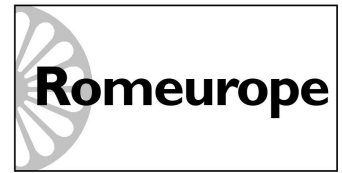


Collectif national droits de l'Homme Romeurope :

ABCR (*Association Biterroise Contre le Racisme*) – ALPIL (*Action pour l'insertion sociale par le logement*) – AMPIL (*Action Méditerranéenne Pour l'Insertion sociale par le Logement*) – ASAV (*Association pour l'accueil des voyageurs*) – ASET (*Aide à la scolarisation des enfants tsiganes*) – Association de Solidarité avec les Familles Roumaines – CIMADE (*Comité intermouvements auprès des évacués*) – CLASSES (*Collectif Lyonnais pour l'Accès à la Scolarisation et le Soutien des Enfants des Squat*) – FNASAT-Gens du voyage – Hors la Rue – LDH (*Ligue des Droits de l'Homme*) – Liens Tsiganes – MDM (*Médecins du Monde*) – MRAP (*Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples*) – Mouvement catholique des gens du voyage – PARADA – PROCOM – Rencontres tsiganes – RomActions – Réseau de soutien Roms de St Etienne – Romeurope Val-de-Marne – SICHEM (*Service de Coopération Humanitaire pour les Etrangers et les Migrants*) – Une famille un toit 44 – URAVIF (*Union régionale des associations voyageurs d'Ile-de-France*)

Et les Comités de soutien de Montreuil, du Nord-ouest parisien, de St Michel-sur-Orge, de Meudon, le Collectif nantais Romeurope, le Collectif Roms des associations de l'agglomération lyonnaise, le Collectif de soutien aux familles roms de Roumanie et le Collectif des sans papiers de Melun



Rapport préliminaire

Mettre en œuvre des actions de médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France

Préfiguration de projets pilotes

Mars 2009



Logo DGS

Ce document est le résultat d'un travail d'étude réalisé au sein du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope et dans le cadre d'échanges avec plusieurs associations françaises et européennes compétentes dans le champ sanitaire ou plus largement en matière de lutte contre les discriminations spécifiques dont sont victimes les Roms.

Cette étude a pu être réalisée grâce au soutien de la Direction générale de la santé et de la Fondation Abbé Pierre.

Le contenu de ce rapport n'engage que le Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, les bailleurs ne peuvent être tenus responsables de toute utilisation qui peut être faite à partir des informations qu'il contient.

Sommaire

INTRODUCTION

| | |
|-------------------------------|---|
| 1- Contexte de l'étude | 7 |
| 2- Objectif de l'étude | 7 |
| 3- Le droit à la santé | 8 |

A- ANALYSE DES BESOINS

| | |
|---|----|
| 1- Population cible | 11 |
| 2- Etat sanitaire | 16 |
| 3- Besoins en matière d'accès aux soins et de prévention | 21 |
| a- Les difficultés d'accès aux soins | 21 |
| b- L'accès à la prévention | 25 |
| ⇒ <i>Synthèse : Quels sont les déterminants de l'état de santé de la population, sur lesquels une action de médiation sanitaire doit intervenir</i> | 26 |

27

B- CADRE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SANITAIRE

| | |
|---|----|
| 1- Inscription dans le cadre générique de la médiation sociale et culturelle | 27 |
| a- La médiation | 27 |
| b- La médiation interculturelle | 29 |
| c- Le cadre éthique et déontologique de la médiation | 31 |
| 2- La médiation en santé publique | 32 |
| a- Définition | 32 |
| b- Délimitation du champ d'intervention | 35 |
| 3- Distinction des fonctions : médiation en sante publique, travail social, professions de santé | 37 |
| 4- Méthodologie : mobiliser un réseau partenarial territorialisé | 38 |
| ⇒ <i>Synthèse : Quelle définition opérante de la médiation sanitaire auprès d'un public rom d'Europe de l'Est en France ?</i> | 41 |

C- EXIGENCES DE POSTURE

| | |
|--|----|
| 1- Obtenir la reconnaissance des personnes | 43 |
| a- Les expériences qui privilégient une reconnaissance par l'identification, l'appartenance, voir la représentativité | 43 |
| b- Les écueils de cette approche | 45 |
| ⇒ <i>Synthèse : Sur quels ressorts le médiateur s'appuie pour instaurer un rapport de confiance avec son public : les options à retenir dans le cadre des projets pilotes de médiation sanitaire auprès de Roms migrants en France</i> | 47 |
| 2- Obtenir la reconnaissance des institutions | 51 |
| a- Les expériences qui privilégient la reconnaissance par l'institutionnalisation d'un métier | 51 |
| b- Les écueils de cette approche | 52 |
| ⇒ <i>Synthèse : Sur quels ressorts le médiateur s'appuie pour gagner la confiance des institutions : Les options à retenir dans le cadre des projets pilotes de médiation sanitaire auprès de Roms migrants en France</i> | 54 |

