont devenus particulièrement difficiles, comme en témoigne la faible évolution des indicateurs de suivi médical durant cette période.

- o **Les conditions de vie de ces familles ont été également impactées par les expulsions**, en particulier avec l'inversion de la situation des terrains de St-Herblain et Rezé entre février et septembre 2011 : rapide et nette détérioration des conditions sanitaires sur St-Herblain (aujourd'hui les familles vivent sur deux terrains non viabilisés) et avancées du côté rezéen (le nouveau terrain a été viabilisé, la mairie ayant dans un premier temps accepté de s'impliquer dans le projet de médiation sanitaire). Mais les efforts à Rezé ont été anéantis par l'arrêt de la médiation judiciaire puis l'expulsion en juillet 2012.

Le groupe de St-Herblain s'est scindé en deux car, dans ce contexte d'instabilité et d'urgence, les familles ont rejeté un groupe parmi lequel une personne développait une tuberculose.

Dans le contexte plus favorable de Rezé jusqu'à mi-2012, **la médiatrice remarque une plus grande autonomie du groupe autour de la santé** (certaines familles ont renouvelé de manière autonome leur AME), ainsi qu'un intérêt plus important sur les questions de santé et une facilité pour la médiatrice à développer des actions de prévention.

- A Fréjus :

Pour rappel, l'expulsion mi-septembre 2011 du seul terrain sur lequel avait été entreprise l'action de médiation, corrélée au manque de soutien financier local pour assurer cette dernière, a mis un terme à l'expérimentation sur ce site.

Plusieurs incidences sanitaires significatives liées à cette expulsion sont à souligner :

- L'expulsion a eu entre autres effets **d'anéantir tous les efforts pour l'aménagement** du site réalisés depuis 3 ans. Les familles sont allées vivre dans leurs véhicules ou dans des squats moins accessibles et difficilement réparables, autant de difficultés pour évaluer ensuite les besoins.
- A partir de juin 2011, date à laquelle l'association porteuse du projet, SICHEM, a appris de façon certaine que l'expulsion du terrain interviendrait au plus tard courant septembre 2011, les relations entre la structure et les familles roms présentes se sont détériorées. Ces dernières ont en partie imputé la responsabilité de cette expulsion décidée par les services de l'Etat à l'association. **La grande majorité avait alors refusé de continuer le travail engagé depuis plusieurs années sur le plan de l'insertion et dans le champ sanitaire** (le suivi des vaccinations, la scolarisation des enfants et la prévention). Certains avaient compris que l'expulsion du terrain avait pour effet de supprimer tous les droits obtenus en France. **Les demandes concernant la santé se sont amoindries dans le sens du « long terme » et les actes médicaux d'urgence ont augmenté.**

3- L'habitat des familles


Quelques changements sont intervenus au niveau de l'habitat des familles suite aux expulsions :


- A Rezé, après un hiver passé sur un délaissé de voirie très boueux, les familles se sont installées sur une grande dalle en béton, qui offre des conditions de vie plus décentes au niveau sanitaire. A St Herblain, la situation contraire s'est produite, les familles sont passées d'un terrain dallé à de la terre pour l'un des sites et à un sol peu boueux en terre, asphalté et cailloux pour l'autre. Des familles qui vivaient initialement en caravane sont contraintes de vivre dans des cabanes suite aux nombreuses expulsions.
- A Tourcoing, les familles qui vivaient dans un squat sont maintenant dans des caravanes sur un terrain en bitume et en terre, à défaut d'avoir trouvé une autre maison abandonnée, après avoir vécu dans des cabanes sur un autre terrain. Le site suivi depuis quelques mois Porte d'Arras à Villeneuve d'Ascq est lui très boueux et les familles y vivent dans des caravanes et des cabanes.
- Dans le Val d'Oise, aucun changement n'est intervenu : les familles vivent dans des caravanes à St Ouen l'Aumône et dans des cabanes à Deuil-la-Barre, sur des terrains en terre.

Les terrains en terre sont rapidement boueux par temps humide, ce qui rend le quotidien des habitants difficile et peut poser un problème de salubrité lorsque le sol est pollué (ce qui est rapidement le cas si les sanitaires et le ramassage des ordures sont insuffisants).


Commune	Adresse	Habitat	Nature du sol	Etat du sol par temps pluvieux
St Herblain	Goumerie	caravanes	Asphalte ou béton	Pas du tout boueux
	Rue Duguay Trouin	caravanes	Terre	Très boueux
	Bd Marcel Paul	caravanes	Terre	Très boueux
	Rue du Zambèze	caravanes et cabanes	Terre	Très boueux
	Quai Emile Cormerais	caravanes et cabanes	Terre, asphalté et cailloux	Peu boueux
Rezé	Quartier Haute-Ile	caravanes	Terre	Très boueux
	Trentemoult	caravanes, tentes et cabanes	Asphalte ou béton	Pas du tout boueux

Commune	Adresse	Habitat	Nature du sol	Etat du sol par temps pluvieux
Lille-Fives	3 terrains	caravanes et cabanes	Béton et terre	boueux
Tourcoing	Rue de l'Union	squat	Béton	Pas du tout boueux
	Rue du Touquet	cabanes	Terre	Boueux
	Rue Chateaubriand	caravanes	Bitume et terre	Boueux
Villeneuve d'Ascq	Rue de la Cruppe	cabanes	Terre	Peu boueux
	Porte d'Arras	caravanes et cabanes	Terre	Très boueux

Commune	Adresse	Habitat	Nature du sol	Etat du sol par temps pluvieux
St Ouen l'Aumône 	Rue de Paris 1	caravanes	Terre	Pas du tout boueux
	Rue de Paris 2	caravanes	Terre	Un peu boueux
	Rue de Paris 3	cabanes	Terre	Un peu boueux
	Rue des Terres Fortes	caravanes	Terre	Un peu boueux
Deuil-la-Barre	Ruelle des Pavillons	cabanes et 1 caravane	Terre	Très boueux

Commune	Adresse	Habitat	Nature du sol	Etat du sol par temps pluvieux
Bobigny 	Place St Just	caravanes	terre	Très boueux
	République	Caravanes et cabanes	terre	boueux

Légende des tableaux:

 = changement de terrain des foyers

Trame de fond blanc = les terrains expulsés

4- Le ramassage des ordures, les sanitaires

Si plusieurs facteurs interviennent dans la pollution du site, le premier concerne les moyens mis à disposition des familles par la municipalité pour le ramassage des ordures et des sanitaires. **Rapportés au nombre de personnes présentes, il apparaît que les moyens en termes de ramassage des ordures et de sanitaires n'ont pas connu d'évolution et sont toujours très insuffisants.**

Le ramassage des ordures

Hormis sur deux terrains de Lille-Fives, sur celui de la rue de la Cruppe à Villeneuve d'Ascq et à Deuil-la-Barre dans une moindre mesure, **les sites actuels rencontrent toujours des problèmes d'enlèvement des ordures** liés à l'insuffisance, au regard du nombre d'habitants, soit de la capacité des bennes et containers, soit de la fréquence des ramassages.

- Sur le terrain de Rezé, la municipalité avait fourni des poubelles individuelles à chaque foyer à leur demande et assurait le ramassage des ordures fréquemment : peu à peu la périodicité des ramassages a diminué et les poubelles ont été remplacées par des containers. Il en résulte l'apparition d'ordures et de nuisibles sur le terrain.
- Dans l'agglomération lilloise, l'augmentation du nombre d'habitants n'a pas donné lieu à une augmentation des infrastructures et services liés à la salubrité sur les terrains.

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de bennes	Nombre approximatif de ramassages par mois	Présence d'ordures sur le site	Présence de nuisibles
Lille Fives	Rue du Long Pot	T0	21	1	8 (suffisant)	Très peu	Non
		T9	53			Peu	
		T18	39	3			
	Rue Guillaume Wernier	T0	12	0	Jamais	Peu	Non
		T9					
		T18				Très peu	
	Rue Jacobin	T0	34	3	Journalier	Peu	Non
		T9	102			Beaucoup	Oui
		T18	75				
Tourcoing	Rue de l'Union	T0	41	6	2	Beaucoup	n.c.
	Rue du Touquet	T9	40	0	4	n.c.	n.c.
	Rue de Châteaubriand	T18	40	0	0	Peu	Non
Villeneuve d'Ascq	Rue de la Cruppe	T0	73	3 (suffisant)	8 (suffisant)	Très peu	Non
		T9	137				
		T18	80				
	Porte d'Arras	T18	360	17 (insuffisant)	4 (insuffisant)	Beaucoup	Oui

Légendes du tableau :

Trame de fond blanc = les terrains expulsés
n.c.= non communiqué

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de bennes	Nombre approximatif de ramassages par mois	Présence d'ordures sur le site	Présence de nuisibles
St Herblain	Parc de la Gournerie	T0	70	1	2	Très peu	Non
	Bd Marcel Paul	T9	80	1	1	Peu	Non
	Rue Duguay Trouin	T9	20	1	4	Très peu	Non
	Rue du Zambèze	T18	100	1	1	Beaucoup	Oui
	Quai Emile Cormerais	T18	80	1	1	Peu	Non
Rezé	Quartier Haute-Ile	T0	99	1	Irrégulier et insuffisant	Peu	Oui
	Trentemoult	T9	80	1 poubelle par habitation	8	Pas du tout	Non
		T18	70	Containers (insuffisant)	2	Très peu	Oui

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de bennes	Nombre approximatif de ramassages par mois	Présence d'ordures sur le site	Présence de nuisibles
Saint Ouen l'Aumône	Rue de Paris 1	T0	60	1 partagée avec terrains 2&3	Jamais	Peu	Non
		T9	60				
		T18	90	1		Pas du tout	
	Rue de Paris 2	T0	90	1 partagée avec terrains 1&3	Jamais	Peu	Oui
		T9	90				
	Rue de Paris 3	T0	150	1 partagée avec terrains 1&2	Jamais	Peu	Oui
		T9					
Rue des Terres Fortes	T18	50	0	Jamais	Très peu	Non	
Deuil-La-Barre	Ruelle des Pavillons	T0 - T18	60	0	8 (suffisant)	Très peu	Non

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de bennes	Nombre approximatif de ramassages par mois	Présence d'ordures sur le site	Présence de nuisibles
Bobigny	Place St Just	T0	250	6 containers	16	beaucoup	oui
	Rue de la République	T9	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
		T18	120	4	8	Très peu	oui

Légendes du tableau :

Trame de fond blanc = les terrains expulsés

n.c.= non communiqué

Les sanitaires

Aucune amélioration probante n'a été relevée concernant le nombre de toilettes à disposition : il est toujours insuffisant sur tous les sites par rapport au nombre d'habitants. Comme pour le ramassage des ordures, l'augmentation du nombre de personnes par site n'a pas entraîné une augmentation du nombre de toilettes, que leur installation soit à l'initiative d'une collectivité ou des familles.

- Nous constatons qu'à ce niveau également la situation s'est dégradée à St Herblain depuis le changement de terrain (aucune toilette) et s'est améliorée à Rezé (une toilette supplémentaire et les deux étant utilisables malgré un nettoyage insuffisant).
- Seuls les terrains de St Ouen l'Aumône – Rue de Paris (terrain 1) et de Villeneuve d'Ascq – Rue de la Cruppe ont bénéficié de l'installation d'une toilette supplémentaire depuis le début du programme.
- Les sites connaissant la situation la plus déplorable dans ce domaine sont ceux de la rue des Jacobins à Lille (75 personnes), de St Herblain (180 personnes) et de la Porte d'Arras à Villeneuve d'Ascq (360 personnes) sans aucune installation malgré le nombre élevé d'habitants.

La contamination des sols par des matières fécales due au manque ou à l'absence de sanitaire augmente les risques de développement de maladies infectieuses et épidémiques.

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de toilettes	Type de toilettes	Installation des toilettes	Etat des toilettes
Lille Fives	Rue du Long Pot	T0	21	1	Sèches	Auto-construites à l'initiative des habitants	Utilisables
		T9	53				
		T18	39				
	Rue Guillaume Wernier	T0	12	0		-	
		T9					
		T18					
	Rue Jacobin	T0	34	0		-	
		T9	102				
		T18	75				
Tourcoing	Rue de l'Union	T0	41	4	Chimiques	Installées et entretenues par une collectivité	Utilisables
	Rue du Touquet	T9	40	0		-	
	Rue de Châteaubriand	T18	40	0		-	
Villeneuve d'Ascq	Rue de la Cruppe	T0	73	2	Chimiques	Installées et entretenues par une collectivité	Utilisables
		T9	137	3			
		T18	80				
	Porte d'Arras	T18	360	0		-	

Légende du tableau :

Trame de fond plus claire = les terrains expulsés

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de toilettes	Type de toilettes	Installation des toilettes	Etat des toilettes
St Herblain	Parc de la Gournerie	T0	70	4	Chimiques	Installées et entretenues par une collectivité	Utilisables
	Bd Marcel Paul	T9	80	0		-	
	Rue Duguay Trouin	T9	20	0		-	
	Rue du Zambèze	T18	100	0		-	
	Quai Emile Cormerais	T18	80	0		-	
Rezé	Quartier Haute-Ile	T0	99	1	Sèches	Auto-construites à l'initiative d'intervenants	Inutilisables
	Trentemoult	T9	80	2	Chimiques	Installées et entretenues par une collectivité	Utilisables mais nettoyage insuffisant
		T18	70				

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de toilettes	Type de toilettes	Installation des toilettes	Etat des toilettes
Saint Ouen l'Aumône	Rue de Paris 1	T0	60	1	Sèches	Auto-construites à l'initiative des habitants	Utilisables
		T9					
		T18					
	Rue de Paris 2	T0	90	6	Sèches	Auto-construites à l'initiative des habitants	Utilisables
		T9					
	Rue de Paris 3	T0	150	0		-	
T9							
Rue des Terres Fortes	T18	50	0		-		
Deuil-La-Barre	Ruelle des Pavillons	T0 - T18	60	2	Sèches	Installées par l'entreprise d'insertion APIJ BAT	Utilisables

Commune	Adresse	Période	Nombre de personnes	Nombre de toilettes	Type de toilettes	Installation des toilettes	Etat des toilettes
Bobigny	Place St Just	T0	250	4	chimiques	Installées et entretenues par une collectivité	Utilisables
	Rue de la République	T18	120	2	chimiques	Installées et entretenues par une collectivité	Utilisables

Légende des tableaux :

Trame de fond plus claire = les terrains expulsés

5- L'accès à l'eau et l'électricité

Electricité

Aucune évolution n'est à noter concernant l'accès à l'électricité sur les différents sites de l'étude. La majorité des familles recourent à des groupes électrogènes qui occasionnent des coûts importants pour les familles en grande précarité et sont sources de nuisances sonores. Ils sont parfois amenés à effectuer des branchements frauduleux sur le réseau public d'électricité, ce qui induit pour elles-mêmes des risques importants (courts-circuits, incendie). D'autre part, à défaut de convecteurs électriques, la plupart des familles se chauffent avec des poêles artisanaux alimentés au bois, réelles sources de danger (brûlures, incendies, intoxications).

Eau

Seuls le terrain de la rue de la Cruppe à Villeneuve d'Ascq et celui de Bobigny offrent à ses résidents un accès à un point d'eau potable, ce qui, malgré tout, est moindre par rapport au nombre de personnes présentes (actuellement 80 à Villeneuve d'Ascq et 120 à Bobigny).

Sur les sites restés stables, les conditions d'accès à l'eau ne se sont pas améliorées : à Lille-Fives, St-Ouen-L'Aumône et Deuil-la-Barre, les familles doivent marcher entre 5 et 10 minutes pour avoir accès au mieux à une fontaine, au pire à une borne incendie.

Les familles de St Herblain n'ont plus accès à l'eau sur les nouveaux terrains alors que les familles de Rezé ont eu cette fois accès à l'eau sur le terrain de Trentemoult.

A Tourcoing, les familles n'ont aucun point d'eau sur le terrain désormais occupé.

Quant au terrain de la Porte d'Arras à Villeneuve d'Ascq sur lequel quelques foyers de l'étude se sont déplacés, il n'y a aucun accès à l'eau.

Sans eau à proximité, garder une hygiène corporelle satisfaisante et éduquer les enfants à ce sujet est particulièrement difficile. Par ailleurs, l'ingérence d'eau non potable (eau provenant de bornes incendies...) peut altérer la santé des personnes de manière importante en particulier pour les nourrissons.

Commune	Adresse	Période	Nombre de points d'eau	Eau potable	Point d'eau le plus proche (à pied)
St Herblain	Parc de la Gourmerie	T0	1	Oui	-
	Bd Marcel Paul	T9	0	-	3 minutes
	Rue Duguay Trouin	T9	0	-	1 minute
	Rue du Zambèze	T18	0	-	5 minutes
	Quai Emile Cormerais	T18	0	-	5 minutes
Rezé	Quartier Haute-Ile	T0	0	-	1 minute (borne incendie)
	Trentemoult	T9	1	Oui	-
T18					

Commune	Adresse	Période	Nombre de points d'eau	Eau potable	Point d'eau le plus proche (à pied)
Lille Fives	Rue du Long Pot	T0	0	-	5 minutes
		T9			
		T18			
	Rue Guillaume Wernier	T0	0	-	10 minutes
		T9			
		T18			
	Rue Jacobin	T0	0	-	5 minutes (borne incendie)
		T9			
		T18			
Tourcoing	Rue de l'Union	T0	1	Oui	
	Rue du Touquet	T9	0	-	5 minutes (borne incendie)
	Rue de Châteaubriand	T18	0	-	5 minutes
Villeneuve d'Ascq	Rue de la Cruppe	T0	1	Oui	-
		T9			
		T18			
	Porte d'Arras	T18	0	-	5 minutes

Commune	Adresse	Période	Nombre de points d'eau	Eau potable	Point d'eau le plus proche (à pied)
Saint-Ouen l'Aumône	Rue de Paris 1	T0	0	-	10 minutes (borne incendie)
		T9			
		T18			
	Rue de Paris 2	T0	0	-	10 minutes (borne incendie)
		T9			
	Rue de Paris 3	T0	0	-	5 minutes (borne incendie)
		T9			
	Rue des Terres Fortes	T18	0	-	5 minutes (borne incendie)
Deuil-la-Barre	Ruelle des Pavillons	T0 - T18	0	-	5 minutes (fontaine)

Commune	Adresse	Période	Nombre de points d'eau	Eau potable	Point d'eau le plus proche (à pied)
Bobigny	Place St Just	T0	0	-	3 stations de tram
	Rue de la République	T18	1	Oui	-

Légendes du tableau :

Trame de fond blanc = les terrains expulsés

Ces observations montrent indéniablement que les actions de médiation n'ont que très peu d'impacts, voire aucun dans la majorité des cas, sur l'amélioration des conditions environnementales des familles. Malgré les nombreux facteurs de risques pour la santé que représentent l'absence d'installations sur les terrains, un dialogue avec les services de la ville à ce propos ne parvient pas à s'instaurer dans un contexte politique défavorable à la stabilisation des familles sur le territoire. Comme pour les demandes de domiciliation par les CCAS, les mairies ne réagissent pas aux interpellations des médiatrices concernant les aménagements nécessaires à réaliser pour l'instauration de conditions sanitaires et de sécurité satisfaisantes sur les lieux de vie des familles roms.

