



ASAV



Programme de médiation sanitaire materno-infantile en direction des populations Roms

SYNTHESE DE L'ÉVALUATION FINALE

Introduction

Le programme national de médiation sanitaire est une recherche-action menée de janvier 2011 à décembre 2012. Il avait pour objectif national d'évaluer la pertinence de la médiation sanitaire, auprès de femmes et jeunes enfants roms, en vue d'améliorer leur accès aux soins et à la prévention dans le système de droit commun.

A partir d'indicateurs élaborés en collaboration avec l'INPES¹, les trois niveaux d'intervention des médiatrices ont été mesurés. L'évaluation rend compte de l'évolution entre le diagnostic initial et la phase finale :

- des conditions d'habitat des familles, de la salubrité et de la sécurité de l'environnement,
- de l'accès effectif des femmes aux soins et à la prévention
- de la mobilisation des acteurs de santé pour une amélioration de l'accueil et du suivi du public ciblé, dans les structures de santé et les services de la ville.

Ce travail d'évaluation a été réalisé par la coordination nationale du programme, à partir des données de terrain transmises par les médiatrices et d'entretiens menés avec les acteurs de santé et les médiatrices elles-mêmes.

I. Evolution du contexte

Les actions de médiation évaluées ont été portées par trois structures associatives:

- l'AREAS, dans l'agglomération lilloise
- Médecins du Monde, dans l'agglomération nantaise
- l'ASAV, dans le Val d'Oise et à Bobigny

A noter que l'ASAV a repris les activités de la médiatrice sur le site de Bobigny, suite au dépôt de bilan de la structure employeuse initiale, le Comité d'Aide Médicale, en juillet 2011.

L'action de médiation initiée par le SICHEM à Fréjus a cessé en septembre 2011, en raison du manque de soutien financier au niveau local pour le poste de médiateur sanitaire et de la dispersion des familles suivies dans le cadre de l'étude, suite à l'expulsion de l'unique terrain.

Au total, les médiatrices ont mené leurs actions sur treize terrains. Seuls six d'entre eux n'ont pas été évacués au cours du programme. Certains foyers suivis par les médiatrices, comme ceux de l'agglomération nantaise et de Tourcoing, ont dû quitter leurs lieux de vie à deux voire trois reprises au cours de ces deux années.

L'évaluation finale porte sur le suivi de **44 foyers**, ce qui représente **107 personnes**. En moyenne une quinzaine de foyers ont été suivis par chaque médiatrice.

Des changements ont eu lieu dans la cohorte de l'étude:

- Les médiatrices ont été dans l'incapacité de continuer à suivre certains foyers, du fait de leur départ dans leur pays d'origine ou dans d'autres pays européens, ou de leur déplacement sur le territoire local ou national suite aux évacuations.

¹ Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

- Pour garder un équilibre dans le nombre suivi, de nouveaux foyers ont été intégrés à l'étude, au cours des neuf premiers mois de l'action. Il s'agit de nouveaux arrivants sur les terrains d'intervention des médiatrices, ou encore de femmes plus âgées qui prennent en charge leurs petits-enfants de moins de six ans.

II. Evolution concernant l'habitat des familles, la salubrité et la sécurité de l'environnement

Toutes les menaces d'évacuation qui avaient été relevées au moment du diagnostic initial ont été exécutées, malgré la mise en place d'actions de médiation. Actuellement, la majorité des terrains font l'objet de demandes d'évacuation, à l'exception de cinq d'entre eux: trois sur la commune de Lille (sur quatre terrains), celui de Villeneuve d'Ascq, un à Saint-Ouen l'Aumône (sur deux terrains).

L'instabilité provoquée par les évacuations nuit considérablement au développement des missions des médiateurs, à l'accès aux soins et à l'amélioration des conditions d'habitat des populations visées :

- Les aménagements sur les sites sont à recommencer
- Les médiatrices ont observé un désinvestissement de certaines familles envers les questions de santé et le suivi médical, dû à leur situation de grande instabilité. Cela a engendré des ruptures ou des retards dans leur suivi médical et une augmentation des actes médicaux d'urgence.
- Certains groupes se sont divisés sur plusieurs terrains après l'expulsion de leur lieu de vie, ce qui a complexifié leur suivi par les médiatrices.
- Enfin les médiatrices ont perdu contact avec certaines familles après une expulsion et n'ont donc pas pu continuer leur suivi.