| | |
|---|-----|
| <u>D- AXES D'INTERVENTION D'UNE ACTION DE MEDIATION SANITAIRE EN DIRECTION DU PUBLIC ROM D'EUROPE DE L'EST EN FRANCE</u> | 55 |
| 1- Faciliter l'accès aux soins | 55 |
| a- L'information sur les structures de soin et le système de santé | 55 |
| b- L'information et la formation des acteurs de la santé et institutions | 56 |
| c- Faciliter l'ouverture des droits à l'assurance maladie | 58 |
| d- L'accompagnement et l'interprétariat | 59 |
| 2- Favoriser l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé | 61 |
| 3 – Assurer une fonction de veille et d'observatoire | 62 |
| ⇒ <i>Synthèse : Axes d'intervention d'une action de médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est</i> | 64 |
| <u>E- BASES D'UN PROGRAMME OPERATIONNEL DE MEDIATION SANITAIRE</u> | 65 |
| 1- Eléments en vue de développer un programme de formation | 65 |
| 2- Critères de sélection des territoires | 67 |
| 3- Critères de sélection des structures | 68 |
| 4- Pilotage et coordination | 68 |
| 5- Critères et méthodologie d'évaluation | 71 |
| ANNEXES | |
| FICHES - EXPERIENCES RESSOURCES | 75 |
| BIBLIOGRAPHIE | 102 |
| LISTE DES PERSONNES RESSOURCES INTERVIEWEES | 103 |

INTRODUCTION

1- Contexte de l'étude

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 (12 à 15 000 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.

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 des 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 fait partie depuis de nombreuses années des préconisations formulées auprès des autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale par les associations membres de notre collectif.

A l'issue d'échanges plus approfondis avec le Ministère de la santé et la Direction générale de la santé et à l'occasion de la publication du rapport Romeurope 2006 sur la situation des Roms d'Europe de l'Est en France, la Direction générale de la santé a proposé de soutenir une action d'ingénierie de projet en engageant le Collectif Romeurope sur une étude visant à évaluer faisabilité et la pertinence d'expériences pilote de médiation sanitaire en direction d'un public rom d'Europe de l'Est en situation de grande exclusion en France.

Cette étude, qui s'appuie sur l'expérience des acteurs du collectif Romeurope et d'autres opérateurs en France et à l'étranger et sur les conclusions des études évaluatives menées à l'échelle nationale concernant l'impact des politiques de médiation, s'inscrit dans une démarche prospective qui répond à la double préoccupation de développer l'utilisation par les Roms migrants des structures et dispositifs dédiés à la santé et d'y améliorer l'accueil de ces personnes pour des soins de meilleure qualité.

2- Objectif de l'étude

Cette étude vise à définir les conditions de mise en œuvre d'actions de médiation en santé publique, visant à améliorer l'accès à la prévention et aux soins, dispensés par les services de droit commun, d'un public roms d'Europe de l'Est en situation de grande exclusion sur le territoire français.

Pour situer cet objectif par comparaison avec d'autres expériences, c'est ici la mise en évidence d'un besoin en matière d'accès aux soins et à la prévention qui nous conduit à définir les modalités de mise en œuvre d'expériences de médiation sanitaire (le profil de poste, le niveau de formation initial, les structures porteuses etc.). La démarche est donc différente de celle développée par Romani criss en Roumanie par exemple, à l'origine de laquelle il y avait d'abord une volonté de promotion des femmes Roms. Romani criss disposait à travers ces femmes d'une ressource humaine qui a été dirigée vers la promotion de la santé, avant tout car le Ministère de la santé était alors le plus réceptif à des projets en faveur de cette population. La santé a alors été utilisée comme levier de promotion des femmes et de la communauté en général. En tant que femmes roms, les médiatrices roumaines ont pour mission d'amener le changement dans les communautés et

d'autonomiser le groupe vis-à-vis de l'extérieur, contrairement aux hommes qui veulent le pouvoir, de devenir un modèle pour les autres femmes et promeut leur développement individuel, d'être considérée comme une alternative et amener les autres Roms à se confronter à leur propres barrières et à leur intériorisation du racisme (une Rom médiatrice qui gagne sa vie ça n'est pas « normal ») et *in fine* de faire évoluer les pratiques vis-à-vis de la santé dans le groupe (surtout chez les femmes).¹

Dans le contexte de cette étude, avant la promotion des personnes et des communautés, la finalité première est ici la **promotion de la santé**, définie par la Charte d'Ottawa comme « l'ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants, et d'améliorer celle-ci. »²

3- Le droit à la santé

Cette approche s'inscrit en cohérence avec les objectifs généraux du collectif Romeurope, orientés dans une perspective de défense des droits des personnes. Le droit à la santé, dont il est question ici au premier plan, est établi par de nombreux instruments internationaux dont la Déclaration universelle des droits de l'homme³, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁴, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes⁵ (CEDEF), et la Convention internationale relative aux droits de l'enfant.⁶

Enfin, la Charte sociale européenne révisée indique, en précisant que ce droit doit s'exercer sans discrimination, que « **toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre** » (article 11). En conséquence, les Etats se sont engagés :

1. « à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents »

¹ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris, 12 février 2009

² Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Ottawa, Novembre 1986.