EVOLUTION CONCERNANT L'ACCES EFFECTIF DES FEMMES AUX SOINS ET A LA PREVENTION

1- L'accès aux droits

1- a) La domiciliation administrative

Les personnes étrangères en situation irrégulière (dont les européens communautaires sans droit de séjour) qui ont droit à l'aide médicale de l'Etat et se trouvent sans domicile fixe peuvent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile soit auprès d'un centre communal ou intercommunale d'action sociale (CCAS ou CIAS), soit auprès d'un organisme agréé. Malgré cela, la majorité des CCAS continue de considérer qu'ils ne sont pas tenus de domicilier les familles roms roumaines sans titre de séjour, tandis que les associations domiciliataires agréées suivent déjà un nombre de familles bien au-delà de leurs capacités.

La domiciliation est donc la première étape indispensable dans le parcours vers l'accès aux soins dans des structures de droit commun pour les populations en grande précarité.

Après 18 mois d'action de médiation, **tous les foyers de l'étude bénéficient d'une domiciliation administrative**. L'évolution la plus importante concerne les foyers de St Ouen l'Aumône : au début de l'étude aucun foyer n'était domicilié.

Domiciliation administrative						
Ville	Phase initiale		Phase intermédiaire		Phase finale	
	Nombre total de foyers	Pourcentage de domiciliations	Nombre total de foyers	Pourcentage de domiciliations	Nombre total de foyers	Pourcentage de domiciliations
Lille-Fives	12	83%	12	100%	5	100%
Tourcoing	5	100%	5	100%	4	100%
Villeneuve-d'Ascq	8	75%	8	100%	7	100%
St Herblain	6	100%	6	100%	8	100%
Rezé	11	100%	11	100%	11	100%
St-Ouen-l'Aumône	6	0%	6	83%	5	100%
Deuil-la-Barre	1	100%	1	100%	4	100%
Total	49	80%	49	98%	44	100%

Cependant, il n'y a pas eu d'évolution concernant la domiciliation par les organismes publics, les Villes ne souhaitant pas encourager l'ancrage des familles roms sur leur territoire. Depuis le début du programme, seuls les CCAS du Nord : Lille-Fives, Tourcoing et Villeneuve d'Ascq et celui de Deuil-la-Barre dans le Val d'Oise ont domicilié les familles roms de l'étude résidant sur leur commune

En effet, dans l'agglomération lilloise, la grande majorité des foyers de l'étude est domiciliée dans les CCAS proches des terrains : Villeneuve d'Ascq, Tourcoing, Lille-Fives et St Maurice Pellevoisin. Seule une famille est domiciliée dans une association : la Croix Rouge de Lille. Elle n'a en effet pas réussi à se faire domicilier au CCAS de St Maurice Pellevoisin lors du renouvellement de sa domiciliation. A noter que les CCAS de Villeneuve d'Ascq et de St Maurice Pellevoisin ont désormais décidé de cesser les nouvelles domiciliations de familles roms.

Les autres foyers sont domiciliés dans des associations agréées, pourtant saturées :

- Au Gasprom pour les foyers de l'agglomération nantaise, à l'exception d'une domiciliation privée⁶. MdM s'est rapproché des mairies de St Herblain et Rezé, en particulier à chaque comité de suivi, afin d'envisager une domiciliation des familles par les CCAS des communes sur lesquelles résident les foyers de l'étude mais ces démarches ont été sans suite.

⁶ La famille en question est toujours suivie par la médiatrice puisqu'elle passe beaucoup de temps sur le terrain de Rezé. Les autres foyers en appartement que suivait la médiatrice au cours des premiers mois sont en revanche sortis de l'étude.

- A l'AŠAV pour la grande majorité des foyers de St Ouen l'Aumône et un foyer au Secours Catholique de Cergy Pontoise. Les mairies de St Ouen l'Aumône et de Méry sur Oise ont signifié à l'AŠAV leur refus de domiciliation des familles roms en invoquant leur incapacité à proposer un accueil durable à ces dernières, notamment pour des raisons financières.

Organismes de domiciliation

Phase initiale

Commune	CCAS	Domiciliation uniquement pour l'assurance maladie par une association agréée	Domiciliation privée	Non réponse
Lille-Fives	50%	8%	0%	42%
Tourcoing	80%	20%	0%	0%
Villeneuve-d'Ascq	75%	0%	0%	25%
St Herblain	0%	83%	17%	0%
Rezé	0%	91%	9%	0%
St-Ouen-l'Aumône	0%	0%	0%	100%
Deuil-la-Barre	100%*	0%	0%	0%
Total	35%	35%	4%	26%

* un seul foyer

Phase intermédiaire

Commune	CCAS	Domiciliation uniquement pour l'assurance maladie par une association agréée	Domiciliation privée	Non réponse
Lille-Fives	100%	0%	0%	0%
Tourcoing	83%	17%	0%	0%
Villeneuve-d'Ascq	100%	0%	0%	0%
St Herblain	0%	83%	17%	0%
Rezé	0%	91%	9%	0%
St-Ouen-l'Aumône	0%	84%	0%	17%
Deuil-la-Barre	100%*	0%	0%	0%
Total	51%	43%	4%	2%

* un seul foyer

Phase finale

Commune	CCAS	Domiciliation uniquement pour l'assurance maladie par une association agréée	Domiciliation privée	Non réponse
Lille-Fives	80%	20%*	0%	0%
Tourcoing	100%	0%	0%	0%
Villeneuve-d'Ascq	100%	0%	0%	0%
St Herblain	0%	100%	0%	0%
Rezé	0%	91%	9%**	0%
St-Ouen-l'Aumône	0%	100%	0%	0%
Deuil-la-Barre	100%	0%	0%	0%
Total	43%	55%	2%	0%

* un seul foyer domicilié à la Croix rouge de Lille

** Un seul foyer, habitant en logement mais toujours suivi par la médiatrice car très régulièrement présent sur le terrain

1-b) L'assurance maladie

Les étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire français depuis plus de trois mois, s'ils remplissent certaines conditions⁷, ont droit à l'aide médicale d'état (AME), dispositif d'accès aux soins gratuits.

Au départ de la mise en place du programme de médiation sanitaire, plus de la moitié des femmes rencontrées n'avait pas de couverture maladie. Après 18 mois de suivi des foyers, **la grande majorité des femmes a obtenu (86%) ou est en cours de renouvellement (7%) de l'AME.**

Ouverture des droits d'assurance maladie			
	Oui	Non	En cours
Phase initiale	37%	58%	5%
Phase intermédiaire	60%	6%	34%
Phase finale	86%	7%	7% (de renouvellement)

La domiciliation étant un préalable incontournable à l'ouverture des droits à l'assurance maladie, le fait que toutes les femmes soient domiciliées lors de la phase finale d'évaluation a contribué à cette évolution.

Mais celle-ci est surtout le fruit de l'appui apporté par les médiatrices aux familles pour la constitution, le dépôt et le suivi des dossiers de demande d'AME ainsi que le travail conséquent d'information et de sensibilisation réalisé auprès des CPAM, souvent en lien avec les responsables des associations porteuses du projet localement.

En complément de l'information apportée aux familles par les médiatrices sur le système d'accès aux droits AME/CMU, des outils ont été développés en collaboration avec les services des CPAM de Tourcoing/Roubaix et de Nantes en vue de favoriser l'autonomie des populations précaires allophones dans leurs démarches.

Lors de la phase finale, les médiatrices ont essentiellement été amenées à suivre le renouvellement des droits AME des foyers afin d'éviter la rupture de l'accès aux soins de ces derniers.

- Dans le Val d'Oise, la totalité des femmes suivies par les médiatrices bénéficie de l'AME.

Depuis 2008, la CPAM des Hauts-de-Seine et l'AŠAV ont conclu un partenariat, suite aux difficultés rencontrées aux guichets de la CPAM dans l'accueil des populations étrangères, principalement dues à la barrière de la langue.

Une déléguée de la CPAM vient une fois par semaine à l'AŠAV durant la permanence d'accès aux droits assurée par les deux médiatrices sanitaires⁸. Elles étudient ensemble les dossiers de demande et échangent sur les causes de blocage de certains dossiers. La confiance établie entre les médiatrices et les familles facilite la constitution des dossiers.

On observe désormais très peu de retours de dossiers et un meilleur délai de traitement. L'obtention de l'AME a lieu en moyenne un mois après la demande : les dossiers sont traités en priorité par la CPAM dans un délai de 10 jours. Mais le délai de fabrication de la carte du bénéficiaire AME est d'environ 3 semaines.

- Dans l'agglomération nantaise, une seule femme n'a pas pu obtenir l'aide médicale d'état, ne disposant pas des ressources nécessaires pour s'acquitter du droit de timbre. Elle a cependant effectué les démarches pour l'ouverture des droits de ses enfants mineurs, bénéficiant de la gratuité.

⁷ Pour obtenir l'AME, il est demandé de justifier de son identité, d'une présence stable sur le territoire français depuis plus de trois mois et d'avoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer.

⁸ Ce dispositif a été mis en place dans le cadre d'application de **la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions**. Celle-ci tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, notamment dans le domaine de la protection de la santé. L'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics (...) participent à la mise en œuvre de ces principes. Ils doivent prendre les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides.

A noter que la délivrance du titre AME par la CPAM est immédiate lorsque le dossier est complet. Au cours de l'étude, la CPAM de Nantes a mené des initiatives en vue d'adapter ses services en fonction des difficultés rencontrées dans l'accueil des publics précaires :

- Confrontée à un taux important de non observance des rendez-vous des demandeurs d'AME, la CPAM a mis en place durant deux mois des plages d'accueil sans rendez-vous, une matinée par semaine, à destination de ce public. Cette expérimentation, émanant d'une réflexion interne à la CPAM, a finalement été interrompue en raison d'un afflux trop important de personnes lors de cette permanence.
- Suite à une rencontre autour du projet de médiation, la CPAM a mis en place une convention avec l'association nantaise d'interprétariat nantais, l'ASAMLA, afin que les agents puissent faire appel à des interprètes lors des rendez-vous d'instruction des dossiers AME. L'autonomie des familles dans leurs démarches auprès de la CPAM a ainsi été renforcée.

De plus, le service prévention de la CPAM a collaboré avec la PASS et l'équipe de MdM dont la médiatrice, à la conception d'un guide explicitant le fonctionnement du système de soins en France. Même si cet outil s'adresse à un public plus large et n'est pas spécifique au programme de médiation sanitaire, il contribuera certainement à l'amélioration de la connaissance des familles roms relative au système de soins et aux différentes structures concernées.

- Dans l'agglomération lilloise, trois femmes n'ont pas d'AME. L'une d'elle est en attente d'attribution suite à une demande de renouvellement, les deux autres n'ont pas effectué les démarches nécessaires à l'ouverture de leurs droits AME : l'une parce qu'elle souhaitait retourner vivre en Roumanie et n'en voyait donc pas l'intérêt, l'autre du fait d'un manque de mobilisation personnelle.

Après de nombreuses rencontres à la demande de l'AREAS lors de la phase intermédiaire, dans le cadre de blocages de nombreux dossiers AME, **une collaboration étroite s'est établie entre l'association porteuse du projet de médiation et la CPAM de Roubaix/Tourcoing**. Elle a été facilitée par la création, début 2012 d'un poste de responsable du service de cohésion sociale au sein de la CPAM. Celle-ci a pour mission de favoriser l'accès aux droits pour les soins des publics précaires au travers de partenariat avec les associations et les professionnels de santé et en assurant un relais afin de solutionner les éventuels blocages dans les dossiers de demande de droits AME et CMU.

- Une séance d'information a été réalisée par l'AREAS auprès des différents services de la CPAM afin d'améliorer les connaissances sur les conditions socio-économiques des familles roms pouvant faire obstacle à l'accès à l'AME. Suite à cette démarche, très bien reçue par les agents d'accueil de la CPAM, la médiatrice a noté une évolution positive dans l'ouverture des droits AME des foyers.
- Les deux structures travaillent également à la réalisation d'un outil bilingue, sous forme de pictogrammes, expliquant le système d'accès aux droits AME/CMU à destination des populations roumaines.

Un travail d'envergure reste tout de même à mener avec la CPAM de Lille, qui n'a répondu à aucune des sollicitations faites par l'AREAS pour envisager un partenariat.

De plus, cette Caisse a mis en place un système de prise de rendez-vous sur internet qui limite d'autant plus l'autonomie des familles, allophones et sans ressources, dans leurs démarches d'accès aux droits.

Ouverture pour les femmes des droits d'assurance maladie

Phase initiale			
	Oui	Non	En cours
Lille-Fives	25%	75%	0%
Tourcoing	0%	80%	20%
Villeneuve-d'Ascq	12%	88%	0%
St Herblain	83%	17%	0%
Rezé	91%	9%	0%
St Ouen	0%	83%	17%
Deuil-la-Barre	0%	0%	100%
Total	37%	58%	5%

Phase intermédiaire			
	Oui	Non	En cours
Lille-Fives	73%	0%	27%
Tourcoing	33%	0%	67%
Villeneuve-d'Ascq	25%	25%	50%
St Herblain	100%	0%	0%
Rezé	91%	0%	9%*
St Ouen	0%	17%	83%
Deuil-la-Barre	100%	0%	0%
Total	60%	6%	34%

* Foyer en attente de rdv à la CPAM pour la demande d'AME

Phase finale			
	Oui	Non	En cours de renouvellement
Lille-Fives	80%	0%	20%*
Tourcoing	100%	0%	0%
Villeneuve-d'Ascq	71%	29%	0%
St Herblain	75%	12,50%*	12,50%*
Rezé	91%	0%	9%*
St Ouen	100%	0%	0%
Deuil-la-Barre	100%	0%	0%
Total	86%	7%	7%

* un seul foyer

- Conséquences du droit de timbre sur l'accès à l'AME des familles roms

L'Etat a introduit un droit fiscal de 30 euros par adulte pour accéder à l'AME, applicable au 1^{er} mars 2011. Lors de la phase intermédiaire, les médiatrices sanitaires des sites de Lille et de Nantes ont constaté que cette mesure a eu pour effet **une rupture ou un retard dans l'accès aux soins** pour plusieurs femmes de l'étude, ne disposant pas des ressources financières nécessaires pour ouvrir leurs droits. Il en est allé de même pour leurs enfants : les femmes qui effectuaient leurs démarches de manière autonome à la CPAM, souvent non informées de la gratuité de l'AME pour les moins de 18 ans, ne demandaient pas l'obtention ou le renouvellement des droits de leurs enfants. D'autre part, les guichetiers à la CPAM n'avaient pas tous connaissance de cette mesure de gratuité pour les mineurs, qui avaient accès de plein droit à l'AME même si leurs parents n'avaient pas ouverts leurs propres droits.

Dans l'agglomération Nantaise, suite à cette réforme de l'AME, la médiatrice a effectué un travail d'accompagnement important à la CPAM afin de maintenir la couverture maladie AME des familles roms accompagnées: rencontre des responsables de la branche accès aux soins de la CPAM, actions d'information sur la réforme de l'AME auprès des guichetiers à la CPAM et des familles sur les terrains, encourageant les parents à faire la démarche pour la prise en charge des mineurs.

Pour empêcher la rupture ou le retard de suivi par manque de ressources, **les médiatrices ont fait appel à des associations qui avaient la possibilité de prendre en charge le coût de l'AME** pour quelques foyers. Dans l'agglomération nantaise, la médiatrice s'est tournée vers l'association AME SAM à Rezé. Dans l'agglomération lilloise, la médiatrice a effectué de nombreuses démarches auprès

du Secours Catholique pour assurer le financement de l'AME, principalement dans les cas de grossesse ou de pathologies lourdes.

Les médiatrices soulignent la prise de conscience opérée par la plupart des foyers suivis concernant l'importance des soins. En effet, ces derniers ont fait du droit de timbre une priorité dans leurs dépenses. Notamment, la médiatrice du Val d'Oise a observé que l'entrée en vigueur du timbre a essentiellement découragé les primo-demandeurs et non ceux qui demandaient le renouvellement de leurs droits lors de la permanence tenue à l'ASAV.

Le coût de l'AME ne sera désormais plus un obstacle à l'accès aux soins pour les publics précaires étrangers, la gratuité des droits AME ayant été levée par le nouveau gouvernement le 4 juillet 2012.

2- L'accès aux soins

2-a) L'accès aux consultations et les renoncements aux soins

On observe **une nette progression dans la fréquence des consultations médicales** des foyers de l'étude depuis l'intervention des médiatrices : elle est passée de 22%⁹ à 57%. Cette augmentation concerne tous les sites (proportionnellement au nombre de personnes suivies).