Tous ces éléments ont rendu particulièrement difficile la poursuite des actions de médiation sanitaire et ont provoqué parfois un recul de l'accès aux soins et des conditions d'habitat des familles.

Concernant l'évolution des conditions de vie sur les terrains:

- **Les services mis en place par les communes en terme d'enlèvement des ordures sont insuffisants par rapport au nombre d'habitants sur les différents sites**, hormis sur deux terrains à Lille-Fives, sur le terrain de Villeneuve d'Ascq, celui de Deuil-La-Barre et celui de Bobigny
- **Le nombre de toilettes demeure lui aussi largement insuffisant sur tous les sites**. Huit terrains sur treize en sont même totalement dépourvus.
- **Les familles n'ont toujours aucun point d'eau sur les terrains**, hormis à Villeneuve d'Ascq comme lors de la phase initiale et à Bobigny.
- Et les familles n'ont **aucun accès à des installations électriques légales**.

On constate ici que sans une volonté politique locale de stabilisation des terrains, les actions de médiation ne peuvent avoir d'impact sur l'amélioration des conditions de vie sur les terrains.

III. Evolution concernant l'accès effectif des femmes aux soins et à la prévention après 18 mois de médiation

• **L'accès aux droits**

Tous les foyers de l'étude bénéficient désormais d'une domiciliation administrative, condition préalable à l'accès à l'assurance maladie: l'Aide Médicale d'Etat. Lors de la phase initiale: 80% des foyers bénéficiaient d'une domiciliation.

En revanche il n'y a **aucune évolution concernant la domiciliation par les organismes publics**. Sur les huit communes, seuls les CCAS de Deuil-la-Barre et de Lille acceptent de domicilier les familles roms présentes sur leur commune. Les CCAS de Villeneuve d'Ascq et de Tourcoing qui le faisaient au départ, ne domiciliaient désormais plus les nouvelles familles.

Les familles sont alors domiciliées dans des associations agréées, qui sont par ailleurs saturées.

Concernant l'accès à l'assurance maladie on constate une nette évolution suite aux actions de médiation : 93% des femmes ont obtenu ou sont en cours de renouvellement de l'Aide Médicale d'Etat, alors que dans la phase initiale, seul 42% en bénéficiait. Cette progression est due à l'important travail de médiation effectué auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Les médiatrices ont pu également collaborer avec certaines d'entre elles autour de l'élaboration d'outils pour faciliter l'accès au système de soins.

L'instauration du droit de timbre de 30 euros pour avoir accès à l'AME, entre mars 2011 et juillet 2012, a engendré des ruptures ou des retards dans l'accès aux soins pour plusieurs femmes de l'étude. Ces derniers ont pu être dépassés par le soutien financier d'autres associations, sollicitées par les médiatrices et par la volonté des foyers de maintenir leurs droits AME, en faisant de cette dépense une priorité.