³ L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. »

⁴ Dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les Etats parties reconnaissent « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. ». Le PIDESC contient l'article le plus complet sur le droit à la santé dans la législation internationale des droits de l'homme⁸⁹, en reconnaissant le « droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »

⁵ L'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes déclare : « Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. »

⁶ L'article 24 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant proclame : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. »

Le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe a affirmé que la protection de la Charte doit profiter aux personnes en situation irrégulière, il en va de « l'essence » et « de l'objectif général de la Charte ». Et puisque l'accès aux « soins de santé constitue un préalable essentiel » (...) « à la dignité humaine », tout Etat lié par la Charte doit accorder un droit à l'assistance médicale à tous « les ressortissants étrangers, **fussent-ils en situation irrégulière** »⁷

⁷ *Décision du Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe du 3 novembre 2004, rendue publique en mars 2005, suite à une réclamation de la Fédération Internationale des ligues des Droits de l'Homme (FIDH), en collaboration avec la Ligue des Droits de l'Homme (LDH) et du Groupe d'Information et de Soutien aux Immigrés (GISTI), déposée en 2003 (procédure de réclamation collective dans l'affaire 14/2003 FIDH c/France)*

1- Introduction sur le public

Les Roms sont un peuple d'origine indienne, dont les ancêtres sont venus de la moyenne vallée du Gange, en Inde du Nord, il y a environ 800 ans. Ils sont aujourd'hui dispersés dans le monde entier et surtout en Europe. Passés auparavant par l'Asie Mineure et le Bosphore, ils se sont d'abord installés dans les Balkans, puis dans les Carpates et petit à petit dans tous les pays européens, de la Grèce à la Finlande et de la Russie à l'Europe occidentale (Espagne, Portugal, France, Allemagne et Royaume Uni).

Les Roms au sens générique (cf. glossaire ci-dessous) se divisent principalement en :

- ◆ Roms dits "orientaux" (Roumanie, Bulgarie, Hongrie, Slovaquie, Serbie, Kosovo, etc): 85% du total
- ◆ Sintés et Manouches (France, Italie, etc) : 4%
- ◆ Gitans et Kalés (Espagne, France, etc): environs 10%
- ◆ Gypsies (Grande-Bretagne) : 0,5%
- ◆ divers groupes de moindre importance numérique

Dans le contexte français et en suivant la terminologie préconisée est important pour éviter toute confusion de rappeler la distinction entre les Roms migrants en France et les Gens du voyage de France, ainsi que de rappeler que ces populations ne sont pas du tout homogènes intrinsèquement.

« Gens du voyage » est une classification administrative typiquement française, reflet de la laïcité et de l'unité de la république, dans laquelle rentre 400 à 500 000 français et dont environ 300 000 sont des Tsiganes (Gitans, Manouches, Sintés). Cette classification a été établie par rapport au mode d'habitat, supposé itinérant, et non par rapport à une appartenance ethnique.

On entend par « Roms migrants en France » les personnes vivant sur le territoire national français, venant des pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et se reconnaissant comme Roms. Les Roms migrants en France, comme tous les Roms d'Europe de l'Est et des Balkans, sont sédentaires. Ils ont bien, comme on l'a vu plus haut, des racines communes datant de plusieurs siècles avec les Tsiganes français (Gitans, Manouches, Sintés), racines communes que l'on retrouve sous certains aspects culturels profonds (comme des similitudes linguistiques notamment). Mais l'analogie s'arrête là.

Les Roms d'Europe de l'Est en France sont originaires de pays différents, de régions différentes à l'intérieur de ces pays, de familles différentes, etc... On ne peut donc pas appréhender le public Rom comme un public homogène.

Extraits du glossaire du Conseil de l'Europe sur les Roms et les Gens du voyage – sept. 2006

Ce glossaire traduit des choix qui tâchent de se rapprocher au mieux des usages les plus consensuels. Certaines décisions concernant la terminologie résultent des conclusions d'un Séminaire organisé au Conseil de l'Europe en septembre 2003 portant sur « les identités culturelles des Roms, Tsiganes, Gens du voyage et groupes apparentés en Europe » qui réunissait des représentants des différents groupes en Europe (Roms, Sintés, Kalés, Kaalés, Romanichels, Boyash, Ashkali, Egyptiens, Yéniches, Travellers, etc...) ainsi que des représentants de diverses organisations internationales (OSCE-BIDDH, Commission européenne, HCR, entre autres).

ROMS

Les Roms (« hommes », « maris » ou « artistes » selon les variantes du romani ou les auteurs) sont – avec les Sintés et les Kalés - une des trois grandes branches des Roms (terme générique), population originaire du nord de l'Inde. Les premières traces écrites de leur arrivée en Europe remontent au XIV^e siècle.