Une baisse du nombre de consultations est apparue entre la phase intermédiaire et la phase finale. En effet, durant les premiers mois de l'action, les médiatrices ont été très sollicitées par des demandes médicales urgentes, les foyers ayant connu une absence prolongée de soins. Les trois derniers mois de la période d'évaluation finale, les médiatrices ont principalement assuré le suivi des prises en charge médicales déjà initiées.

Les renoncements aux soins relevés par les médiatrices ont diminué suite à leur action : lors du diagnostic initial, 16% des besoins de consultations se sont traduits par un renoncement aux soins, on n'en compte plus que 9% lors de la phase d'évaluation finale.

Deux des freins à l'accès aux soins relevés lors de la phase initiale semblent avoir été levés avec l'accompagnement des médiatrices : la peur de ne pas arriver à se faire comprendre et les difficultés de transport. En effet, après 18 mois de suivi, ces obstacles n'apparaissent plus comme des causes de renoncements aux soins. On peut en conclure que les médiatrices, du fait d'une part, de leur travail d'accompagnement dans les premiers mois (repérage des structures et traduction lors des consultations) puis essentiellement d'orientation lors de la phase finale et d'autre part, de la sensibilisation des structures au recours à l'interprétariat, ont permis de développer l'autonomie des foyers suivis. Celle-ci reste toutefois relative, car bien que les structures de santé fassent de plus en plus régulièrement appel à des interprètes professionnels lors des consultations, ce recours reste insuffisant, comme précisé plus avant (voir p.59-61).

Le manque de ressources constitue le motif majeur de renoncement aux soins lors des phases initiale et intermédiaire d'évaluation. Cet obstacle a été mentionné lors de la phase finale d'évaluation par seulement deux femmes issues des terrains de St Herblain. Ce constat est la résultante de l'avancée rendue possible par la médiation en termes d'ouverture des droits à l'assurance maladie des foyers de l'étude.

Dans deux cas, le renoncement aux soins est lié à une impossibilité de prise en charge à la PASS de Nantes :

- La personne, bien que très régulièrement présente sur un des terrains de St Herblain, était domiciliée dans un autre département.
- Un enfant n'a pu être vu par un médecin du fait de la trop grande affluence à la permanence ce jour-là.

Cette structure est en effet engorgée. Elle a mis en place un système de tickets numérotés par ordre d'arrivée, permettant aux personnes qui ne peuvent être reçues le jour même, d'être prioritaire à la prochaine permanence.

Le dernier cas de renoncement aux soins est dû à une mésentente au sein d'une famille à Rezé : le mari refusant que sa femme consulte en vue de bénéficier d'une contraception. Une médiation est en cours à ce sujet.

⁹ Nombre de consultations pour 100 personnes

La médiatrice de l'AŠAV a signalé d'autres situations relevant des difficultés d'accès aux traitements et aux examens médicaux : des pharmacies et un centre d'imagerie situés dans le Val d'Oise (95) ont refusé la prise en charge AME, parce qu'émanant d'un autre département, à des foyers domiciliés à l'AŠAV (92). Le motif avancé est le délai trop long de remboursement.

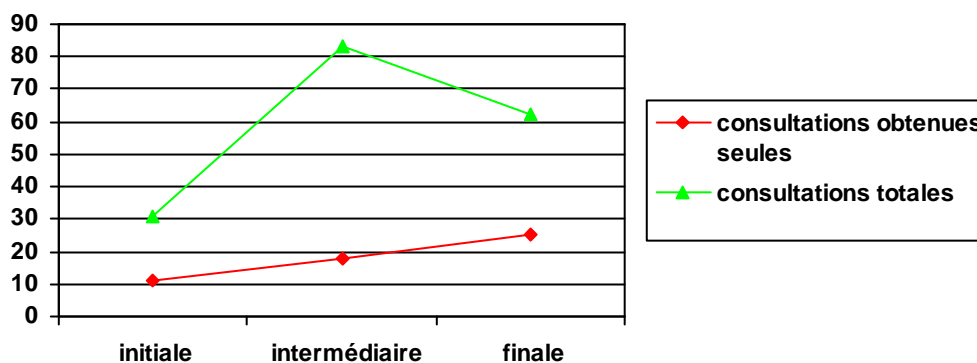
Accès aux consultations			
Nombre de consultations au cours des trois mois précédents l'évaluation			
	T0	T9	T18
Lille-Fives	9	18	9
Tourcoing	2	11	6
Villeneuve-d'Ascq	5	14	12
St Herblain	3	10	8
Rezé	9	17	15
St Ouen l'Aumône	1	11	8
Deuil-la-Barre	2	2	4
total	31	83	62

Nombre de personnes suivies (femmes et enfants)	121	121	108
Pourcentage du nombre de consultations pour la population suivie	22%	69%	57%

Il est également important de souligner que la quasi-totalité des consultations a été faite dans des structures de santé de droit commun, au cours des trois derniers mois de la phase d'évaluation finale. En effet, seules 4 consultations sur les 62 relevées ont eu lieu dans des structures associatives durant cette période dont 3 à l'association Médecins Solidarité Lille, qui était la structure la plus fréquentée par les foyers avant le début des actions de médiation.

2.b) Le recours autonome et l'accompagnement vers les soins

On observe **une progression dans le recours autonome aux professionnels de santé**. 40% des consultations au cours des 3 derniers mois ont été obtenues de manière autonome par les femmes qui ont bénéficié de l'action des médiatrices.



Même si, lors de la phase initiale, les consultations obtenues seules représentaient tout de même 35% du total des consultations des foyers de l'étude, ces recours autonomes aux consultations ne se faisaient que rarement dans un service de santé de droit commun, notamment dans l'agglomération lilloise, où l'association Médecins Solidarité Lille était la seule structure sollicitée par les familles.

D'autre part, la fréquence des consultations était beaucoup moins élevée et le nombre de consultations obtenues seules connaît une hausse significative entre T0 et T18.

Pour les mêmes raisons, alors que le pourcentage du nombre de consultations avait triplé (22% à T0 et 69% à T9) au cours de la phase intermédiaire du fait des très nombreux accompagnements et orientations des médiatrices vers les structures de santé de droit commun, 22% des consultations seulement représentaient des recours autonomes.

Comme lors de la période intermédiaire, l'orientation des femmes vers une structure ou un professionnel de santé a été réalisée en grande majorité par la médiatrice.

L'intervention des médiatrices s'est toujours inscrite dans une perspective d'autonomisation des personnes (en fonction de leurs repères spatio-temporels et de leur maîtrise du français).

Alors que les premiers temps de l'action ont principalement donné lieu à des accompagnements, les médiatrices ont surtout réalisé des orientations dans les derniers mois de l'action au vu de la progression des femmes dans la maîtrise de l'environnement local, du réseau médical et du système de soins. Elles ont ainsi favorisé leur prise d'autonomie.

La majorité des femmes suivies a développé la capacité à prendre rendez-vous et à se rendre toute seule sur les lieux de consultations d'un répertoire assez large de structures médicales (médecin, PMI, Hôpital), identifiés lors d'un accompagnement préalable. Cependant elles ne pourront pas bénéficier intégralement de tous les services de santé de manière autonome du fait du manque de maîtrise de la langue et de connaissance du système. Les médiatrices doivent donc poursuivre leurs missions d'orientation et d'information auprès des femmes et de sensibilisation au recours à l'interprétariat auprès des acteurs de santé.

Après 18 mois d'action, **les médiatrices considèrent que 5 femmes sur les 44 de la cohorte finale sont totalement autonomes dans les démarches d'accès aux soins** : 4 femmes dans l'agglomération nantaise et 1 dans l'agglomération lilloise peuvent recourir seules et de façon adaptée aux services de santé de droit commun. Elles ont une maîtrise suffisante du français, une bonne connaissance du système de soins et du réseau local, la capacité à prendre et à se rendre à un rendez-vous seule vers le bon service, la capacité à décrypter le courrier reçu et les ordonnances. Ces dernières n'ont donc plus besoin de recourir à la médiatrice.

Seulement 8 femmes de la cohorte, ont encore besoin d'être régulièrement accompagnées physiquement ou/et ont besoin que la médiatrice leur rappelle les rendez-vous prévus.

On peut en conclure que la médiation sanitaire tend donc à développer l'autonomie des personnes dans leur accès aux soins. Pour la plupart des femmes, des freins entravent encore une prise d'autonomie complète : la barrière de la langue et l'instabilité des lieux de vie qui entravent l'acquisition des repères spatio-temporels et l'investissement des foyers sur les questions de santé.

Phase initiale				
Sites	Consultations obtenues seules	Consultations obtenues sur orientation d'un tiers	Personnes qui ont orienté les femmes vers les consultations	Total
Lille-Fives	2	7	La médiatrice (1cas) Une personne du terrain (1 cas) Un professionnel de santé (4 cas) Autre (1cas)	9
Tourcoing	1	1	Un professionnel de santé (1cas)	2
Villeneuve-d'Ascq	0	5	La médiatrice (1 cas) Un professionnel de santé (2 cas) Autre (1 cas) Non réponse (1 cas)	5
St Herblain	1	2	Un professionnel de santé (2cas)	3
Rezé	6	3	La médiatrice (1 cas) Un professionnel de santé (1cas) Autre (1 cas)	9
St Ouen l'Aumône	1	0	Autre (1cas)	1
Deuil-la-Barre	0	2	Autre (2 cas)	2
Total	11	20	La médiatrice (3 cas) Une personne du terrain (1 cas) Un professionnel de santé (10 cas) Autre (6cas) Non réponse (1cas)	31
	35%	65%		

Phase intermédiaire						
Sites	Consultations obtenues seules		Consultations obtenues sur orientation d'un tiers		Personnes qui ont orienté les femmes vers les consultations	Total
	1 ^{er} cas	2 ^{ème} cas	1 ^{er} cas	2 ^{ème} cas		
Lille-Fives	2	3	7	6	La médiatrice (12cas) Un professionnel de santé (1cas)	18
Tourcoing	0	3	5	3	La médiatrice (4 cas) Un professionnel de santé (3 cas) Autre (1 cas)	11
Villeneuve-d'Ascq	2	2	6	4	La médiatrice (9 cas) Autre (1 cas)	14
St Herblain	1	1	5	3	La médiatrice (4 cas) Un professionnel de santé (3cas) Une autre personne du terrain (1 cas)	10
Rezé	1	3	9	4	La médiatrice (8cas) Un professionnel de santé (2cas) Une personne du terrain (2cas) Autre (1 cas)	17
St Ouen l'Aumône	0	0	6	5	La médiatrice (10 cas) Un professionnel de santé (1 cas)	11
Deuil-la-Barre	0	0	1	1	Autre (1 cas)	2
Total	6 13%	12 32%	39 87%	26 68%	La médiatrice (47 cas) Une personne du terrain (3 cas) Un professionnel de santé (10 cas) Autre (5cas)	83
Total 2	18 22%		65 78%		83	

Phase finale						
Sites	Consultations obtenues seules		Consultations obtenue sur orientation d'un tiers		Personnes qui ont orienté les femmes vers les consultations	Total
	1 ^{er} cas	2 ^{ème} cas	1 ^{er} cas	2 ^{ème} cas		
Lille-Fives	3	1	2	3	La médiatrice (4 cas) Un membre de la famille (1 cas)	9
Tourcoing	3	0	1	2	La médiatrice (2 cas) Un acteur associatif (1 cas)	6
Villeneuve-d'Ascq	1	3	6	2	La médiatrice (7 cas) Un acteur associatif (1 cas)	12
St Herblain	4	0	2	2	La médiatrice (1 cas) Un professionnel de santé (2 cas) Un membre de la famille (1 cas)	8
Rezé	3	3	6	3	La médiatrice (4 cas) Un professionnel de santé (4 cas) Un membre de la famille (1 cas)	15
St Ouen l'Aumône	1	2	3	2	La médiatrice (3 cas) Un acteur associatif (2 cas)	8
Deuil-la-Barre	1	0	3	0	La médiatrice (3 cas)	4
Total	16 41%	9 39%	23 41%	14 61%	La médiatrice (24 cas) Un membre de la famille (3 cas) Un professionnel de santé (6 cas) Un acteur associatif (4 cas)	62
Total 2	25 40%		37 60%		62	

2.c) Le recours à la médecine de ville et aux structures de santé de droit commun

Les consultations chez un médecin libéral ont augmenté de façon significative durant la phase finale du programme. Elles représentent, après 18 mois d'action de médiation, 39% du total des consultations, alors que ce taux était de 13% lors de la phase initiale. Aucune progression n'ayant été relevée lors de la phase intermédiaire, le développement du recours à un médecin de ville avait été identifié comme un axe prioritaire d'action pour les médiatrices durant les derniers mois de l'étude. En effet, il facilite l'accès aux soins et le suivi médical individualisé des foyers.

	Total T0	Total T9	Total T18
Consultations avec un médecin libéral	4	9	24
	13%	11%	39%
Consultations dans une structure de santé	26	71	38
	87%	89%	61%

Le nombre de foyers bénéficiant d'un suivi chez un médecin traitant a augmenté sur la majorité des sites de l'étude suite aux actions de médiation. 16 femmes et leurs enfants ont désormais accès à un suivi individualisé, alors que ce n'était le cas d'aucune d'entre elles avant l'intervention des médiatrices.

Dans l'agglomération lilloise, 10 femmes parmi les 16 foyers de l'étude sont désormais suivies par un médecin traitant.

- Dans le quartier de Lille-Fives, durant les trois derniers mois de la phase finale d'évaluation, les foyers se sont rendus chez **5 médecins libéraux** (4 généralistes et 1 dentiste). Lors de la phase initiale, la médiatrice en avait relevé 2.

- Les familles installées à Tourcoing ont été reçues par **2 médecins de ville** généralistes lors de la phase finale, soit un de plus qu'initialement. Les expulsions répétées rendent cependant plus difficile le suivi par un médecin traitant.

- A Villeneuve d'Ascq, les 4 foyers suivis installés Porte d'Arras consultent **les médecins généralistes de la Maison Médicale de Moulin**, proche du terrain et facilement repérable. A proximité de la rue de la Cruppe, **un médecin libéral** a reçu des familles suivies, alors qu'il n'y en avait aucun lors de la phase initiale.

Aucun des médecins consultés n'est roumanophone. La connaissance basique du français dont dispose ces femmes leur permet une intercompréhension élémentaire mais certainement pas optimale. Lorsqu'une complication se présente, la médiatrice assure donc la traduction.

Dans le Val d'Oise, aucun foyer de l'étude n'avait eu accès à un médecin libéral lors de la phase initiale.

3 femmes et leurs enfants parmi les 9 foyers d'étude sont maintenant suivis par un médecin traitant. L'un de ces médecins est roumanophone, ce qui facilite les recours autonomes. L'autre est francophone : les femmes qu'il suit ont un niveau de français généralement suffisant aux échanges nécessaires dans le cadre des consultations. Si un cas médical nécessite une prise en charge ou une orientation particulière, le médecin en informe la médiatrice.

Durant les 3 derniers mois de la phase finale d'évaluation, les familles suivies résidant sur le terrain de Deuil-la-Barre ont été reçues par **2 médecins de ville à proximité** et celles de St Ouen l'Aumône par **2 médecins**. Cette progression est notamment due au long travail de repérage réalisé par la médiatrice afin d'identifier des médecins de ville disposés à recevoir des bénéficiaires de l'AME. En effet un certain nombre de praticiens refusent des patients relevant de l'aide médicale d'état, en raison des délais de remboursement particulièrement longs.

Contrairement aux autres sites, dans l'agglomération nantaise le recours à un médecin traitant a peu progressé. 3 femmes parmi les 19 foyers de l'étude sont suivies par un médecin traitant roumanophone à Rezé. Elles consultent dans un cabinet de médecine libérale, le même que celui identifié au début de l'action. La médiatrice n'a pas fait d'orientation vers d'autres structures ou professionnels de médecine libérale, aucun à proximité ne partageant la même langue que les foyers suivis et le recours à un interprète professionnel ne pouvant être envisagé en absence de financement.

A St Herblain, comme indiqué précédemment, l'intervention de la médiatrice s'est révélée être particulièrement difficile. La médiatrice n'a pu développer dans ce contexte des démarches en vue de l'autonomisation des familles et de leur suivi régulier par un médecin traitant. Elle a essentiellement

été confrontée à des demandes médicales à traiter en urgence. C'est ainsi qu'à St Herblain, seule une consultation a été réalisée auprès d'un médecin libéral.

Accès à la médecine libérale

Phase initiale			
Sites	Nombre de consultation avec un médecin libéral	Nombre de consultation dans une structure de santé	Total
Lille-Fives	1	8	9
Tourcoing	0	2	2
Villeneuve-d'Ascq	1	3	4
St Herblain	0	3	3
Rezé	2	7	9
St Ouen	0	1	1
Deuil la Barre	0	2	2
Total	4 13%	26 87%	30 (1 non réponse)

Phase intermédiaire			
Sites	Nombre de consultation avec un médecin libéral	Nombre de consultation dans une structure de santé	Total
Lille-Fives	1	16	17
Tourcoing	3	8	11
Villeneuve-d'Ascq	2	12	14
St Herblain	0	9	9
Rezé	3	13	16
St Ouen	0	11	11
Deuil la Barre	0	2	2
Total	9 11%	71 89%	80 (3 non réponses)

Phase finale			
Sites	Nombre de consultation avec un médecin libéral	Nombre de consultation dans une structure de santé	Total
Lille-Fives	5	4	9
Tourcoing	3	3	6
Villeneuve-d'Ascq	5	7	12
St Herblain	1	7	8
Rezé	3	12	15
St Ouen	5	3	8
Deuil la Barre	2	2	4
Total	24 39%	38 61%	62

Enfin, l'évaluation finale révèle que **le recours à la médecine libérale est surtout privilégié dans le cas de consultations généralistes**. Les consultations de médecins spécialistes, toute spécialité confondue, se font majoritairement auprès de structures de santé.

En médecine de ville, les spécialistes consultés sont soit des échographes soit des dentistes.

Les spécialistes les plus consultés dans les structures publiques sont les gynécologues, dans un service de CHU puis les dentistes en faculté dentaire et à l'hôpital.