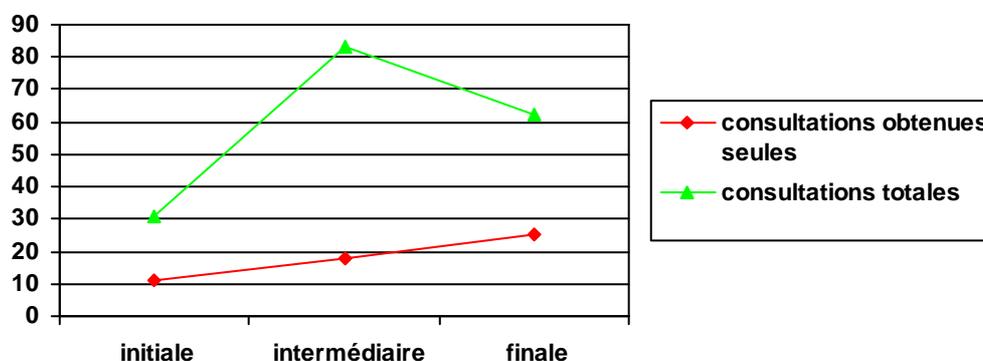
- **L'accès aux soins**

On observe également une grande avancée dans l'accès aux consultations. Globalement, les foyers bénéficiant de la médiation sanitaire **ont plus que doublé leur fréquentation des services de santé**. Lors de la phase initiale, elle était de 22% (nombre de consultations pour 100 personnes). Dans la phase finale: elle est à 57% (nombre de consultations pour 100 personnes).

Par ailleurs, la quasi-totalité des consultations a été faite dans des **services de soins de droit commun**, et non plus dans des structures associatives.

Proportionnellement, les renoncements aux soins sont moins nombreux, le principal motif évoqué étant le manque de ressources (en l'absence d'AME) et l'engorgement des structures médicales.

L'évaluation révèle aussi que les femmes ont gagné en autonomie dans l'accès aux soins. Le nombre de consultations obtenues seules a augmenté.



Seules 8 femmes sur les 44 de l'étude ont encore besoin d'être accompagnées par les médiatrices et que celles-ci leur rappellent leur rendez-vous.

Néanmoins des freins continuent à entraver le développement de cette autonomie: l'absence de recours à l'interprétariat professionnel lors des consultations et l'instabilité des lieux de vie.

Les consultations chez un médecin libéral sont globalement plus fréquentes : elles représentent 39% des consultations lors de la phase finale. Elles étaient de 13% lors de la phase initiale.

Le suivi par un médecin traitant des foyers de l'étude est également en augmentation sur la majorité des sites : 16 des 44 foyers en bénéficient, on n'en comptait aucun au lancement du programme.

Un frein majeur persiste cependant : la barrière de la langue.

Le recours aux urgences est lui moins fréquent, ce qui démontre un meilleur accès aux structures de soins : 13% des foyers ont eu recours aux urgences dans les 15 jours précédents l'évaluation alors qu'ils représentaient 23% lors de la phase initiale.

- **L'accès à la prévention**

Une nette progression a eu lieu dans le suivi médical des femmes enceintes : celles-ci sont prises en charge médicalement entre le deuxième et le troisième mois de grossesse, et bénéficient de consultations et d'échographies à fréquence habituelle. 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.

Grâce au travail d'information et d'orientation des médiatrices, **89% des femmes de l'étude connaissent maintenant un lieu où s'adresser pour bénéficier d'une contraception**, contre 17% dans la phase initiale. **43% des femmes suivies ont adopté un moyen de contraception au cours de l'étude**. Par ailleurs, les professionnels de santé interrogés ont souligné que les médiatrices facilitent leurs échanges avec les femmes sur les questions intimes.

L'évaluation révèle également **une nette amélioration du suivi médical des enfants de moins de 6 ans** faisant partie des foyers de l'étude : 98% des enfants de moins de 6 ans ont un carnet de santé, alors qu'ils n'étaient que 36% lors du lancement des actions de médiation.

La couverture vaccinale des enfants est elle aussi beaucoup plus complète, et ce pour tous les vaccins. Le nombre d'enfants vaccinés est globalement quatre fois plus important qu'au départ du programme.

On observe une **progression du suivi gynécologique des femmes de la cohorte** : 42% des femmes ont effectué un frottis, la grande majorité dans le cadre d'un dépistage du cancer du col de l'utérus. Lors de la phase initiale, 23% des femmes avaient déclaré avoir effectué un frottis au cours des 24 mois précédents la mise en place du programme.

Une seule mammographie a été réalisée : 5 femmes uniquement dans l'étude sont dans la tranche d'âge pour laquelle cet examen est préconisé dans le dépistage du cancer du sein.

De plus, des actions de sensibilisation à la prévention ont été menées sur les différents sites, soit par les médiatrices seules, soit en collaboration avec les acteurs de santé.