Il existe environ 10 millions de Roms en Europe (les estimations chiffrées varient de 8 à 15 millions, la formulation « environ 10 millions » nous semble la plus adaptée). On trouve les Roms essentiellement dans les Balkans et en Europe centrale et orientale. Ils parlent pour la plupart le romani (romani chib) - voir ci-dessous. Ils se divisent en sous-groupes (« endaïa »): les Kelderash, les Lovari, les Gurbeti, les Tchurari, les Ursari, etc.

Il existe en outre dans les Balkans des groupes roms qui ne parlent pas le romani. C'est le cas des Boyash (Beash, Bayash, Banyash, Baiesi ou Rudari, selon les pays) dont le parler dérive du moéso-roumain, ou encore des Ashkali qui parlent albanais. D'autres groupes, comparables sur certains points aux Roms, tels les Egyptiens (appelés ainsi car supposés venir d'Egypte et eux aussi albanophones), tiennent à afficher leur différence ethnique.

A l'origine le terme est invariable « les Rom » mais devenu courant, on le pluralise avec un « s ». Dans certaines variantes du romani, on écrit « Rrom » avec deux « rr »; c'est aussi d'usage pour des raisons politiques dans certains pays comme la Roumanie (pour différencier Rroms de Roumains). Il est recommandé en français d'utiliser l'adjectif « rom » qui s'accorde en nombre mais pas en genre : le peuple rom, des femmes roms, etc. et de réserver l'usage de l'adjectif « romani » (invariable) pour la langue et la culture : la langue romani et la culture romani. En anglais, on emploiera indifféremment « Roma » et « Romani » comme adjectifs : Roma(ni) woman, Roma(ni) communities mais avec une nette préférence pour « Romani » dès qu'on aborde la langue et la culture : Romani language, Romani culture.

GENS DU VOYAGE (Travellers)

Dans le contexte français, on utilise « Gens du voyage » (terme administratif qui désigne aussi des groupes non roms ayant un mode de vie itinérant). Ce terme regroupe donc à la fois différentes branches roms (Roms, Sintés/Manouches, Kalés/Gitans dont les ancêtres proviennent du nord de l'Inde) mais aussi d'autres populations.

« Voyageurs » (plus proche de l'anglais Travellers) est utilisé en Belgique et en Suisse. On le trouve parfois en France au niveau des associations (mais pas dans les textes officiels). De même que Gens du voyage, il peut regrouper différents groupes ethniques.

Si au début, le mot « Voyageurs » a été utilisé au Conseil de l'Europe (cf. l'ancien nom du MG-S-ROM entre 2002-2006 : Groupe de Spécialistes sur les Roms, Tsiganes et Voyageurs) de plus en plus, le terme qui s'impose est « Gens du voyage » (majuscule à Gens, minuscule à voyage) afin d'harmoniser l'ensemble des textes et des structures. [...]

TSIGANES

Au Conseil de l'Europe, on écrit traditionnellement « Tsiganes » avec un « s » plutôt qu'un « z ».

La dénomination « Roms/Tsiganes » a été employée par le Conseil de l'Europe durant de nombreuses années dans la mesure où l'association de ces deux noms couvrait la plupart des domaines et situations en Europe. En effet, en Europe centrale et orientale, le terme « Roms » est assez largement employé alors que « Tsiganes », qui a, aux yeux de beaucoup de Roms, une connotation péjorative, est jugé inacceptable par les Roms et les Sintés d'Europe dans la mesure où il est considéré comme un nom exogène s'apparentant à tous les stéréotypes négatifs et paternalistes qui perdurent en Europe à leur sujet.

En Europe occidentale (Royaume Uni, Espagne, France, etc.), en Hongrie et dans certaines parties de la Russie, « Tsigane », ou son équivalent national (« Gypsy », « Gitanos », « Cigány », « Tsyganye », etc.) est mieux toléré et parfois plus approprié.

a- Les pays d'origine des Roms migrants présents en France

On peut estimer que les Roms étrangers vivant en France sont à plus de 90% originaires de Roumanie et dans une moindre mesure Bulgarie. Une présence, parfois plus ancienne mais moins importante, de Roms originaires des Balkans est observée dans certaines agglomérations (Nord, Alsace, Centre, Rhône-Alpes, PACA et Île-de-France).