Accès à la médecine libérale selon le type de médecin

Phase finale

	Médecin généraliste		Médecin spécialiste		TOTAL	
	Nombre de consultations	%	Nombre de consultations	%	Nombre de consultations	%
Médecine libérale	19	54,00%	5	19%	24	39,00%
Structure de santé	16	46,00%	22	81%	38	61,00%
TOTAL	35	100%	27	100%	62	100%

2.e) Le recours aux urgences

Le nombre de recours aux urgences a baissé avec l'action des médiatrices : de 23%¹⁰ lors du diagnostic initial, il est descendu à 14% au moment de l'évaluation finale.

Seul 1 cas a été justifié par le fait que la personne ne savait pas à qui d'autre s'adresser, à Rezé : la PASS étant saturée, elle s'est rendue aux urgences. Pour les 5 autres recours aux urgences, les femmes considèrent que ce recours était justifié.

Aucun cas de recours aux urgences par manque de ressources ou de place dans le service adapté n'a été identifié par les médiatrices, contrairement aux phases d'évaluation précédentes.

Cette réduction est constatée sur tous les sites, à l'exception de St Ouen l'Aumône : 2 recours aux urgences ont été relevés dans les quinze jours précédents l'évaluation, les deux étant justifiés : accouchement prématuré et forte fièvre d'un enfant le dimanche.

Dans l'agglomération lilloise, la médiatrice souligne le fait qu'aucune femme suivie par un médecin traitant n'a eu recours aux urgences.

	Total T0	Total T9	Total T18
Nombre de recours aux urgences	11	10	6
Nombre de foyers	49	49	44
Pourcentage	23%	20%	14%

Phase initiale			Phase intermédiaire			Phase finale		
Nombre de recours aux urgences au cours des 15 derniers jours		Nombre de foyers	Nombre de recours aux urgences au cours des 15 derniers jours		Nombre de foyers	Nombre de recours aux urgences au cours des 15 derniers jours		Nombre de foyers
Lille-Fives	5	12	Lille-Fives	5	12	Lille-Fives	0	5
Tourcoing	1	5	Tourcoing	0	5	Tourcoing	0	4
Villeneuve-d'Ascq	1	8	Villeneuve-d'Ascq	2	8	Villeneuve-d'Ascq	1	7
St Herblain	1	6	St Herblain	2	6	St Herblain	0	8
Rezé	3	11	Rezé	0	11	Rezé	2	11
St-Ouen-l'Aumône	0	6	St-Ouen-l'Aumône	1	6	St-Ouen-l'Aumône	2	5
Deuil-la-Barre	0	1	Deuil-la-Barre	0	1	Deuil-la-Barre	1	4
Total	11	49	Total	10	49	Total	6	44

Au regard de ces résultats, on peut désormais affirmer que, globalement, la médiation sanitaire facilite de manière importante l'accès aux soins de cette population dans le système de santé de droit commun.

¹⁰ Nombre de recours aux urgences pour 100 personnes

3- L'accès à la prévention

3-a) Les principaux services de prévention de droit commun

o Les centres de protection materno-infantile (PMI) du Conseil général

Les services de PMI ont pour mission d'assurer le suivi des femmes enceintes les six premiers mois de leur grossesse et le suivi médical de l'enfant jusqu'à 6 ans. Ils ont également en charge la planification et l'éducation familiale, principalement en direction des familles en difficulté. De plus, ils doivent apporter une attention particulière aux risques de maltraitance, en lien avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Dans l'agglomération lilloise :

Au lancement du programme, le Conseil général a mobilisé des puéricultrices et médecins de différentes PMI pour assurer **deux permanences réservées aux femmes roms et à leurs enfants accompagnés par la médiatrice**. Un comité technique de pilotage de l'action « consultations spécifiques » a été mis en place, associant l'ARS, l'AREAS et la direction territoriale de Lille.

Ce dispositif devait constituer une étape, pour préparer une prise en charge effective et régulière de cette population dans les services PMI de droit commun ouvert à tous.

Il avait été convenu avec l'AREAS que la médiatrice s'assurerait de la participation des foyers aux permanences et des réorientations éventuelles vers d'autres structures de santé en lien avec l'équipe de la PMI.

A défaut d'interprète, la médiatrice assurait également la traduction lors des consultations, au détriment de ses missions premières. N'ayant de tout façon pas pour vocation d'être pérennisées, les permanences spécifiques ont cessé en juin 2012. La médiatrice travaille actuellement, avec l'équipe de professionnels mobilisée, à la réorientation des foyers suivis vers les PMI de secteur à proximité des terrains.

Dans l'agglomération nantaise :

Le service dédié Chaptal

A Nantes, le Conseil général a missionné l'association Chaptal pour la mise en œuvre de permanences sociales dédiées à toutes les familles roms de l'agglomération qui n'ont pas de logement. L'assistante sociale se charge de l'attribution de l'Aide à la subsistance et des inscriptions scolaires.

Un médecin et une puéricultrice y tiennent une consultation PMI infantile, deux matinées par mois avec le recours d'une interprète ASAMLA. Le Centre de vaccinations polyvalentes du CHU de Nantes assure également une vacation par semaine. Ces permanences sont peu fréquentées notamment du fait du manque d'intérêt des familles pour la prévention et de l'éloignement des lieux de vie. Cependant, les enfants ont difficilement accès aux PMI de secteur à proximité des terrains. Les familles sont systématiquement réorientées vers le service Chaptal, bénéficiant d'un interprète lors des permanences et ayant à charge les questions sociales. La responsable de PMI affirme pourtant que ces pratiques ne correspondent pas à des instructions données pour exclure les femmes roms des PMI de secteur.

Concernant le suivi prénatal, les femmes roms ont pour l'instant accès aux services de droit commun assuré par les sages-femmes de PMI. Cependant, dans ce domaine également, une consultation dédiée au sein du service Chaptal devrait prochainement être mise en place.

Dans le Val d'Oise :

Les familles roms de Deuil-la-Barre et Saint-Ouen l'Aumône sont accueillies dans **les centres PMI de proximité**. Lors des premières consultations, la médiatrice les a accompagnées et a assuré la traduction. Désormais, si le rendez-vous peut être parfois encore pris par la médiatrice, les femmes se déplacent seules avec leurs enfants à la PMI et continuent ainsi la prise en charge. Le plus souvent, les PMI de Deuil-la-Barre et St-Ouen-l'Aumône reçoivent les familles roms dans des plages horaires communes, ces dernières préférant en général s'y rendre à plusieurs.. La PMI de Deuil-la-Barre organise notamment des matinées dévolues à la mise à jour des vaccins. Les professionnels contactent la médiatrice dans les cas nécessitant une traduction, elles envisagent cependant de faire appel à de l'interprétariat téléphonique.

Alors que les familles de l'étude semblent avoir tissé des liens de confiance avec les équipes de PMI, le manque d'effectif actuel que connaissent ces services dans le Val d'Oise est à déplorer. Notamment, celui de Deuil-La-Barre ne dispose plus de médecin pédiatre depuis quelques mois. De plus, face à cette situation, ils ont dû se limiter au suivi des enfants de moins de 3 ans et de quelques enfants de moins de 6 ans connaissant des difficultés particulières. Les enfants peuvent être redirigés vers les centres PMI de Sarcelles ou Soisy sous Montmorency. Cependant, l'éloignement géographique et l'inexistence de lien préétabli avec ces services a provoqué des retards voire des ruptures de suivi, notamment en ce qui concerne la vaccination des enfants.

o **Les autres services de prévention de droit commun sollicités**

Dans l'agglomération lilloise, le **service prévention santé**¹¹ du Conseil général sur Roubaix-Tourcoing ainsi que celui de Villeneuve d'Ascq reçoivent un nombre significatif de familles roumaines, entre autre sur des plages horaires sans rendez-vous. La médiatrice a été en lien avec ce service pour un cas de tuberculose.

A Nantes, des femmes roms roumaines sont reçues fréquemment pour des demandes d'IVG ou de contraception **au centre de planification Simone Veil** du CHU de Nantes¹². Lorsqu'elles viennent sur rendez-vous, le centre a la possibilité de faire appel à un interprète. D'autre part, l'un des médecins du service a des connaissances en roumain.

Au sein de la même structure hospitalière, un service dédié à l'accueil des femmes en situation de vulnérabilité a été créé : l'**UGOMPS** (unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-social). Il prend en charge les questions de contraception, les suivis gynécologiques et assure des consultations psychologiques. La médiatrice travaille en collaboration avec cette équipe dans le cadre du suivi des femmes de l'étude.

Enfin le CHU de Nantes dispose d'un **centre fédératif de prévention et de dépistage**. Depuis un an plusieurs de leurs médecins prennent des cours de roumain pour faciliter les échanges avec les patients dont c'est la langue. Ce centre regroupe :

- le centre de vaccinations polyvalentes (CVP), réalisant gratuitement les vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal. Il propose une journée et demie par mois, des consultations dédiées à la population rom avec une interprète. Certaines viennent également en dehors de ces créneaux et sans rendez-vous.
- le centre de lutte antituberculeuse (CLAT) qui effectue à titre gratuit le suivi des personnes atteintes de tuberculose et des actions ciblées de dépistage, de vaccination et d'information sur les populations à risques.
- le centre d'information, de dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), en lien avec le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) réalise gratuitement des tests de dépistage pour les différentes IST, le VIH et les hépatites virales B et C.

Enfin, le **service prévention de la CPAM** de Loire-Atlantique cible prioritairement ses actions en direction des populations vulnérables. La médiatrice a travaillé en étroite collaboration avec ce service pour la réalisation d'actions et d'outils de prévention sur différentes thématiques.

Dans le Val d'Oise, les femmes roms fréquentent, en plus des centres PMI, **les centres de planning familial publics des environs**.

¹¹ Ce service propose des consultations, du dépistage anonyme et gratuit (VIH, HB, HC) et des actions de lutte anti-tuberculose

¹² Les descriptions des différents services suivants sont tirées du site internet du CHU : www.chu-nantes.fr

3-b) Les suivis de grossesse

Le suivi médical des femmes enceintes connaît une nette progression depuis l'intervention des médiatrices.

Lors de la phase initiale, aucune des femmes enceintes rencontrées par les médiatrices sur les sites n'avait encore consulté un médecin alors que le début de la grossesse pour la majorité d'entre elles dépassait 6 mois.

Depuis le lancement du programme, sur les 18 femmes enceintes accompagnées par les médiatrices, la prise en charge débute en majorité entre le 2^{ème} et le 3^{ème} mois de grossesse, avec des consultations et des échographies à fréquence habituelle dans le cas d'un suivi de grossesse.

L'irrégularité dans le suivi d'une grossesse a pour principale raison l'instabilité des conditions de vie des femmes due aux expulsions répétées.

Tout au long de l'étude, les médiatrices ont apporté une attention particulière aux femmes enceintes d'autant plus dans les cas de grossesse pathologique. Elles ont notamment réalisé de nombreux accompagnements, afin d'assurer la réalisation des suivis de grossesse.

L'accueil dans les services de prénatalité et de maternité est globalement satisfaisant.

- Dans l'agglomération lilloise, la permanence prénatale PMI spécifique aux femmes roms a permis une prise en charge plus attentive de certaines grossesses des femmes de l'étude au regard des problématiques rencontrées. Une sage femme s'est rendue sur deux terrains distincts dans le cadre du suivi de grossesses pathologiques.

En collaboration avec l'équipe de la PMI, une infirmière de l'Unité Territoriale de Prévention et d'action sociale de Lille a développé un outil imagé pour les femmes allophones visant à faciliter leur compréhension des différentes étapes de suivi lors d'une grossesse. Il a été diffusé aux femmes de l'étude présentes aux permanences.

Les sages-femmes de la PMI soulignent qu'elles ont rencontré des difficultés à faire le lien avec certaines maternités, dans le cadre de suivi de grossesse des femmes roms. Si celles-ci n'honorent pas leur rendez-vous, elles perdent leur place dans la maternité pour l'accouchement.

- A Nantes, les sages-femmes PMI du département mises en lien avec les femmes par la médiatrice, se déplacent également sur les terrains pour des séances de préparation à l'accouchement ou en soutien dans les cas de grossesse pathologique. L'UGOMPS du CHU de Nantes est le principal service de suivi des grossesses. La PASS réalise des orientations vers les services appropriés de l'hôpital.

- Dans le Val d'Oise, le suivi des grossesses s'effectue dans les services PMI, les maternités et les hôpitaux de la région. Sur deux femmes concernées, une a régulièrement bénéficié des services d'un interprète à l'initiative de la maternité.

Sites		Nombre de mois de grossesse au début du suivi	Grossesse pathologique	Echographies	Consultations	Lieu de consultations	Remarques
Saint Ouen l'Aumône	T18	2	Non	1	10	PMI	Accouchement prématuré à 26 semaines de jumeaux
						Maternité de Pontoise	
						Hôpital (visite post-natale - prescription pilule)	
Saint Ouen l'Aumône	T18	3	Non	1	n.c.	PMI St Ouen	Suivi difficile du fait d'expulsions répétées (nombreux rdvs manqués)
						Maternité de Pontoise	Accouchement difficile en août 2012

n.c. = non communiqué

Sites		Nombre de mois de grossesse au début du suivi	Grossesse pathologique	Echographies	Consultations	Lieu de consultations	Remarques
Lille-Fives	T0	7	Non	1	2 + RDVs de suivi post-accouchement (problématique hépatite B)	Hôpital Consultation prénatale Spécialisée Planning familial PMI (vaccin du bébé)	
Lille-Fives	T9		Non	1	3 + RDVs de suivi prévus	Consultation prénatale spécialisée Hôpital	
Lille-Fives	T9		Oui	1	3 puis IVG à 7 mois du terme	Consultation prénatale spécialisée Hôpital (urgence)	
Lille-Fives	T9	±2	Non	1	6	Consultation prénatale à la permanence spécialisée Hôpital	Se rend seule aux RDVs / Accouchement prématuré
Tourcoing	T9	±3	Non	1	4	Planning familial MSL Maternité Roubaix Maternité Lille en urgence (problème de poumons) hopital de Tourcoing	Accouchement puis pose d'implant
Tourcoing	T9	3	Non	1	2	PMI Service maternité de l'hôpital de Tourcoing	Mineure, fille d'un foyer de l'étude
Villeneuve d'Ascq	T0	6	Non	1	2	MSL hôpital	Rupture dans le suivi car séjour en Roumanie
							Accouchement en France
							Pas venue au RDV de suivi post natal (permanence gynécologique locale)

Sites		Nombre de mois de grossesse au début du suivi	Grossesse pathologique	Echographies	Consultations	Lieu de consultations	Remarques
Rezé	T9	2	Non	1	1 (absente à la 2ème)	Hôpital Consultation manquée à l'UGOMPS (hôpital)	
Rezé	T18	2	Non	1	3	PASS UGOMPS (hôpital) PMI (sage-femme sur le terrain)	Accouchement mars 2012
Rezé	T9 ▼ T18	2	Non	3	7	UGOMPS (hôpital) Suivi Intensif de Grossesse (hôpital) PMI (sage-femme sur le terrain)	Accouchement mai 2012
							Ligature des trompes programmée
St Herblain	T9 ▼ T18	2	Oui	2	5 + consultation manquée	PASS (consultation généraliste) UGOMPS	Accouchement mars 2012
						MDM	Absence à la visite post natale
						PMI (sage-femme sur le terrain) SIG (CHU)	
St Herblain	T9 ▼ T18	3	Oui	3	9	MDM PASS UGOMPS PMI (sage-femme sur le terrain) SGHR- service des grossesses à haut risque (pyélonéphrite aigüe) Hôpital	Accouchement mars 2012 Visite post natale et pose d'un implant

3-c) La contraception

La tendance s'est largement inversée depuis la phase initiale : **la grande majorité des femmes de l'étude connaissent maintenant un lieu où s'adresser pour bénéficier d'une contraception**, suite au travail d'information, d'orientation et d'accompagnement réalisé auprès d'elles par les médiatrices.

Seules 5 d'entre elles déclarent ne pas savoir où s'adresser. Il s'agit de femmes qui n'ont pas exprimé le besoin d'avoir une contraception puisqu'elles ne pouvaient pas avoir d'enfants.

EVOLUTION	T0	T9	T18
Sait où s'adresser	17%	65%	89%
Ne sait pas où s'adresser	83%	35%	11%

Connaissance d'un lieu de contraception par les femmes interrogées

Commune	Phase initiale			Commune	Phase intermédiaire		
	sait où s'adresser	ne sait pas où s'adresser	Total		sait où s'adresser	ne sait pas où s'adresser	Total
Lille-Fives	1	11	12	Lille-Fives	5	5	10
Tourcoing	0	5	5	Tourcoing	2	4	6
Villeneuve-d'Ascq	1	7	8	Villeneuve-d'Ascq	3	5	8
St Herblain	3	3	6	St Herblain	4	2	6
Rezé	3	7	10	Rezé	10	1	11
St Ouen	0	6	6	St Ouen	6	0	6
Deuil-la-Barre	0	1	1	Deuil-la-Barre	1	0	1
Total	8	40	48 <i>(9 non réponses)</i>	Total	31	17	48 <i>(1 non réponse)</i>
%	17%	83%	100%	%	65%	35%	100%

Commune	Phase finale		
	sait où s'adresser	ne sait pas où s'adresser	Total
Lille-Fives	3	2	5
Tourcoing	3	1	4
Villeneuve-d'Ascq	5	2	7
St Herblain	8	0	8
Rezé	11	0	11
St Ouen	5	0	5
Deuil-la-Barre	4	0	4
Total	39	5	44
%	89%	11%	100%

Près de la moitié des femmes suivies par les médiatrices (43%) ont adopté un moyen de contraception au cours de l'étude. Cette évolution est importante, notamment au regard du nombre de femmes connaissant un lieu de délivrance d'un moyen de contraception lors du diagnostic initial (16%).

Toutes ont consulté dans une structure publique pour obtenir une contraception :

- Dans l'agglomération lilloise, les femmes de l'étude se sont adressées à diverses structures : la permanence dédiée de la PMI à Villeneuve d'Ascq, la maternité Jeanne de Flandres du CHRU de Lille, le service gynécologique de l'hôpital et le planning familial de Lille.