IV. Evolution de la mobilisation des acteurs de santé (CPAM, hôpitaux, services de Protection Materno-Infantile, médecins libéraux)

- **Le recours à l'interprétariat**

Le recours à l'interprétariat professionnel par les structures apparaît comme une initiative indispensable à l'autonomisation des publics migrants dans leurs démarches d'accès aux soins. Les médiatrices ont mené un plaidoyer auprès des structures en ce sens. Il en a résulté une réflexion accrue des structures et services de santé pour un recours aux services d'interprétariat.

Les partenaires et les médiatrices ont notamment collaboré pour élaborer des outils traduits et/ou imagés.

Malgré cela, le recours à l'interprétariat professionnel demeure insuffisant dans les services de santé, du fait essentiellement d'un manque de fonds suffisants dans les structures pour le financer.

- **Initiatives partenariales réalisées**

Des initiatives ont été réalisées par les médiatrices en direction ou/et en collaboration avec les différents partenaires de santé.

Les médiatrices ont notamment mis en place des séances d'information en vue d'améliorer l'intercompréhension entre les acteurs de santé et le public-cible : d'une part en sensibilisant les professionnels aux conditions de vie et aux déterminants socioculturels des populations roms et d'autre part en dotant le public-cible d'une meilleure connaissance du système de soins.

Certaines structures ont tenté d'adapter leurs services pour un accueil facilité des populations roms, en particulier avec la mise en place de plages de consultations sans rendez-vous ou de plages horaires spécifiques.

De même, des actions conjointes de prévention ont été mises en œuvre : les médiatrices et les partenaires de santé ont mené en collaboration des actions de prévention sur les lieux de vie et élaboré ensemble des outils de prévention.

- **Perspectives de continuité des actions partenariales**

Les partenaires de santé rencontrés ont tous souligné que l'appui des médiateurs était indispensable à la continuité des initiatives amorcées. Ils souhaitent que les actions de médiation s'inscrivent dans la durée et expriment la volonté de voir les actions de médiation se développer.

Conclusion

Cette évaluation démontre indéniablement que la médiation sanitaire favorise l'accès effectif aux soins et à la prévention des populations roms par l'intégration dans le système de droit commun :

- Elle a un impact très positif dans le développement de l'accès des femmes et jeunes enfants aux soins et à la prévention et le développement des recours autonomes aux soins.
- Elle améliore l'accueil et le suivi dans les structures de santé. Il faut cependant tenir compte de l'importance d'inscrire la médiation dans la durée pour parvenir à une autonomie des services de droit commun.
- Par contre, elle n'a que très peu d'effet sur les conditions d'habitat et d'environnement des personnes, dû au contexte politique peu favorable.

Enfin, la transférabilité du programme à destination d'autres publics précaires apparaît pertinente, ces derniers connaissant des freins similaires à l'accès à la santé.

Tableau récapitulatif de l'évolution de l'accès à la prévention et aux soins du public ciblé

	Phase initiale du programme	Phase finale du programme
Femmes domiciliées	80%	100%
Femmes ayant l' AME	37% En cours : 5%	93%
Nombre total de consultations en 3 mois	31 <i>pour 49 foyers</i>	62 <i>pour 44 foyers</i>
Consultations obtenues seules	25 sur 62 consultations	11 sur 31 consultations
Consultations chez un médecin libéral	13% <i>du nombre total des consultations</i>	39% <i>du nombre total des consultations</i>
Nombre de recours aux urgences dans les 15 derniers jours	11 <i>pour 49 foyers</i>	6 <i>pour 44 foyers</i>
Femmes connaissant un lieu d'accès à la contraception	17%	89%
Femmes qui ont adopté une contraception durant l'étude		43%
Femmes qui ont effectué un frottis durant l'étude		42%
Enfants qui ont un carnet de santé	36%	98%
Enfants vaccinés contre la diphtérie/Polio	17%	77%
Enfants vaccinés contre le Tétanos	25%	80%
Enfants vaccinés contre ROR	28%	73%
Enfants vaccinés contre la coqueluche	7%	72%
Enfants vaccinés contre l' hépatite B	15%	68%
Enfants vaccinés contre la tuberculose	10%	61%