Les raisons de la migration sont multiples, parmi elles les discriminations, qui revêtent parfois un caractère raciste, est un des principaux facteurs. Dans la plupart des pays concernés par cette émigration, il n'est pas exagéré de dire que les Roms sont victimes d'un phénomène de ségrégation :

- ◆ **difficulté d'accéder à l'emploi** : en Roumanie par exemple, si les annonces d'emploi spécifiant « Roms s'abstenir », interdites par la loi, tendent à disparaître, la discrimination à l'embauche perdure vis-à-vis de ceux que l'on qualifie de « brunets » en allusion à la couleur de leur peau. Un rapport du Centre européen des droits des Roms (ERRC) en 2007⁸ fait observer que les victimes ne sont guère incitées à porter plainte, car les employeurs, du secteur public comme du secteur privé, ne sont pas sérieusement menacés en cas de discrimination, les sanctions prévues par la législation anti-discrimination n'étant pas dissuasives, notamment pour les grandes entreprises. Selon une étude réalisée en Roumanie par la faculté de sociologie Max Weber Sociology Professional College et par l'institut Research Centre on Inter-ethnic Relations, 60 % des personnes interrogées approuvent l'affirmation suivante : « Si j'avais ma propre entreprise, je n'embaucherais pas de Roms parce qu'ils sont pour la plupart paresseux et voleurs⁹. » En Bulgarie, le Rapport annuel 2005 sur la jeunesse de la République de Bulgarie a observé que 77 % des employeurs refusent d'embaucher des Roms dans le bâtiment, l'agriculture ou d'autres secteurs à main-d'œuvre non qualifiée¹⁰ ;
- ◆ difficultés ou **impossibilité d'obtenir des documents d'état civil** : de nombreux Roms roumains n'ont pas de carte d'identité et ne peuvent pas en obtenir ;
- ◆ **absence d'aides sociales** (conséquence directe des deux points précédents), d'où, pour certains groupes, une pauvreté extrême allant jusqu'à l'impossibilité de nourrir leurs enfants ;
- ◆ **discriminations et humiliations à l'école**, qui s'ajoutent aux difficultés concrètes pour les familles d'envoyer tous les jours leurs enfants à l'école, du fait des conditions de vie ;
- ◆ très grande **difficulté d'accès aux soins**, sans argent, ni aides sociales ;
- ◆ **relégation dans des logements insalubres** dans des quartiers à l'écart des centres villes sans aucun service ni équipement sanitaires ;
- ◆ **interdiction d'accéder à certains lieux** affichés « interdits aux Roms » ;
- ◆ **harcèlements policiers**, voire violences ;
- ◆ **injures** publiques à caractère raciste de la part de la population dominante ;
- ◆ pour les Roms en provenance de l'ex-Yougoslavie s'ajoutent les conséquences des déplacements de populations liés aux récents conflits.

Ainsi, la majorité des Roms sont exclus dans leur pays d'origine des droits fondamentaux : travail, culture, santé, logement, services, droits sociaux. Dès lors, on comprend que

⁸ S. Danova-Russinova, ERRC (2007), *Tackling the Systemic Exclusion of Roma from Employment*.

⁹ Max Weber Sociology Professional College et Research Center on Inter-ethnic Relations (2006), *Relații interetnice în pragul integrării europene. Câteva tendințe comentate / Relations interethniques avant l'intégration européenne. Quelques tendances interprétées, Cluj Napoca*.

¹⁰ *Bulgarie/Министерски съвет (2005), Годишен доклад за младежта на Република България за 2005 г. 12април 2006 г.*

quelques-uns (relativement très peu nombreux) choisissent l'exil avec l'objectif principal de trouver un avenir meilleur pour leurs enfants.

b- Les Roms citoyens de l'Union européenne

À la suite de l'élargissement de l'Union européenne, il convient de distinguer la situation des Roms selon qu'ils viennent ou non d'un pays membre de l'Union européenne. En ce qui concerne les Roms originaires d'un pays hors Union, la création de la force d'interposition et de maintien de la paix internationale, au Kosovo, ou Kosovo Force (KFOR), en 1998, avait contribué à ce que les Roms venant du Kosovo puissent acquérir le statut de réfugié. Mais la plupart des Roms originaires des différents pays des Balkans qui ont fait une demande d'asile ont été déboutés et se trouvent aujourd'hui en situation irrégulière.

Avec l'adhésion de la Roumanie et la Bulgarie à l'Union européenne au 1^{er} janvier 2007, ce sont trois millions supplémentaires de Roms qui sont ainsi devenus citoyens européens, portant à environ six millions leur nombre dans l'Union. Les Roms y constituent dès lors, avant même les élargissements futurs aux Balkans, voire à la Turquie, la minorité ethnique numériquement la plus importante et sont plus nombreux que les Luxembourgeois, les Belges et les Néerlandais.

À la veille de cet événement, tous les espoirs étaient permis. Plus de deux ans sont passés et il faut bien constater que l'opportunité du nouvel élargissement n'a pas permis de modifier nos politiques de défiance et d'hostilité à l'égard des Roms. Quel que soit le pays où ils se trouvent, les Roms restent stigmatisés et rejetés.