Un groupe de parole sur la contraception a été initié récemment avec des femmes d'un terrain de Lille-Fives, en collaboration avec la PMI du Conseil général du Nord. D'autres séances sont prévues autour de la santé materno-infantile. A noter que cette activité avait déjà été tentée au début du programme sans être concluante. Après 18 mois d'action, les femmes ont établi un lien de confiance suffisant avec les professionnelles de la PMI pour qu'elles puissent échanger librement sur ce thème.

- Dans l'agglomération nantaise, toutes les femmes suivies ont obtenu une contraception dans un des services du CHU de Nantes : la majorité au centre de planification et d'éducation familiale Simone Veil, une à l'UGOMPS et une autre dans le service gynécologie de l'hôpital.

Les médecins de l'UGOMPS¹³ se sont rendues à plusieurs reprises sur les terrains, accompagnées par la médiatrice. Elles ont organisé des entretiens individuels ou collectifs (2/3 femmes) en vue de les sensibiliser à la contraception ou dans le cadre de suivi gynécologique.

- Dans le Val d'Oise, plusieurs structures ont été consultées dans ce cadre : d'une part, la PMI et le planning familial de Garges-lès-Gonesse pour les femmes de Deuil-la-Barre, d'autre part, la PMI de St-Ouen l'Aumône et l'hôpital de Pontoise pour les femmes de St-Ouen l'Aumône.

L'implant est le mode de contraception le plus couramment utilisé par les femmes, bien adapté aux conditions d'instabilité dans lesquelles elles vivent.

Les professionnels de santé soulignent **l'importance du rôle joué par les médiatrices en vue de faciliter les échanges avec les femmes roms sur les thèmes de la sexualité et de la contraception** : elles leur ont permis de mieux comprendre les représentations des femmes dans ce domaine et d'adapter ainsi leur approche et leur discours. D'autre part, les femmes rassurées par la présence des médiatrices se livrent plus facilement.

Des outils ont été développés dans ce cadre : à Nantes, l'UGOMPS a élaboré un kit sur les différents modes de contraception qui sert de support aux discussions avec les femmes. Pour aider ces dernières à se repérer, les professionnelles de ce service hospitalier ont également réalisé un plan des différents structures de santé dédiées à ces questions.

Adoption d'un moyen de contraception au cours de l'étude			
	Oui	Non	Total
Lille-Fives	2	3*	5
Tourcoing	1	3	4
Villeneuve-d'Ascq	2	5	7
St Herblain	4	4	8
Rezé	4	7**	11
St Ouen	4*	1	5
Deuil-la-Barre	2*	1	4
Total	19	25	44

* dont 1 pour un renouvellement d'une contraception prescrite avant l'étude

** dont 3 ne peuvent avoir de grossesse

Au cours de l'étude, 4 femmes ont eu recours à une IVG : 3 dans des hôpitaux (service gynécologie et maternité) de l'agglomération lilloise et une au planning familial Simone Veil à Nantes.

¹³ Unité Gynéco Obstétrique Médico Psycho Sociale de l'hôpital public de Nantes

A noter que, les médiatrices de chacun des sites de l'étude ont observé une présence de plus en plus accrue des témoins de Jehova sur les terrains. Ce phénomène récent, qui ne cesse de prendre de l'ampleur, **vient entraver le travail de sensibilisation à la prévention réalisé auprès des femmes.** En effet, du fait des croyances inculquées par ce mouvement religieux, les femmes sont réfractaires à la contraception, certaines ayant d'ailleurs retiré leur implant. En règle générale, elles renoncent également à l'IVG, à la péridurale, aux vaccinations de leurs enfants et aux prises de sang.

3-d) Les frottis et mammographies

Près de la moitié des femmes suivies par les médiatrices (42%) déclare avoir effectué un frottis au cours de l'étude. Cette évolution est importante, notamment au regard du nombre femmes qui déclaraient avoir effectué un frottis au cours des 24 mois précédant le diagnostic initial (23%).

Nombre de femmes ayant effectué un frottis pendant l'étude		
	Oui	Non
Lille-Fives	1	4
Tourcoing	0	4
Villeneuve-d'Ascq	3	3
St Herblain	4	4
Rezé	5	6
St Ouen	1	4
Deuil-la-Barre	4	0
Total	18	25
<i>(1 non réponse)</i>	42%	58%

Dans l'agglomération nantaise, la majorité des femmes suivies a effectué un frottis dans un des services du CHU de Nantes : au centre de planification et d'éducation familiale Simone Veil, à l'UGOMPS, dans le service gynécologie de l'hôpital et à la PASS. Deux d'entre elles ont réalisé un frottis au centre d'examen de santé de St Nazaire dans le cadre d'un bilan de santé proposé par le service prévention de la CPAM, avec l'appui de la médiatrice.

Dans l'agglomération lilloise, la majorité des frottis a été réalisée dans un planning familial public. Une femme s'est adressée à une maternité libérale.

Dans le Val d'Oise, les femmes de l'étude se sont adressées à diverses structures : planning familial public, hôpital Delafontaine, Maternité Pontoise et à un gynécologue libéral pour l'une d'entre elles.

Dans 40% des cas, le frottis a été réalisé dans l'optique d'un dépistage du cancer du col de l'utérus. 22% des cas étaient en lien avec une demande de contraception (pose ou retrait d'un implant ou d'un stérilet) et dans 11% des cas cet examen a été pratiqué dans le cadre d'une suspicion d'une infection sexuellement transmissible. Pour les autres cas, les motifs d'examen ne sont pas connus des médiatrices.

Une seule femme, âgée de 55 ans, a effectué une **mammographie** au cours de l'étude au CHU de Nantes, suite à une séance d'information conjointe du service prévention de la CPAM et de la médiatrice sur le dépistage du cancer du sein. Seulement cinq femmes de l'étude étaient dans la tranche d'âge pour laquelle ce dépistage est recommandé.

3-e) Les vaccinations et le suivi des jeunes enfants

On note une importante amélioration du suivi médical des enfants de moins de 6 ans faisant partie des foyers de l'étude.

En fonction du nombre de réponses obtenues, 36% de ces enfants dans la phase initiale disposaient d'un carnet de santé et 13% seulement possédaient un carnet de vaccination. Suite à la médiation sanitaire, **98% des enfants sont désormais dotés d'un carnet de santé.** Les carnets de vaccination, en augmentation lors de la phase intermédiaire, ont nettement diminué, les informations sur la vaccination ayant été peu à peu intégrées au carnet de santé. 7 enfants ont à la fois un carnet de santé et un carnet de vaccination dont 5 à St Ouen l'Aumône, délivrés lors des campagnes récentes de vaccination sur les terrains.

3 enfants seulement n'ont ni carnet de santé ni carnet de vaccination.

Suivi médical des jeunes enfants

	Carnet de santé	Carnet de vaccination
Phase initiale	36%	13%
Phase intermédiaire	80%	60%
Phase finale	98%	13%

Phase initiale			
	Enfants de moins de 6 ans qui ont un carnet de santé	Enfant de moins de 6 ans qui ont un carnet de vaccination	Nombre d'enfants de la cohorte de moins de 6 ans
Lille-Fives	1	1	10
Tourcoing	4	0	10
Villeneuve-d'Ascq	2	5	20
St Herblain	6	0	7
Rezé	11	2	15
St Ouen	1	1	9
Deuil-la-Barre	0	0	1
Total*	25 (sur 69 réponses) 36%	9 (sur 68 réponses) 13%	72

Phase intermédiaire			
	Enfants de moins de 6 ans qui ont un carnet de santé	Enfant de moins de 6 ans qui ont un carnet de vaccination	Nombre d'enfants de la cohorte de moins de 6 ans
Lille-Fives	4	1	10
Tourcoing	10	2	10
Villeneuve-d'Ascq	15	9	20
St Herblain	7	1	7
Rezé	14	12	15
St Ouen	6	6	9
Deuil-la-Barre	0	0	1
Total*	56 (sur 70 réponses) 80%	31 (sur 52 réponses) 60%	72

Phase finale			
	Enfants de moins de 6 ans qui ont un carnet de santé	Enfant de moins de 6 ans qui ont un carnet de vaccination	Nombre d'enfants de la cohorte de moins de 6 ans
Lille-Fives	5	0	5
Tourcoing	9	1	9
Villeneuve-d'Ascq	14	1	14
St Herblain	9	0	9
Rezé	13	0	14
St Ouen	5	6	8
Deuil-la-Barre	4	0	4
Total*	59	8	63
		(1 non réponse)	
	98%	13%	

Le suivi de ces enfants par les médiatrices a également permis d'améliorer considérablement leur couverture vaccinale, et ce pour tous les vaccins.

Couverture vaccinale des jeunes enfants

	contre la Diphtérie, la Polio	contre le Tétanos	contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	contre la coqueluche	Contre l'hépatite B	contre la tuberculose
Phase initiale	17%	25%	28%	7%	15%	10%
Phase intermédiaire	50%	61%	60%	49%	50%	39%
Phase finale	77%	80%	73%	72%	68%	61%

Dans le Val d'Oise, réalisées initialement par Médecins du Monde lors de visites sur les terrains, la plupart des vaccinations des enfants suivis par la médiatrice est maintenant faite dans les PMI. A l'initiative du Conseil général du Val d'Oise, Médecins du Monde a mené à deux reprises fin 2011 des actions de vaccination multiple et de dépistage de la tuberculose sur les terrains de St-Ouen l'Aumône. La médiatrice de l'ASAV y a été associée.

Dans l'agglomération lilloise, les vaccins des enfants suivis par la médiatrice étaient effectués à la permanence infantile dédiée mise en place par le Conseil général, jusqu'à son arrêt en juin 2012. Depuis, ils sont réorientés vers les centres PMI à proximité de leurs lieux de vie. L'équipe professionnelle de la PMI s'est notamment déplacée sur un des terrains de Lille Fives situé rue des Jacobins, pour la mise à jour des vaccins. La puéricultrice du secteur a accompagné elle-même deux familles du terrain au centre de PMI le plus proche, pour qu'elles puissent identifier les lieux. D'autre part, la chef de service de la PMI a accompagné le médecin de l'ONG Pédiatres du Monde lors d'une campagne de vaccination contre la rougeole sur le terrain des Jacobin à Lille Fives et a distribué des cartes avec l'adresse de la PMI la plus proche.

Dans l'agglomération nantaise, la médiatrice a essentiellement collaboré avec le centre de vaccination et le centre de lutte anti-tuberculeux (CLAT) intégrés au CHU de Nantes. Face aux résistances persistantes de la population vis-à-vis des vaccinations, notamment celui contre la tuberculose, ils ont co-réalisé un jeu et une vidéo dans le but de déconstruire les représentations de la population face à cette maladie. Le jeu a été testé une première fois lors d'une sortie conjointe sur un terrain avec l'équipe du CLAT, accompagnée d'un interprète de l'ASAMLA. Les personnes y ont participé

activement et ont été réceptives aux messages transmis. Suite à cette animation, le médecin a effectué une séance de vaccination contre la tuberculose en direction des enfants.

Trois causes principales expliquent l'incomplétude de la couverture vaccinale chez certains enfants de l'étude :

- Des foyers suivis par les médiatrices font encore preuve de réticences vis-à-vis de la vaccination du fait de la peur même de la piqûre et des éventuels effets secondaires ressentis: fièvre, douleurs, etc.
- Le principe de prévention étant très peu familier à ces familles en Roumanie, celles-ci comprennent difficilement l'intérêt de vacciner leurs enfants.
- Dans certains cas, l'enfant est trop jeune pour recevoir l'ensemble des vaccinations.

Enfants de moins de 6 ans pour lesquels on peut attester de la vaccination complète

Phase initiale							
Lieu	contre la Diphtérie, la Polio	contre la le Tétanos	contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	contre la coqueluche	contre l'hépatite B	contre la tuberculose	nombre d'enfants de moins de 6 ans
Lille-Fives	0	1	1	0	0	0	10
Tourcoing	3	3	4	1	3	1	10
Villeneuve-d'Ascq	2	2	7	0	2	0	20
St Herblain	0	1	2	0	0	1	7
Rezé	7	10	6	4	5	3	15
St Ouen l'Aumône	0	1	0	0	1	2	9
Deuil-la-Barre	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	12 17%	18 25%	20 28%	5 7%	11 15%	7 10%	72

Phase intermédiaire							
Lieu	contre la Diphtérie, la Polio	contre la le Tétanos	contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	contre la coqueluche	contre l'hépatite B	contre la tuberculose	nombre d'enfants de moins de 6 ans
Lille-Fives	4	4	4	4	4	2	10
Tourcoing	8	8	9	7	8	3	10
Villeneuve-d'Ascq	13	13	13	12	13	4	20
St Herblain	0	2	3	0	0	3	7
Rezé	7	10	11	7	6	9	15
St Ouen l'Aumône	4	6	3	4	4	6	9
Deuil-la-Barre	0	1	0	1	1	1	1
TOTAL	36 50%	44 61%	43 60%	35 49%	36 50%	28 39%	72

Phase finale							
Lieu	contre la Diphtérie, la Polio	contre la le Tétanos	contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	contre la coqueluche	contre l'hépatite B	contre la tuberculose	nombre d'enfants de moins de 6 ans
Lille-Fives	0	2	2	2	2	1	2
Tourcoing	9	9	9	9	9	2	9
Villeneuve-d'Ascq	14	14	14	14	14	4	14
St Herblain	4	4	3	3	0	6	9
Rezé	11	11	9	8	8	13	14
St Ouen l'Aumône	5	5	3	3	4	6	8
Deuil-la-Barre	3	3	4	4	4	4	4
TOTAL	46 77%	48 80%	44 73%	43 72%	41 68%	36 60%	60

3.f) Actions de promotion à la santé en collaboration avec les partenaires

Différents acteurs participent à sensibiliser les foyers de l'étude aux pratiques de prévention, en mobilisant divers moyens : sorties sur les terrains, ateliers thématiques, séances d'information, construction et diffusion d'outils. Les médiatrices dans leur action quotidienne auprès des foyers et les professionnels de santé lors des consultations prodiguent régulièrement des conseils préventifs. Des actions spécifiques d'éducation à la santé ont également été mises en place dans cette optique par les structures dédiées à la prévention, avec l'appui des médiatrices, autres que celles déjà mentionnées dans le cadre de la vaccination, de la planification familiale et du suivi de grossesse :

- Dans l'agglomération nantaise :
 - Actions réalisées en partenariat avec le service de prévention de la CPAM :
 - Réalisation de bilan de santé pour les femmes au centre d'examen de Saint-Nazaire.
 - Création d'un atelier sur l'alimentation infantile. Avec les produits fournis par les Restos du Cœur, les femmes ont préparé un goûter équilibré pour les enfants. La médiatrice et l'intervenante de la CPAM, accompagnées par des bénévoles de MDM, ont pu identifier une sous utilisation de certains produits contenus dans les colis d'aide alimentaire. Désormais ils ont été mieux intégrés aux repas.
 - Animation d'un atelier « bien-être » avec les femmes, qui a été l'opportunité d'aborder la question du « prendre soin de soi » comme composante essentielle à la santé.
 - Intervention sur le terrain consacré au sevrage tabagique, en présence d'un spécialiste sur le sujet. Les femmes, mais aussi leurs maris et leurs belles-sœurs y ont participé. Un homme a cessé de fumer suite à cette intervention.
 - Action de dépistage de la tuberculose avec le CLAT sur les terrains de Rezé et St Herblain.

Toutes ces interventions ont été très bien accueillies par les femmes, puisqu'elles en avaient fait elles-mêmes la demande.

- Dans l'agglomération Lilloise :
 - Réalisation de bilan de santé pour quatre femmes de l'étude au Centre de prévention et d'éducation pour la santé de l'Institut Pasteur de Lille, à l'initiative de la médiatrice.
- Dans le Val d'Oise :
 - Intervention d'un pédiatre de la PMI de Deuil-la-Barre sur la santé bucco-dentaire et la nutrition auprès de 11 enfants du terrain au cours de l'année 2011.

A noter que le Conseil général du Val d'Oise est disposé à mener d'autres initiatives de promotion de la santé auprès de cette population telles que des groupes de parole et des ateliers thématiques. Ceux-ci pourraient être organisés en partenariat avec le CODES (Comité départemental d'éducation à la santé). L'équipe de la PMI assurerait l'animation, en lien avec la médiatrice.

Cependant le service PMI ne dispose pas, pour le moment, des effectifs nécessaires à la prise en charge de ce type d'actions.

Ces résultats montrent que l'intervention des médiatrices a un impact effectif sur l'amélioration de l'accès à la prévention de la population ciblée. Cependant, comme le souligne tous les partenaires mobilisés dans ce cadre, **les initiatives mises en place auront un réel effet sur le public ciblé, très peu familier à ses pratiques, uniquement si elles sont menées sur la durée.** Et selon eux, sans le lien que la médiatrice permet d'établir entre le public et les acteurs de santé, de telles actions ne sont pas envisageables.

4-a) Sur l'ensemble des habitants des terrains d'intervention

D'une part, la population suivie par les médiatrices ne se limite pas aux femmes et enfants de moins de 6 ans intégrés à l'étude.

Les médiatrices ont, en moyenne, soutenu les démarches d'accès aux soins d'une trentaine d'autres personnes sur les terrains d'intervention. Il s'agit de femmes, d'hommes et d'enfants de tout âge. La médiatrice de l'agglomération nantaise précise, quant à elle, que le suivi concernant les hommes a été particulièrement important. C'est souvent par leur biais, au départ, qu'elle a pu travailler auprès des femmes et des enfants.