L'accumulation de rapports, recommandations et résolutions officielles témoignent de l'inapplication à leur endroit des textes européens et internationaux qui fondent l'égalité des droits entre les citoyens de l'Union. Pour ne citer que les plus récents émanant des institutions européennes : le Parlement vient de rappeler dans ses résolutions du 11 mars 2009 et du 14 janvier 2009, faisant suite à celles du 31 janvier 2008 et du 28 avril 2005, la nécessité d'une protection spécifique et d'une stratégie globale et intégrée de l'Union en faveur des Roms. Le Conseil européen a invité de son côté en décembre dernier la Commission et les Etats membres à tenir compte de la situation des Roms dans la conception et la mise en œuvre des politiques et d'identifier des actions concrètes pour 2009 et 2010.

Depuis l'adhésion de la Roumanie et de la Bulgarie – dont sont originaires autour de 90% des Roms migrants présents en France – à l'Union européenne, les ressortissants de ces deux pays ont donc les mêmes droits que les autres communautaires. Ces droits sont encadrés par le traité de Rome, qui énonce notamment le principe de la libre circulation des personnes, directement applicable dans tous les pays de l'Union : une seule pièce d'identité suffit désormais pour entrer dans un autre pays membre, et il ne peut plus être exigé un titre de séjour pour résider dans quelque autre pays adhérent que ce soit.

La seule restriction provisoire à leur égalité de traitement avec les autres citoyens de l'Union européenne concerne le champ du salariat. Les traités d'adhésion de Luxembourg en 2005 (pour la Bulgarie et la Roumanie) ont ouvert la possibilité aux pays de l'Union européenne d'imposer aux deux nouveaux membres une période transitoire durant laquelle des restrictions peuvent être apportées à l'accès de leurs ressortissants à une activité salariée. Plusieurs États européens ont décidé de lever totalement les restrictions d'accès à leur marché du travail, d'autres l'ont ouvert partiellement. En France, en dépit des recommandations de la Commission européenne et des rapports démontrant l'absence d'impact sur l'équilibre du marché du travail, le choix a été jusqu'ici de maintenir l'obligation,

pour les Roumains et Bulgares, d'obtenir une autorisation de travail et un titre de séjour pour accéder à un emploi salarié.

c- La situation des Roms d'Europe de l'Est en France

Le nombre total de Roms migrants présents est toujours difficile à évaluer. L'impression est qu'il est à peu près stable, toujours de l'ordre de 10 à 15 000 au plus sur l'ensemble du territoire national, malgré de nombreux renvois dans les pays d'origine (puisque beaucoup reviennent rapidement).

Les principaux foyers d'installation sont l'Île-de-France (environ 3 000 personnes, dont une grande partie installée en Seine-Saint-Denis), les Bouches-du-Rhône (entre 1 500 à 2 000 personnes, dont 80 % installées à Marseille), l'agglomération lyonnaise, la métropole lilloise (environ 1 000 personnes dans le Nord, dont pas loin de 800 dans la métropole lilloise), l'agglomération nantaise (environ 600 personnes), l'agglomération bordelaise (environ 500 personnes), l'agglomération toulousaine, Béziers (250 personnes environ), St Etienne (250 personnes environ), Strasbourg (150 à 200 personnes), Boulogne-sur-mer (130 personnes environ), Montpellier, Tours (environ 80 personnes), Clermont-Ferrand, l'Isère, la Haute-Savoie, le Gard, le Var, l'Allier et de nombreux autres départements...

Le rejet dont les Roms font l'objet est également très fort en France et se manifeste périodiquement : refoulés des restaurants sociaux à Lyon à la rentrée 2007, directement visés par l'adoption d'arrêtés anti-mendicité par plusieurs municipalités, victimes de rumeurs et d'agressions à Marseille depuis juin 2008, harcelés par la police sur leurs lieux de vie et expulsés de part en part...

Les informations rassemblées par les associations et comités de soutien membres de Romeurope qui accompagnent au quotidien les familles Roms témoignent de l'ensemble des violations de droits à leur encontre, y compris pour ceux d'entre eux qui ont accédé à la citoyenneté européenne en janvier 2007. ¹¹

Ces observations ont été reprises dans de nombreux rapports parus récemment ou à paraître, par exemple :

- ◆ En février 2008¹², la Commission nationale consultative des droits de l'homme a attiré l'attention des pouvoirs publics sur la situation préoccupante des Roms migrants dans notre pays et a adressé au gouvernement français plusieurs recommandations concrètes pour y répondre. De son côté, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a engagé une série d'auditions, à laquelle plusieurs membres de Romeurope ont répondu, concernant la situation des Roms migrants en France.
- ◆ Le Centre européen des droits des Roms (ERRC) a déposé le 17 avril 2008 une plainte contre la France auprès de la Commission européenne pour violation de la Charte des droits fondamentaux de l'Union. L'organisation pointe la violation des articles 16 (droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique), 19 (droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance), 30 (droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale) et 31 (droit au logement). Par ailleurs, il est établi que la France n'a pas pris les mesures

¹¹ Cf. CNDH Romeurope – Rapport 2007-2008, septembre 2008

¹² Commission nationale consultative des droits de l'homme, « Etude et propositions sur la situation des Roms et des gens du voyage en France », texte adopté en assemblée plénière le 7 février 2008.

nécessaires pour améliorer les conditions de vie des migrants roms provenant d'autres États membres de l'Union Européenne.

- ◆ Le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Thomas Hammeberg, doit rendre prochainement un rapport après sa visite en France le mercredi 21 mai 2008 pour s'enquérir notamment de la situation des gens du voyage et des Roms migrants¹³. Il a recueilli les observations des associations réunies par Romeurope qui interviennent sur le terrain auprès de ces deux populations.

A retenir

La population dont il sera question à travers cette étude peut se définir comme constituée de citoyens de l'Union européenne, ressortissants de l'un des nouveaux Etats membres, qui se reconnaissent comme appartenant à la minorité rom et vivent en France dans des conditions de grande précarité.

2- Etat sanitaire

Il est aujourd'hui difficile d'établir un diagnostic précis de l'état de santé de la population telle qu'elle vient d'être définie, en raison de la quasi absence de données chiffrées. Cette carence tient à la prohibition en France des recueils statistiques sur des bases ethniques. Elle reflète également la faible présence des institutions sanitaires auprès de ce public. Les quelques chiffres dont nous disposons sont essentiellement liés à l'activité de Médecins du Monde auprès de tel ou tel groupe sur un territoire donné. Pour estimer approximativement l'importance de telle ou telle problématique au sein de cette population, il est donc nécessaire de s'appuyer sur le recoupement de différents paramètres et caractéristiques plus larges en considérant qu'il s'agit de migrants résidant en France dans des conditions de vie et d'habitat très précaires.

Tous les acteurs de terrain font le constat d'un état de santé globalement très préoccupant de la population rom migrante en France dont les besoins de soins sont importants.

Dans les pays d'émigration des Roms, bien que la législation permette théoriquement un accès aux soins pour les plus démunis, son effectivité est loin d'être une réalité. En Roumanie, la pratique de paiements non officiels et en cash reste une contrainte pour pouvoir être soigné. Les sommes demandées peuvent ne pas être importantes, mais restent hors de portée des familles roms, généralement pauvres. Il arrive encore fréquemment en outre que ces familles soient rejetées au prétexte qu'elles sont roms : en tout cas, elles le ressentent comme tel. En outre, facteur fondamental dans la protection de la santé, ces familles n'ont eu aucun accès à la moindre éducation sanitaire, du fait toujours du rejet dont elles sont victimes. Il s'ensuit que **les familles arrivent en France avec un retard de soins et des pathologies qui se sont aggravées** et dans certains cas, la maladie et le besoin de soins sont encore la principale cause de migration.

Il n'y a pas de pathologies spécifiques aux Roms. Toutes les pathologies rencontrées sont la conséquence des facteurs énumérés ci-dessous.

¹³ Après une visite en septembre 2005, Alvaro Gil-Robles, son prédécesseur, avait fermement dénoncé, dans un rapport sur le respect effectif des droits de l'homme en France, les discriminations dont sont victimes les gens du voyage.

a- La santé materno-infantile

La santé materno-infantile est particulièrement préoccupante : grossesses multiples et non suivies, souvent chez de très jeunes femmes voire des adolescentes, IVG à répétition...

- L'âge moyen de la **première grossesse** est de **17 ans**¹⁴.
 - Seules **8,3% des femmes enceintes** rencontrées par MDM en 2007 étaient **suivies** pour leur grossesse.
 - Seules **10%** des femmes utilisent un moyen de **contraception**¹⁵.
 - **43,3% des femmes avaient déjà avorté à seulement 22 ans** d'âge moyen. Le nombre moyen d'**IVG par femme est de 1,3 (soit un taux de 130%) et de 3,3 (soit 330%) pour celles ayant déjà subi au moins un IVG**¹⁶.
A titre comparatif, le taux d'IVG moyen en France est de 1% chez les 15-17 ans, 2.3% chez les 18-19 ans et 2.7% chez les 20-24 ans¹⁷.
- A noter que le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences graves sur la santé des femmes : hémorragies, infections, stérilité et fausses-couches à répétition.
- Les femmes ont eu en moyenne 4 grossesses dont seule la moitié a abouti à une naissance d'un enfant vivant (risques liés aux grossesses précoces, faible suivi des grossesses, fausses couches et IVG).

Ces données trouvent une part de leur explication dans l'étude de la situation des pays d'origines. En Roumanie, l'interdiction de la contraception et de l'avortement durant la période communiste explique en partie les difficultés que rencontrent aujourd'hui les femmes roumaines en matière de contrôle des naissances.