D'autre part, les médiatrices ont observé des effets indirects de leur action sur des personnes non suivies :

Par le biais des actions sur le terrain :

- Certaines initiatives menées sur les terrains en collaboration avec les partenaires de santé ciblaient l'ensemble des personnes présentes, tel que les dépistages de la tuberculose et les vaccinations.
- D'autres, destinées en première intention aux femmes et/ou aux enfants de l'étude ont compté parmi les participants des personnes non-suivies des terrains, intéressées par la thématique abordée. Cela a été notamment le cas des ateliers organisés à Rezé avec le service prévention de la CPAM.
- Enfin, quelques cas démontrent que les informations régulières données aux femmes par la médiatrice sur l'accès aux droits et la santé materno-infantile ont pu notamment bénéficier aux jeunes filles du foyer. En effet, certaines, une fois mère, ont effectué d'elles-mêmes les démarches pour l'obtention de l'AME de leurs nouveau-nés.

Par le biais des femmes suivies :

- L'ensemble des membres des foyers suivis a bénéficié indirectement du travail de médiation mené auprès des femmes. Par exemple, les conseils sur l'alimentation reçus par les femmes, pour celles qui les ont appliqués, ont profité à l'ensemble de leur foyer.
 - Les femmes suivies ont, à de multiples occasions, diffusé à leurs proches les conseils sanitaires que la médiatrice ou d'autres professionnels de santé leur ont prodigués.
 - Certains maris, sensibilisés par leurs femmes, se sont impliqués dans le suivi médical de celles-ci ou de leurs enfants.
 - Quelques femmes de l'étude, disposant d'une maîtrise suffisante du français, ont réalisé des accompagnements d'autres personnes de leur cercle familial, dans leurs démarches de soins.
- La médiatrice de l'agglomération lilloise a notamment eu connaissance que des femmes roms avec lesquelles elle n'avait pas échangé se sont rendues à la consultation PMI dédiée.

Les multiples exemples de ces effets indirects de la médiation démontrent que les femmes de l'étude ont bien intégré les connaissances transmises tant dans le champ de la prévention que de l'accès aux soins.

4-b) Sur l'ensemble de la population rom des territoires d'intervention

Le travail de médiation réalisé auprès des structures de santé locales vise l'amélioration de l'accueil et du suivi médical dans les structures mobilisées pour l'ensemble de la population rom vivant aux alentours. On compte parmi les moyens utilisés dans ce cadre, les actions de sensibilisation et de formation sur les conditions de vie et les déterminants socioculturels auprès des professionnels en contact avec ces populations. Ces actions, en développant la connaissance des acteurs de santé et leur compréhension du public rom migrant, facilitent les relations avec celui-ci et sa prise en charge au sein des structures.

A Nantes, cette sensibilisation par la médiatrice a même dépassé le champ sanitaire.

Lors du premier semestre 2012, la médiatrice a animé une formation sur le thème des populations roms destinée à la police municipale de Nantes. Elle est intervenue à la demande du Centre Européen de Formation aux diversités, dans le cadre d'un appel d'offre de la CNFPT¹⁴. Les sessions de formation ont cessé au 2nd semestre, suite à une directive interne, alors que plusieurs agents avaient déjà manifesté le souhait d'y participer.

¹⁴ Centre national de la fonction publique territoriale

Bien que ces effets soient difficilement mesurables, **l'impact indirect des actions de médiation semble particulièrement important et certainement plus que pressenti, tant par le nombre de personnes touchées que par la diversité des moyens de diffusion relevés.** Si l'on tient seulement compte du nombre d'habitants sur les terrains d'intervention des médiatrices, on peut considérer qu'un millier de personnes ont bénéficié, à un moment donné, du travail de médiation.

5. Une expérimentation spécifique à Bobigny : la formation de femmes relais en médiation sanitaire

Comme évoqué précédemment, le projet de médiation mené à Bobigny, en Seine-Saint-Denis, s'est différencié des autres initiatives pilotes du programme. L'action ayant été interrompue pendant plus de 6 mois, suite à la faillite de la première structure porteuse, les résultats obtenus sur ce site ne pouvaient être comparés à l'ensemble des expériences.

A la reprise des activités de la médiatrice encadrées cette fois par l'AŞAV, il a été décidé, indépendamment des axes communs d'intervention, de développer à Bobigny et d'intégrer au programme une action spécifique visant à favoriser l'émergence de femmes sensibilisées à la médiation sanitaire, en vue d'assurer le relais de la médiatrice dans ses actions d'accompagnement.

5-a) Le contexte

Cette action s'est concentrée sur 20 femmes, vivant sur un terrain à Bobigny. Sa mise en oeuvre a été rendu possible par la stabilité du lieu de vie des familles, mis à disposition par la ville. Sans crainte d'expulsion, les femmes étaient dans des conditions favorables pour fournir l'investissement nécessaire à une telle formation.

En outre, elle a été facilitée par la proximité immédiate du terrain avec certaines structures : un Centre de Santé, une pharmacie, la Mairie et la CPAM, deux hôpitaux et un service de PMI se trouvaient à seulement quelques stations de tramway.

5-b) Le diagnostic

La situation et les acquis préalables des femmes participantes au projet ont été évalués préalablement à la mise en oeuvre de la formation.

14/20 femmes ne possédaient pas de droits ouverts à l'AME, du fait d'une méconnaissance de leur part du fonctionnement du système de santé, une incapacité à réunir les pièces nécessaires à la constitution du dossier de demande et la priorisation de la recherche de ressources économiques au détriment des questions de santé.

Il a été relevé que la grande majorité d'entre elles n'a pas du tout, ou très peu, fréquenté une école. L'illettrisme est apparu comme une difficulté majeure. Seulement 11/20 femmes ont déclaré savoir lire et écrire le roumain et 2 d'entre elles ont affirmé pouvoir « bien » lire et écrire le français.

Leur degré d'autonomie relatif à l'accès aux soins a été mesuré à partir d'une échelle de valeur mise au point par la médiatrice (voir tableau p.57). Ainsi, il a été révélé que la moitié des femmes avait besoin d'être accompagnée dans l'ensemble des démarches en France. Deux femmes étaient en capacité de conseiller et d'accompagner d'autres personnes dans une seule structure de santé, aucune dans toutes.

5-c) Le programme pédagogique

La médiatrice a privilégié les méthodes d'enseignement actives et démonstratives basées sur l'interrogation et l'expérimentation : mises en situation, visites dans diverses institutions visées par le projet, analyse des actions réalisées par les femmes, mise en application des connaissances.

En l'absence de salle dédiée à proximité immédiate du terrain, et au regard des obligations de la majorité des femmes qui ne pouvaient pas s'absenter du terrain sur une longue durée (enfants en bas

âge, tâches ménagères, etc.), la plupart des séances se sont déroulées dans les caravanes, individuellement ou en petit groupe, et dans les espaces communs.

Après avoir été informées sur différentes thématiques par la médiatrice et parfois avec l'appui de professionnels de santé, les femmes se sont à leur tour investies dans l'organisation d'ateliers de sensibilisation, avec le soutien de la médiatrice, en direction des autres femmes ou d'autres membres du terrain. Les principaux sujets abordés dans ce cadre peuvent être classés en deux catégories:

- Le système de santé en France :
 - o le fonctionnement des PMI
 - o le fonctionnement des institutions de santé
 - o les démarches d'obtention de l'AME
- La prévention sanitaire :
 - o l'hygiène bucco-dentaire
 - o l'hygiène alimentaire
 - o la prévention des maladies infectieuses
 - o la prévention des accidents domestiques

A cet effet, la médiatrice s'est appuyée sur plusieurs outils pédagogiques adaptés à une méthode de transmission active. Parmi les plus fréquemment utilisés on peut mentionner : un mannequin - torse humain anatomique, un stéthoscope, une trousse de secours, des brochures et dépliants (principalement en français), des revues, des films documentaires (en français et roumain), des livres (en français, roumain et allemand) et un tampon - encreur avec lettres (qui permettait de faire des tatouages de courte durée avec une lettre).

Avec la participation des femmes et des enfants, la médiatrice a également réalisé des outils de sensibilisation sous forme de livres photo et de jeux de cartes représentant des comportements favorables et défavorables à la santé. Ce travail avait pour objectif de faire évoluer leur comportement concernant la prévention des risques sanitaires liés aux conditions et à leur mode de vie.

L'accompagnement des autres résidents du terrain a été une des activités principales menées par les femmes en formation. Elle a consisté pour chacune d'elle, dans la mesure où elle le désirait, à pouvoir accompagner d'autres personnes vers les institutions visées par le projet. Ces accompagnements pouvaient se limiter à une aide au repérage des lieux, ou davantage : aide à la prise d'un rendez-vous, assistance dans le cadre d'une consultation, interprétariat, etc.

Au début du projet tous les accompagnements réalisés par les femmes étaient supervisés par la médiatrice. En fin de projet, la médiatrice a davantage assuré un rôle de coordination et d'appui.

5-d) Les résultats

En premier lieu, une avancée est à noter dans l'obtention de la couverture médicale des 20 femmes participantes au projet. 16 d'entre elles ont obtenu ou sont en cours d'obtention de l'AME (versus 6 au début du projet). 5 ont été capables de se déplacer seules à la CPAM et de déposer leur dossier de demande.

En dépit des progrès néanmoins, les facteurs de blocage résident encore dans les craintes des femmes liées à la barrière de la langue et à leur incapacité à lire et écrire et qui nécessitent encore, pour une part d'entre elles, l'accompagnement physique ou, au moins, la possibilité qu'à tout moment de l'entretien avec un agent de la CPAM, les femmes puissent faire appel par téléphone à la médiatrice.

Par ailleurs, au terme de l'action, l'évolution des femmes sur l'échelle de l'autonomie est la suivante :

- Toutes les femmes qui ont participé au projet connaissent au moins les règles de prévention, sont capables d'appeler les secours et d'identifier le bon interlocuteur.
- 15/20 femmes sont désormais capables d'être autonomes au moins dans une institution visée par le projet (niveau minimum 4 sur l'échelle de l'autonomie)
- 11/20 femmes sont autonomes dans plusieurs domaines (niveau minimum 4+ sur l'échelle de l'autonomie)
- 6/20 femmes sont autonomes et capables d'accompagner d'autres femmes (niveau minimum 5 sur l'échelle de l'autonomie)

Il est à noter que trois femmes ont été admises aux formations organisées par l'association Romed sous l'égide du Conseil de l'Europe. Ces formations ont représenté la possibilité d'entamer un cursus de courte durée préparant à la posture de médiatrice auprès de la communauté.

Tableau d'évolution des femmes selon l'échelle de l'autonomie

	Phase initiale	Phase finale
Connaissances/ Capacités /Compétences	Nb femmes	Nb femmes
Niveau 0 - Besoin d'être accompagnée en Roumanie	1/20	0/20
Niveau 1 - Besoin d'être accompagnée en France	10/20	0/20
Niveau 2 – Savoir réagir en cas d'urgence - Connaître un numéro de téléphone d'urgence - Capacité à identifier une structure de santé en France à laquelle s'adresser en cas d'urgence sanitaire	9/20	0/20
Niveau 3 – Identifier le bon interlocuteur - Connaître l'emplacement et le fonctionnement d'au moins un hôpital, une PMI, une pharmacie, une association. - Connaître le rôle de principaux acteurs socio-sanitaires et institutionnels (médecin, agent de la Mairie, intervenant social) - Capacité à identifier l'institution et l'interlocuteur approprié à résoudre son problème	5/20	5/20
Niveau 4 – Agir seule dans un secteur unique - Bonne connaissance d'une institution visée par le projet ¹ - Capacité à se rendre seule dans une institution visée par le projet et à obtenir un rendez-vous et à se faire comprendre	5/20	4/20
Niveau 4 + – Agir seule dans plusieurs secteurs - Bonne connaissance de plusieurs institutions visées par le projet - Capacité à se rendre seule dans plusieurs institutions visées par le projet, à obtenir un rendez-vous et à se faire comprendre	2/20	5/20
Niveau 5 – Conseiller et accompagner dans une institution - Capacité pour conseiller et accompagner d'autres personnes dans une institution visée par le projet	2/20	1/20
Niveau 6 – Conseiller et accompagner dans plusieurs institutions - Capacité pour conseiller et accompagner d'autres personnes dans plusieurs institutions visées par le projet	0/20	2/20
Niveau 7 – Conseiller et accompagner dans toutes les institutions - Capacité pour conseiller et accompagner d'autres personnes dans toutes les institutions visées par le projet	0/20	3/20

Néanmoins, une évaluation élevée sur l'échelle de l'autonomie ne signifie pas automatiquement une implication dans l'accompagnement de femmes, bien qu'elle en soit une condition indispensable. Ainsi 6 femmes sur les 15 ayant potentiellement le niveau requis pour réaliser des accompagnements en ont réellement effectué. Les 9 autres ont les connaissances et capacités nécessaires mais ne se sont pas investies dans cette démarche, soit du fait de certaines contraintes (elles doivent s'occuper de leurs enfants en bas âge, travaillent en ville), soit parce qu'elles ne le souhaitent pas (elles craignent que la personne accompagnée ne respectent pas les règles de l'institution, elles estiment qu'accompagner une mineure enceinte représente une trop grande responsabilité, etc.).

A l'analyse de l'évolution individuelle, un écart important apparaît concernant les niveaux atteints par les femmes qui ont suivi la formation. Certaines ont réussi à accumuler très vite des connaissances théoriques et pratiques et à progresser.

Certes, le niveau d'instruction du départ a été déterminant car la faculté de lire et d'écrire, d'être habituée à maintenir longtemps sa concentration sur un sujet théorique et d'avoir quelques stratégies pour décoder une information, pouvoir l'insérer dans un réseau de connaissances et la mémoriser, facilitent l'apprentissage.

¹ Institutions visées par le projet : Mairie, PMI, Hôpitaux, Médecin de famille, Pharmacie, associations, CPAM

L'expérience sur le terrain démontre qu'il y a bien d'autres facteurs importants entrant en jeu dans le processus d'apprentissage tels que :

- *la participation à la vie sociale du groupe.* Les femmes focalisées sur leur famille et leurs enfants ont progressé moins que les autres. Etant intéressées seulement par les sujets qui touchent directement leur famille, elles ont souhaité participer à un nombre plus réduit de séances. Autre difficulté, elles ont privilégié les séances individuelles, séances dans lesquelles l'apprentissage est plus théorique et sans débat avec les pairs. Au contraire les femmes très actives dans la vie du groupe ont progressé plus rapidement. Confrontées régulièrement aux opinions et connaissances d'autres femmes, désireuses d'exprimer le plus clairement possible leur point de vue et d'expliquer aux autres certaines connaissances, elles ont fait un travail de réorganisation et restructuration de connaissances qui s'avère très bénéfique.

- *la mise en situation.* Avoir eu la possibilité d'accompagner d'autres femmes dans une institution a été très formateur pour bon nombre de femme, en permettant une démarche d'analyse immédiate, mais également de mémorisation par le fait d'une expérimentation directe non théorique.

- *la confrontation passée à un problème majeur de santé :* pour elles-mêmes ou un de leurs proches, a nécessité de s'immerger régulièrement dans un milieu inconnu et pas toujours accueillant où elles ont développé un certain savoir-faire.

La médiatrice considère que les femmes-relais peuvent être plus efficaces dans les services de planning familial et dans les situations qui nécessitent un départ d'urgence à l'hôpital qu'un médiateur non membre de la communauté. Leur efficacité est en partie due à la proximité de leur habitat sur le site de vie, ainsi qu'à une connaissance ancienne des femmes qui leur permettent de déceler plus rapidement un problème et d'être présentes et réactives dans les situations d'urgence. Par ailleurs, il leur est souvent plus aisé d'aborder des questions plus intimes, là où une médiatrice nécessitera un temps plus long d'approche et de mise en confiance. Dans certaines situations toutefois, les femmes trouvent plus facile de se confier à quelqu'un d'extérieur, telle qu'une médiatrice, pour des raisons de confidentialité.

Parmi les difficultés rencontrées, nous pouvons désigner :

- le manque du matériel didactique adapté à un public migrant, illettré (exemple : les brochures, affiches de prévention en santé contiennent très peu d'images. L'information est codée à travers l'écriture, donc illisible pour un public illettré).
- la survenance régulière d'événements qui ont absorbé une grande énergie et l'attention des femmes (ex. : distribution d'OQTF par la police, la réalisation par la Ville de Bobigny d'une liste des personnes qui partiront vers un village d'insertion, des tensions liées à une recomposition familiale).
- le manque de structures acceptant des visites découvertes. Certaines institutions refusent les visites car elles craignent que les femmes-relais amènent un nombre trop conséquent de nouveaux patients et donc d'être submergées par les demandes. D'autres institutions refusent car ces visites impliquent de réaliser au préalable de nombreuses démarches administratives.

En revanche, comme présumé, le principal facteur facilitateur aura été la stabilité du terrain, qui a permis une réelle implication des femmes dans un processus d'apprentissage. Ne vivant plus sous la menace d'être expulsées, elles ont pu organiser leur vie différemment et se projeter autrement dans l'avenir.

EVOLUTION DANS LES PRATIQUES DES ACTEURS DE SANTE POUR L'AMELIORATION DE L'ACCUEIL, DE LA PRISE EN CHARGE ET DU SUIVI DU PUBLIC CIBLE

1- Le recours à l'interprétariat

Lors du diagnostic initial, **les problèmes de communication liés à la langue** représentaient les principales difficultés mentionnées par les structures de santé dans l'accueil et le suivi médical des familles roms au sein de leurs services.

De plus, comme évoqué précédemment, le recours à l'interprétariat professionnel par les acteurs de santé conditionne de façon déterminante la possibilité pour les familles roms d'une transition vers un accès autonome aux soins. Des arguments déontologiques et budgétaires, étudés à l'appui¹⁵, attestent du bien-fondé de cette pratique: obligation de recueillir le consentement éclairé du patient (charte du patient hospitalisé), confidentialité des entretiens, réduction des erreurs de diagnostics, des examens inutiles, des traitements inadaptés, amélioration de l'observance thérapeutique etc.

Les médiatrices se sont donc employées à sensibiliser les acteurs de santé à l'importance du recours à l'interprétariat et à explorer avec eux les possibilités envisageables pour y faire appel de manière systématique.

A noter que sur tous les sites, les partenaires de santé font désormais preuve d'une meilleure compréhension des missions de la médiatrice. Lors des premiers mois de leur action, il apparaissait clairement que les médiatrices étaient avant tout considérées et reconnues par les services de santé pour leur qualité d'interprète et surinvesties dans ce rôle, parfois au dépend de leurs autres missions. Cette confusion des rôles est aujourd'hui moindre, **la distinction et la complémentarité de missions entre un médiateur et un interprète semblent claires pour la majorité des partenaires** : la médiatrice facilite le travail des soignants en les informant au préalable des conditions de vie et de la situation médicale des personnes, principalement dans les cas difficiles, rendant la mission d'interprétariat et la prise en charge par les professionnels de santé plus efficaces.

En plus d'inciter régulièrement les structures de santé à faire appel à un interprète, **les médiatrices ont participé au développement d'outils, traduits en roumain ou/et à partir de pictogrammes**, pour d'une part faciliter la communication entre les soignants et les familles roms et d'autre part développer la connaissance et l'autonomie du public-cible dans l'accès aux soins : livrets détaillant les démarches d'accès aux soins, carnets de suivi de grossesse, jeux et spots de prévention sur les vaccinations et la contraception.

L'évaluation finale révèle que **le recours aux services d'interprétariat par les structures de droit commun a progressé avec l'action des médiatrices** : 56 % des structures sollicitées font désormais appel à un service d'interprétariat régulièrement, elles étaient 31 % lors du diagnostic initial à y recourir et de manière ponctuelle. 4 structures sur les 16 mobilisées ont donc changé leur pratique dans ce domaine au cours du programme.

Cette progression concerne essentiellement les structures nantaises, **ayant à leur disposition un service associatif d'interprétariat local, l'ASAMLA¹⁶**. Les interprètes sont sollicités pour assurer la traduction soit lors des consultations, soit pour les actions menées par les acteurs de santé sur les terrains. Tout type de structure, que ce soit la CPAM, la PMI ou les services hospitaliers ont recours à ce service, plus abordable et plus efficace que l'interprétariat téléphonique.

- Le projet de médiation a notamment favorisé l'établissement d'une convention entre l'ASAMLA et la CPAM pour assurer l'interprétariat lors des rendez-vous de demande d'AME.

- Les différents services du CHU de Nantes font appel à un interprète de plus en plus fréquemment. A l'UGOMPS, service très fréquenté par les femmes de l'étude, les secrétaires font désormais très régulièrement recours à un service d'interprétariat, lorsqu'un patient allophone prend rendez-vous.

¹⁵ Joan Muela Ribera, Susanna Hausmann-Muela, Koen Peeters Grietens & Elisabeth Toomer, *Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Présentation d'études réalisées aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence et le coût de l'interprétariat en milieu de soins*, Mars 2008

¹⁶ « Association Santé Migrant Loire Atlantique »

Dans l'agglomération lilloise, l'interprétariat dans les services hospitaliers est encore assuré principalement par les personnels soignants qui parlent une langue étrangère. Cette situation est problématique : le personnel sollicité d'une part n'est pas toujours disponible, d'autre part, en général, n'ayant pas dépassé leurs représentations vis-à-vis du public rom, leur traduction manque de neutralité.

La création d'un groupe de réflexion sur la problématique de l'interprétariat en avril 2012 témoigne tout de même de la volonté des structures médicales de dépasser ces freins. Cette initiative associant plusieurs partenaires du champ sanitaire est coordonnée par le Réseau Santé Solidarité Lille. Elle compte notamment parmi ces participants l'association Médecin Solidarité Lille, l'AREAS et différents services des hôpitaux de l'agglomération lilloise, dont la PASS et les urgences de l'hôpital Saint Vincent, particulièrement confrontés à cette problématique. Ce groupe de travail a pour objectif d'explorer les solutions envisageables pour améliorer les pratiques actuelles en termes d'interprétariat dans les services de santé et donc l'accueil des publics allophones. Cette démarche, à laquelle contribue la médiatrice, représente une réelle évolution dans la recherche de solutions vers une meilleure prise en charge du public-cible. Proposer des stages au sein des structures médicales à des étudiants en langues étrangères appliquées, en les faisant bénéficier au préalable d'une formation à l'interprétariat, est l'une des pistes émergentes.

Dans le Val d'Oise, malgré le travail d'information effectué par la médiatrice auprès des structures de santé autour de l'existence de budgets mobilisables pour faire appel à des services d'interprétariat et de la pertinence d'un tel recours, les structures sollicitées n'ont pour l'instant entamé aucune démarche dans ce sens. La PMI de St-Ouen-l'Aumône envisage tout de même de s'adresser au service ISM interprétariat qui propose des traductions par téléphone. L'hôpital de Pontoise a engagé un assistant social roumanophone, assurant la traduction lors de consultations des familles roms roumaines.

La question de l'interprétariat est également cruciale dans le cadre de la **médecine de ville** : l'absence d'enveloppe budgétaire dédiée au recours à l'interprétariat rend l'accueil des publics non francophones très difficile pour les médecins libéraux. Cette limite constitue le principal obstacle à l'accès des foyers de l'étude à la médecine de ville.

Finalement, malgré une évolution favorable dans la mobilisation des acteurs de santé sur cette problématique, **les recours à des services d'interprétariat professionnel restent insuffisants**. Les fonds disponibles en interne semblent trop limités pour permettre la généralisation et la normalisation de ce recours, indispensable pourtant à l'autonomie des publics migrants dans leurs démarches d'accès aux soins. Une action de plaidoyer à une plus grande échelle devrait être envisagée afin de pouvoir bénéficier de fonds extérieurs.

Solutions mobilisées par les structures pour communiquer avec les personnes non francophones			
Commune	structures	Phase initiale	Phase finale: nouvelles initiatives
Lille	Maternité Hôpital Saint-Vincent	> Traduction par des membres roumanophones du service (s'ils sont disponibles) > Phrases courantes apprises par le personnel	> Participation au groupe de réflexion sur l'interprétariat de RSL
	PASS hôpital Saint-Vincent	> Interprétariat sur RDV (très rarement) Traduction par des membres du service (s'ils sont disponibles) > Phrases courantes apprises par le personnel	> Participation au groupe de réflexion sur l'interprétariat de RSL
	Permanence dédié PMI	Aucune	> Outil bilingue imagé pour le suivi de grossesse
	CPAM (service AME/CMU) Tourcoing/Roubaix	Aucune	Aucune
Nantes	PASS CHU	> Permanences avec interprète > Interprétariat téléphonique et sur RDV (très rarement)	> Recours à l'interprétariat sur RDV régulièrement (ASAMLA) > Cours de roumain pour le personnel
	UGOMPS CHU	> Recours à l'interprétariat sur RDV rarement (ASAMLA)	> Recours à l'interprétariat sur RDV régulièrement (ASAMLA)
	CPEF (CHU Nantes)	> Interprétariat sur RDV rarement (ASAMLA) > Médecin roumanophone	
	Service Chaptal: consultation infantile dédiée (PMI)	Permanence avec interprète (ASAMLA)	
	Centre fédératif de prévention et de dépistage (CHU)	Cours de roumain pour le personnel	> Recours à l'interprétariat (ASAMLA) pour les actions terrain > recours à l'interprétariat sur RDV (ASAMLA) au CLAT uniquement > Création d'outils bilingues/imagés
	Consultation prénatale PMI	Aucune	Recours à l'interprétariat pour les sorties terrain des sages-femmes
	CPAM (service AME/CMU)	Phrases courantes apprises par le personnel	> Recours à l'interprétariat sur RDV régulièrement (ASAMLA)
CPAM (service prévention)	Aucune	> Recours à l'interprétariat (ASAMLA) pour les actions terrain > Création d'un outil multilingue sur le système de soins	
Val d'Oise	CPAM 92	permanence à l'ASAV (traduction par les médiatrices)	
	PMI St Ouen	Aucune	> Envisage le recours à de l'interprétariat téléphonique (ISM)
	PMI Deuil-la-Barre	Aucune	
	PASS du CHU Pontoise	Traduction par un assistant social roumanophone	

2- Les initiatives partenariales réalisées

Lors de la phase initiale, hormis les problèmes de communication liés à la langue, les principales difficultés soulevées par les acteurs de santé dans la prise en charge du public-cible concernaient :

- les ruptures de soins et de suivi, du fait de la mobilité ou d'autres priorités
- le manque de la ponctualité et la non observance des rendez-vous et des traitements
- l'incompréhension face à certains comportements adoptés par le public-cible

Ces obstacles, qui sont d'ailleurs récurrents parmi les populations récemment immigrées et/ou en situation de précarité, définissent bien le contour des missions des médiatrices du programme.

Pour surmonter ces freins à l'accueil et au suivi dans les structures de santé, un certain nombre d'initiatives ont été mises en place par les partenaires, la plupart en collaboration avec les médiatrices. Une minorité d'entre elles a été mise en œuvre par les structures de manière autonome.

2-a) L'amélioration de l'intercompréhension entre les acteurs de santé et le public-cible

- Sensibilisation aux conditions de vie et aux déterminants socioculturels de la population ciblée

Les médiatrices ont réalisé un important travail d'information auprès des partenaires de santé tout au long du programme pour développer leur connaissance des populations roms et les sensibiliser aux difficultés rencontrées par ce public en grande précarité. Il a principalement pris la forme de réunions collectives dans certains cas impulsées par les structures, dans d'autres proposées par les médiatrices. Certains acteurs de santé, accompagnés par les médiatrices, ont été à la rencontre des populations sur leurs lieux de vie. Ces visites ont permis aux professionnels d'appréhender directement les conditions de vie des populations et d'être identifiés par ces dernières. Elles ont aussi eu pour effet positif de diminuer les appréhensions de part et d'autre. Les structures expriment le souhait, dans leur grande majorité, de multiplier ces sorties sur le terrain.

Les professionnels ayant bénéficié de cette sensibilisation déclarent posséder une meilleure connaissance des déterminants socio-économiques et culturels des personnes roms migrantes en France et pouvoir ainsi mieux adapter leurs pratiques envers ce public.

Ainsi, même si la non-observance des rendez-vous et des traitements est, après 18 mois d'action de médiation, toujours citée par les professionnels comme l'une des difficultés rencontrées dans l'accueil des publics roms, ils en conçoivent les raisons. Ils font preuve de plus de tolérance et réfléchissent aux solutions mobilisables pour y faire face, telles que la mise en place de plages horaires sans rendez-vous.

D'autre part, certains services de santé ont associé les médiatrices à des réunions internes afin de développer une réflexion conjointe autour de l'amélioration de la prise charge des populations ciblées. Cette démarche montre clairement que les partenaires reconnaissent l'expertise des médiatrices et ont conscience de l'appui qu'elles peuvent leur apporter sur cette question.

- Information du public cible pour une meilleure connaissance du système de soins

Afin de développer l'autonomie des familles roms, des outils ont été développés par les acteurs de santé en collaboration avec les médiatrices, permettant au public-cible de mieux connaître le système de soins français, les démarches à effectuer pour y avoir accès et l'emplacement des structures auxquelles s'adresser :

- o Le service prévention de la CPAM de Nantes a conçu un guide multilingue et imagé sur le fonctionnement du système de soins en France, en collaboration avec MdM, la PASS et l'ASAMLA.
- o Le service AME/CMU de la CPAM de Roubaix/Tourcoing, avec la participation de l'AREAS est en cours d'élaboration d'un outil bilingue expliquant le système d'accès aux droits à l'AME et à la CMU.

2-b) L'adaptation des services pour un accueil facilité des populations roms

Il faut distinguer ici deux types d'initiatives émanant des structures elles-mêmes :

- La mise en place de plages de consultation sans rendez-vous ou de plages horaires spécifiques initiée par certains services des hôpitaux, des centres PMI ou des CPAM. Ces dispositifs visent d'une part à faciliter l'organisation des services, notamment lorsqu'un interprète est mobilisé et d'autre part à raccourcir le délai d'attente pour avoir accès à une consultation et diminuer ainsi la non-observance des rendez-vous.

- Les permanences dédiées situées à l'extérieur des services de droit commun, telles que celle mise en place par la direction territoriale de la PMI à Lille et celle confiée à l'association Chaptal à Nantes par le Conseil Général, détaillées précédemment.

A noter également la participation d'une déléguée de la CPAM 92 à la permanence d'accès aux droits assurée par les médiatrices de l'AŠAV, dans les locaux de l'association (voir p.30).

2-c) La mise en place d'actions conjointes de prévention

Ici encore, deux types de démarches ont été mises en œuvre :

- Les actions de prévention directement sur les lieux de vie des populations ciblées : que ce soit des ateliers avec les foyers, des sorties sur les terrains, ou des visites régulières pour le suivi médical.
- L'élaboration d'outils de prévention sur différentes thématiques : les vaccinations, la tuberculose, et le suivi de grossesse.

Initiatives mises en œuvre par les partenaires au cours du programme

	Structures	Initiatives réalisées
1) Sensibilisation aux conditions de vie et aux déterminants socioculturels de la population ciblée	CPAM (AME/CMU) Tourcoing/Roubaix	> Séance d'information auprès des différents services de la CPAM
	Maternité Hôpital St Vincent Lille	> Séance d'information auprès des sages-femmes de la maternité
	PASS Hôpital St Vincent Lille	> Séance d'information auprès des travailleurs sociaux et du personnel médical > Participation de la médiatrice aux réunions mensuelles de la PASS
	CPAM prévention Nantes	> Visites sur les terrains avec les acteurs de santé
	Centre fédératif de prévention et de dépistage (CHU) Nantes	
	PMI Nantes	
	UGOMPS Nantes	> Séances d'information auprès des personnels de santé
	Hôpital Delafontaine St Denis	
	PMI Marcel Cachin Bobigny	
PMI Aimé Césaire Bobigny		
2) Information du public cible pour une meilleure connaissance du système de soins	CPAM (AME/CMU) Tourcoing/Roubaix	> Outil bilingue, sous forme de pictogrammes, expliquant le système d'accès aux droits AME/CMU
	CPAM (Prévention) Nantes	> Conception d'un guide multilingue et imagé sur le fonctionnement du système de soins en France, en collaboration avec MdM, la PASS et l'ASAMLA
	UGOMPS Nantes	
	PASS Nantes	
3) Adaptation des services pour un meilleur accueil	CPAM (AME/CMU) Nantes	> Plages hebdomadaires d'accueil sans rendez-vous ouvertes à tous les demandeurs d'AME (interrompue en raison d'un afflux trop important)
	Centre fédératif de prévention et de dépistage (CHU) Nantes	> Plages d'accueil spécifique avec une interprète pour les vaccinations (1,5 jour/mois)
	PMI Lille	> Permanences infantile et prénatale dédiées (préalable à une réorientation vers les PMI de secteur)
	PMI Deuil-la-Barre et St Ouen l'Aumône	> Plages d'accueil spécifiques sur rendez-vous
4) Mise en place d'actions conjointes de prévention	Actions de prévention sur les terrains	
	CPAM (Prévention) Nantes	> Ateliers de prévention sur les terrains autour de différentes thématiques > Réalisation de bilan de santé pour les femmes au centre d'exams de Saint-Nazaire
	PMI Lille	> Visites d'une sage-femme sur le terrain
	PMI Nantes	> Visites régulières des sages-femmes pour des séances de préparation à l'accouchement ou en soutien dans les cas de grossesse pathologique
	PMI Lille	> Groupe de parole autour de la contraception > Visite sur l'un des terrains de Lille Fives pour mise à jour des vaccins.
	UGOMPS Nantes	> Entretiens individuels et collectifs autour de la contraception et du suivi gynécologique
	Centre fédératif de prévention et de dépistage (CHU) Nantes	> Sortie sur le terrain pour sensibilisation et dépistage tuberculose / vaccination enfants
	PMI Deuil-la-Barre	> Intervention d'un pédiatre de la PMI de Deuil-la-Barre sur la santé bucco-dentaire et la nutrition auprès de 11 enfants du terrain.
	PMI Marcel Cachin Bobigny	> Séances de sensibilisation auprès du public sur le fonctionnement de la PMI et la vaccination
	Mairie de Bobigny (Service prévention)	> Séances de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire

Outils	
CPAM (Prévention) Nantes	> Outils d'information sur les vaccins, en plusieurs langues dont le Roumain
Centre fédératif de prévention et de dépistage (CHU) Nantes	
	> Jeu et vidéo sur la tuberculose
Maternité CHU Nantes	> Carnet individualisé de suivi de grossesse en cours d'élaboration
PMI Lille	> Livret d'information suivi de grossesse
Hôpital Delafontaine St Denis	> Outils d'information destinés à un public illettré, en collaboration avec l'association Sparadap

3- La coordination entre les acteurs de santé

Les actions de médiation ont favorisé le développement de la coordination entre les acteurs de santé au niveau local, condition importante à l'amélioration de la qualité du suivi et de la prise en charge du public-cible.

3-a) Les comités de suivi locaux

Comme prévu initialement, les associations porteuses des projets au niveau local ont mis en place des comités biannuels réunissant les structures et les services institutionnels sollicités dans le cadre des actions de médiation, sur les différents territoires. Ces derniers ont tous souligné l'intérêt de cette démarche, ayant ainsi l'opportunité d'échanger avec les différents acteurs locaux en contact avec le public-cible, afin de coordonner leurs actions et de réfléchir collectivement à leurs pratiques et aux possibilités d'adaptation pour dépasser les difficultés rencontrées. Ils souhaitent voir ces comités perdurer et s'élargir en y associant d'autres acteurs, en particulier des médecins de ville, pour faciliter l'orientation des patients roms vers un accueil et un suivi individualisé de proximité.

3-b) Les groupes de travail entre partenaires

La mise en relation des structures de santé dans le cadre du projet de médiation a notamment donné lieu à la constitution de groupes de travail en vue d'élaborer des initiatives communes. A Nantes, par exemple, le service prévention de la CPAM s'est associé à MdM, la PASS et l'ASAMLA pour réaliser un outil plurilingue et imagé visant à faciliter l'accès aux soins des publics précaires.

3-c) L'amélioration de la continuité des soins

Les populations roms migrantes connaissent fréquemment des ruptures de soins du fait de l'instabilité des conditions de vie et de leur importante mobilité.

Les médiatrices, de par leur connaissance de l'historique médical des personnes suivies et des liens établis avec les différents professionnels consultés, jouent un rôle important dans l'amélioration de la continuité des soins du public-cible. Elles facilitent la transmission des informations médicales de ces patients entre les différents soignants.

Pour généraliser cette pratique et rendre possible l'autonomie des acteurs concernés dans ce domaine, les professionnels de santé réfléchissent au développement d'outils de liaison. Deux pistes peuvent être évoquées :

- Un étudiant en médecine conçoit actuellement, dans le cadre de sa thèse, un carnet de grossesse pour les femmes reprenant les différentes étapes de leur suivi. Ce carnet devrait être confié à la patiente, qui le communiquera aux soignants consultés. Les médiatrices émettent cependant une réserve sur ce procédé, du fait des risques de perte de ce carnet dus à l'instabilité des lieux de vie, comme il se produit fréquemment avec d'autres documents médicaux.
- A Lille, les acteurs de santé envisagent la création de dossiers médicaux informatisés et accessibles par les différentes structures de l'agglomération afin d'optimiser le suivi des patients. La question du respect de la confidentialité des données personnelles semble alors se poser.

4. Les perspectives d'action

Les nombreuses actions menées par les acteurs de santé sous l'impulsion des médiatrices, témoignent à la fois de l'implication manifeste des partenaires sur les questions d'accès aux soins des populations roms et de l'intérêt de la médiation sanitaire pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

Que ce soit au niveau de l'accès, de l'accueil, du suivi, de la prévention ou du recours à l'interprétariat, la grande majorité des professionnels souhaitent poursuivre et développer les initiatives engagées.

Cependant, même si quelques structures initient et envisagent de mener des actions sans le recours de la médiatrice, tous les professionnels pointent l'importance de la contribution des médiatrices dans leurs initiatives. La plupart de ces actions, pour qu'elles aient du sens, doivent s'inscrire dans la durée et, sans l'appui de la médiation, ils ne pensent pas qu'elles pourront aboutir.

Ainsi, la majorité des partenaires sollicités espèrent voir se **développer les actions de médiation** : la multiplication des médiateurs, l'augmentation du nombre de personnes suivies, des projets sur le long terme.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats obtenus au cours de cette recherche-action attestent de la pertinence des actions de médiation développées dans le cadre du programme : comme présupposé initialement, la médiation sanitaire favorise de manière importante l'accès effectif à la prévention et aux soins pour les populations roms migrantes vivant en squats et en bidonvilles en France par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun.

Les trois objectifs visés par les actions de médiation locale ont été atteints à des degrés différents :

Les actions des médiatrices avaient pour objectif le développement de l'accès des femmes et des jeunes enfants aux soins et à la prévention sanitaire. L'évaluation réalisée montre que, sur chacun des sites, l'intervention des médiatrices a un impact très positif dans ce domaine, de l'ouverture des droits à leur mise en œuvre effective dans les structures de santé de droit commun. Par ailleurs, les médiatrices, en leur permettant de développer les connaissances nécessaires, ont favorisé l'accès autonome des femmes aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.

Les projets de médiation locale visaient parallèlement l'amélioration de l'accueil et du suivi du public ciblé dans les structures de santé. A cette fin, les médiatrices avaient pour mission de mobiliser les acteurs de santé et développer leur connaissance des populations roms. Après 24 mois d'actions, l'effet positif de la médiation sanitaire sur l'évolution des pratiques professionnelles est avéré. Les structures tentent d'apporter des réponses plus adaptées en matière d'accueil, de prise en charge et de suivi des populations roms migrantes. L'appui des médiatrices est essentiel à l'impulsion et au développement de ces démarches, sans lequel la plupart des acteurs de santé ne pensent pas être en mesure de poursuivre les actions initiées. La majorité des partenaires sollicités espèrent au contraire voir se multiplier et s'amplifier les actions de médiation. Des freins importants tels que la barrière de la langue persistent encore. Il semble donc encore prématuré d'envisager une autonomie des services de santé de droit commun dans la prise en charge et le suivi médical optimal de ces populations.

En revanche, **l'évolution des conditions d'habitat et de l'environnement n'a globalement pas fait l'objet d'améliorations suite à l'intervention des médiatrices.** Les actions de médiation visaient la réduction des risques sanitaires sur les lieux de vie du public ciblé. Au terme de ces 24 mois d'actions, la présence des médiatrices n'a eu globalement qu'un effet marginal sur les conditions de résidence des familles, tant au regard de l'instabilité des sites de vie, qui ont fait l'objet d'expulsion, que de l'environnement sanitaire immédiat. L'action de la médiatrice ne peut donc être considérée comme un levier pertinent dans l'amélioration des conditions de vie des personnes. Celle-ci ne peut être envisagée sans qu'existe une volonté de stabilisation des familles et un investissement suffisant de la part des collectivités et des acteurs publics.

Enfin, **la transférabilité du programme à destination d'autres publics** connaissant des freins similaires à l'accès à la santé, semble tout à fait pertinente. En outre, certaines actions, outils et dispositifs élaborés dans le cadre des projets de médiation sanitaire locaux concernent plus largement tout public en situation de précarité. On peut citer parmi ceux-ci : la sensibilisation aux déterminants socio-économiques liés à la précarité et leur impact sur la santé, le plaidoyer pour le recours aux interprètes dans les structures et institutions du champ sanitaire, les outils plurilingues et imagés visant à favoriser l'accès aux soins des publics allophones ou/et analphabètes.

Au vu des acquis de la phase expérimentale du programme et des résultats de son évaluation finale, la coordination nationale, les membres et les partenaires du programme recommandent de :

- Développer et pérenniser les actions de médiation sanitaire en direction des populations migrantes précarisées, dont les populations roms originaires d'Europe de l'Est vivant en squats et en bidonvilles
- Contribuer à l'élargissement des actions de médiation sanitaire à destination d'autres publics précaires
- Développer la formation et contribuer à la reconnaissance du métier de médiateur
- Pérenniser une coordination nationale des actions de médiation sanitaire

- Renforcer les actions de plaidoyer :
 - Plaidoyer pour la stabilisation des lieux de vie dans un objectif de santé publique.
 - Plaidoyer à un niveau national pour développer le recours à l'interprétariat dans les structures de santé et les services de la ville.
 - Impulser l'inscription des actions de médiation sanitaire dans les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) des Programmes régionaux de santé (PRS).

- Il est demandé aux collectivités territoriales et aux services déconcentrés de l'Etat :
 - de stabiliser les lieux de vie, notamment des populations roms migrantes vivant en squats et bidonvilles.
 - de s'impliquer activement et financièrement dans les initiatives qui visent à l'amélioration des conditions de vie des populations précaires.
 - d'appliquer tous les droits en matière de domiciliation et d'accès aux services de santé.

Annexe

RECITS DES MEDIATRICES SANITAIRES

« Accompagnements vers une autonomie d'accès aux soins »

❖ Fanny Bordeianu, médiatrice sanitaire à Médecins du Monde Nantes :

Mr et Mme V. sont parents de 2 enfants de 14 et 11 ans.

Ils sont arrivés en France en 2007 après que leur plus jeune fille, victime d'une maladie parasitaire grave nécessitant un suivi spécialisé et un traitement au long cours, n'ait pu accéder aux soins qui lui étaient nécessaires en Roumanie. Ils ont vendu tout ce qu'ils possédaient pour venir en France et pendant 4 ans, ils ont vécu de squats en caravanes, subissant expulsion sur expulsion.

Ils ont été très peu scolarisés en Roumanie, éprouvent de grandes difficultés pour lire et écrire et ne s'expriment que très peu en français.

Ils ont vécu sur le terrain de Rezé jusqu'en avril 2011, date à laquelle la mairie a décidé de leur accorder un logement, assorti d'un contrat d'hébergement renouvelable tous les 3 mois.

Un suivi spécialisé a été mis en place pour leur fille au CHU de Nantes.

Aussi, Mr V, a été victime d'une pancréatite aiguë en juillet 2010, et on lui a découvert à ce moment-là un diabète de type 2.

Suite à l'hospitalisation de Monsieur, j'avais accompagné la famille en hôpital de jour pour que Monsieur puisse être pris en charge, informé, et se saisisse de sa maladie.

Mme V, en février 2011, m'informe que son époux, a interrompu son traitement depuis septembre 2010.

Très inquiète, elle me demande du soutien pour échanger avec lui.

Il m'explique souhaiter reprendre son traitement et bénéficier d'un suivi, mais que la vie sur le terrain et la situation de santé de sa fille le préoccupe trop : il ne se sent pas en mesure de surmonter des obstacles supplémentaires.

Après accord de Monsieur, et ayant récupéré auprès de la P.A.S.S. les éléments relatifs à son suivi médical (afin de faciliter la continuité de l'information et des soins), je propose à la famille de prendre rendez-vous avec eux chez un médecin libéral, dont le cabinet est proche du terrain. Ce cabinet nous avait déjà signifié son accord pour recevoir des personnes de Rezé.

Nous prenons ensemble le rendez-vous par téléphone, et l'on nous en propose un pour le jour-même à 17h. Nous profitons de ma présence pour nous y rendre ensemble en bus, afin que les parents découvrent la route et puissent ensuite s'y rendre de façon autonome.

La consultation se déroule sans aucun problème, Monsieur se sent très bien accueilli et ceci débouche sur une orientation vers un cabinet de radiologie proche pour que soient réalisés des examens complémentaires.

Une prochaine visite de contrôle est programmée pour le mois suivant, il reçoit une ordonnance lui permettant la reprise de son traitement et une information adaptée pour qu'il puisse contrôler lui-même sa glycémie.

Nous nous rendons ensuite ensemble à la pharmacie la plus proche avec l'ordonnance, l'AME, et faisons connaissance avec le pharmacien (n'ayant jamais reçu jusque là de personnes bénéficiaires de l'AME).

La médiation se met en place par mon intermédiaire avec les différents acteurs (cabinet médical, pharmacie, laboratoire d'analyse, cabinet de radiologie, réseau diabète du département...) autour de la famille.

Son épouse est enchantée, tous deux semblent avoir saisi la démarche, comprennent l'importance de la ponctualité aux rendez-vous.

Ils proposent d'eux-mêmes d'en parler à l'association qui les accompagne pour l'alphabétisation, afin que le prochain cours soit consacré à l'apprentissage de la prise de RDV par téléphone en français.

Ils demandent tous deux une information sur l'alimentation, ayant saisi l'importance de ce facteur dans la maladie du père, ainsi que pour l'un de leurs enfants connaissant un problème de surpoids.

Parallèlement, Madame V, suite à un dépistage organisé avec le CLAT, a découvert qu'elle était atteinte d'une primo-infection TB. Elle a décidé de suivre un traitement. Malgré un protocole plutôt strict (consultations régulières, prise de médicament quotidienne, sérologie tous les 15 j au labo d'analyse), elle a su progressivement se saisir seule des démarches à entreprendre.

Le suivi et l'accompagnement de la famille s'est déroulé sur plusieurs mois, à leur demande. Avec l'entrée dans le logement, la stabilité et de meilleures conditions de vie, la famille s'est autonomisée de plus en plus.

Mme V a notamment bénéficié du bilan de santé proposé par la CPAM.

Aussi, au printemps 2011, j'ai proposé une information sur le terrain concernant la réforme AME et les démarches à entreprendre en vue de l'obtention ou du renouvellement du titre AME.

Mme V. avait participé à cette action d'information.

Durant l'été, sachant qu'elle devait prochainement renouveler son titre, je lui propose de prendre ensemble rdv. Là, elle m'indique avoir déjà procédé par elle-même à toutes les démarches nécessaires suite à l'action d'information. Elle me présente son titre renouvelé. Elle m'apprend de plus qu'elle a déjà pris rdv à la CPAM pour renouveler le titre de son époux et faire une première demande AME pour sa mère.

Aujourd'hui, cette famille est devenue tout à fait autonome quant à leur accès aux soins, tant en matière de couverture maladie que de recours adapté aux différentes structures de santé, alors qu'en début d'action ils éprouvaient de grandes difficultés.

Leur niveau de français s'est aussi considérablement amélioré grâce aux cours d'alphabétisation dont ils ont pu bénéficier, et à la maîtrise du français acquise par les enfants par le biais de leur scolarité.

Ils continuent à faire appel à moi de façon ponctuelle, mais n'ont plus besoin de médiation à proprement parler. Mieux encore, ils diffusent autour d'eux les compétences qu'ils ont acquises en matière d'accès aux soins, permettant ainsi le développement des pratiques communautaires.

❖ Luminita Baci, médiatrice sanitaire à l'AREAS, Lille :

Nous avons rencontré en décembre 2010, un mois avant le début officiel du projet de médiation sanitaire, une dame rom Roumaine enceinte à ce moment-là de cinq mois. Mme I., accompagnée de son mari, était passée au siège de l'association pour demander des informations sur l'ouverture des droits AME. D'ors et déjà, nous pouvons noter que Mme I. s'inscrivait dans une démarche participative vers l'accès aux droits et aux soins. Cette qualité de la dame est centrale lorsque nous analysons sa prise d'autonomie vers les soins en France.

Au moment où nous l'avons rencontrée, Mme I. qui a 30 ans et des poussières, me racontait en riant qu'elle était contente de pouvoir dire au moins bonjour aux gens dans leur langue. C'est pour dire qu'à ce moment précis discuter avec un médecin ne pouvait pas aller plus loin qu'un sourire bienveillant et un bonjour cordial. Les explications, les prescriptions, les recommandations médicales étaient loin d'être abordables. Ceci est malheureusement le cas des centaines de femmes et d'hommes qui ne comprennent rien de ce qui leur arrive pendant les consultations médicales... Nous vous laissons imaginer le nombre de consultations durant lesquelles la communication est impossible. C'est ce qui se produit régulièrement entre les patients étrangers et les médecins qui ne peuvent pas s'assurer d'une véritable compréhension de la démarche médicale. Les deux parties sont à plaindre !

Par le biais de Médecins Solidarité Lille, Mme I. a réussi à s'inscrire à la maternité par leur protocole établi au préalable avec les hôpitaux de Lille. Je l'ai donc accompagnée lors de sa première consultation pour la mise en place de son suivi de grossesse. Sans carnet de grossesse et suivi PMI en amont bien évidemment ! Cette première consultation gynécologique effectuée au sein de la maternité a duré plus que prévu, ce qui a produit l'étonnement des autres patientes. Mme I. s'excuse avec un sourire charmeur. L'entente n'est pas toujours une affaire de mots et de négociation mais tout de même...

L'accueil chaleureux des professionnels travaillant dans ce service a permis une très bonne prise en charge de cette maman qui s'est sentie en confiance. La traduction assurée par la médiatrice a permis la transmission des éléments principaux pour la réalisation du carnet de grossesse. Néanmoins, il restait à la médiatrice d'expliquer l'importance de la prise de sang et pourquoi l'infirmière avait pris 5 ou 6 tubes. Quand bien même nous avons expliqué la visée du bilan sanguin, le lendemain Mme I. avait raconté aux autres membres de la communauté qu'on l'avait vidé de son sang. La médiatrice a donc du réexpliquer que cette prise de sang a servi à faire un vrai bilan de santé.

En dépit de ces déformations imaginaires sur les pratiques médicales, cette première consultation nous donnait quand même de l'assurance parce que Mme comprenait cette démarche médicale et la suivait. Ceci ne résolvait pas notre problème de la traduction pour la multitude des consultations à venir... et pour la multitude des demandes des femmes présentes sur les trois terrains. Il faut savoir que pour les familles le terme de médiation n'a pas beaucoup de réalité. Ce qu'elles retiennent c'est surtout la possibilité d'amener un traducteur lors des consultations chez le médecin. Les demandes d'une seule famille pouvaient remplir bel et bien les semaines d'une médiatrice sanitaire, raison pour laquelle il a fallu expliquer les missions et les limites de l'intervention de la médiatrice.

De plus, Mme I. ayant vite saisi que la médiatrice sanitaire n'avait pas encore assez de recul quant à son rapport avec l'usager, elle n'hésitait pas à l'appeler le soir comme le matin. Une échographie le 21, une consultation le 12, une nouvelle échographie le 15, une consultation anesthésiste le 18, une nouvelle consultation le 23 font beaucoup de rendez-vous pour une dame qui n'a pas l'habitude d'aller chez le médecin. Quand en plus il n'y a pas de recours à l'interprétariat pour aucune de ces consultations, la médiatrice a du se mobiliser. Nous avons demandé un traducteur à l'hôpital mais cette demande n'a pas trouvé d'écho. Dans ce contexte, la médiatrice ne savait pas comment laisser Mme I. se débrouiller toute seule, étant donné qu'elle connaissait déjà l'endroit et la procédure d'accueil, sans la décourager de suivre ses rendez-vous médicaux. Nous avons donc continué de l'accompagner quelques fois et nous l'avons laissée ensuite se débrouiller toute seule. Néanmoins, cette quasi-autonomie acquise par la connaissance et la prise des repères s'est fragilisée lorsque l'hôpital nous a annoncé qu'elle était porteuse d'une Hépatite B. Ceci créait un affolement des médecins découvrant une « grossesse problématique » et a engendré une nouvelle mobilisation de la médiatrice pour le suivi de cette dame qui désormais avait besoin de soutien affectif.

La suite de la prise en charge de sa grossesse s'est très bien passée et nous avons progressivement laissé Mme aller toute seule au rendez-vous. Quelques mois après l'accouchement, nous avons conduit Mme à l'hôpital pour un examen concernant l'hépatite B. L'infection reste à surveiller. Elle a également bénéficié d'une consultation post-natale où Mme a exprimé le souhait d'utiliser un moyen de contraception. Mme a repéré les endroits et a même orienté toute seule d'autres femmes du terrain vers la consultation gynécologique. A présent Mme parle de mieux en mieux en français et se débrouille toute seule pour aller voir le médecin, aller à la pharmacie ou au laboratoire d'analyses médicales etc. Mme I. est devenue une personne ressource dans ce domaine pour l'ensemble de la famille.