Ainsi, par manque d'informations, seule une minorité de femmes est suivie au cours de sa grossesse. La situation d'extrême dénuement économique et socio-éducatif dans laquelle se trouvent ces femmes renforce leur méconnaissance des moyens contraceptifs. Un manque d'information qui les conduit souvent à recourir à l'IVG

Témoignage

Médecins du monde Marseille – Octobre 2007

Deux femmes roms roumaines, âgées d'une vingtaine d'années, enceintes de huit mois passés, ont présenté un hématome rétro-placentaire ayant entraîné la mort in-utero des deux fœtus concernés. Il s'agit de la conséquence d'une pathologie qu'il faut dépister tôt et de manière systématique. Les corps des fœtus ont dû être extraits en urgence par césarienne. Ces deux femmes ne bénéficiaient jusqu'alors d'aucun suivi de grossesse. L'isolement social de ces patientes et leur éloignement considérable des structures de prise en charge et de soins n'ont pas permis de prévenir la survenue de ces drames.

Témoignage

Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2007

A., 26 ans, est une Rrom roumaine. Elle vit avec son mari en banlieue nord de Paris depuis environ un an. Elle habite un squat vétuste sans eau courante et risque d'en être expulsée. Lorsqu'elle est vue par un médecin de Médecins du Monde en décembre 2007, A. est enceinte de 2 mois. Elle explique qu'elle a déjà subi 4 interruptions de grossesse lorsqu'elle vivait en Roumanie, chaque fois au terme de 6-7 mois, sans connaître la cause de ce problème. Ses grossesses n'avaient pas été suivies en raison de la pauvreté de sa famille et de la discrimination qui frappe les Rroms dans ce pays. En janvier 2008, enceinte de 3 mois, elle a des saignements depuis 4 jours, elle se rend donc aux

¹⁴ Dossier de presse « Médecins du Monde auprès des femmes Rroms » paru en mars 2008

¹⁵ Dossier de presse « Médecins du Monde auprès des femmes Rroms » paru en mars 2008

¹⁶ Dossier de presse « Médecins du Monde auprès des femmes Rroms » paru en mars 2008

¹⁷ Données INVS

urgences de la maternité d'un grand hôpital de la banlieue nord. On lui annonce qu'elle est peut-être en train de faire une fausse couche et qu'elle doit revenir dans 48 heures pour un nouveau contrôle. Deux jours après, de retour aux urgences, les saignements ont augmenté et le médecin lui confirme qu'elle a fait une fausse couche, qu'il faudra donc une intervention chirurgicale afin d'évacuer les restes de la grossesse. Elle est hospitalisée d'urgence et l'intervention est effectuée

b- La tuberculose

En France, en 2007 le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 5 588, soit 8,9 cas pour 10⁵ habitants.¹⁸ Si la France reste un pays à faible incidence, une augmentation est observée de 5% par rapport à l'année précédente alors qu'il avait baissé régulièrement jusqu'alors. Cette augmentation, même si elle paraît en partie liée à une amélioration des déclarations et la persistance de risques élevés dans certaines populations, incite à la vigilance, souligne le BEH.

Les facteurs de risque sont les suivants, ils concernent tous directement la situation majoritaire des Roms d'Europe de l'Est vivant en squat ou bidonville en France :

- Le fait d'être né à l'étranger : En France métropolitaine, le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était environ 8 fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (42,0 vs 5,1/105, p<0,001).¹⁹
- Le fait d'être arrivé récemment : Le risque de tuberculose diminue à mesure que l'ancienneté de l'arrivée en France augmente. Ainsi, parmi les cas déclarés en 2007, le taux de déclaration de tuberculose était de 237,9/105 chez les personnes arrivées moins de 2 ans avant la déclaration de tuberculose, alors qu'il était de 15,8/105 chez les personnes arrivées depuis plus de 9 ans.²⁰
- Le fait de vivre en collectivité
- Le fait d'être sans domicile fixe
- Et surtout le fait de venir d'un pays à forte endémie : Le pays de naissance est le meilleur indicateur du risque de développer une tuberculose, lié à la provenance d'un pays à forte endémie. L'incidence de la tuberculose augmente avec la prévalence de la tuberculose dans le pays d'origine. Pendant les premières années, elle est équivalente à l'incidence du pays d'origine.²¹

En Roumanie

Les mauvaises conditions socio-économiques de la Roumanie après 1989 ont fortement influencé l'épidémiologie de la tuberculose. La Roumanie, se situe parmi les pays européens les plus touchés par la tuberculose. Relativement faible en 1985 (55,8 pour 10⁵ habitants) l'incidence a presque triplé aujourd'hui (153 pour 10⁵ habitants en 2002).²² La tuberculose fait partie des problèmes sanitaires majeurs en Roumanie.

Les causes possibles de cette évolution défavorable sont le niveau socioéconomique bas, un mauvais contrôle des sources d'infection et la grande densité des sources d'infection. Chaque jour, 82 nouveaux cas de tuberculose (dont 57 sont frottis positif donc contagieux) ainsi que 5 décès et 5 enfants diagnostiqués avec une tuberculose sont enregistrés.

¹⁸ Delphine Antoine, Didier Che, Institut de veille sanitaire, Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 24 mars 2009

¹⁹ Delphine Antoine, Didier Che, Institut de veille sanitaire, Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 24 mars 2009

²⁰ Delphine Antoine, Didier Che, Institut de veille sanitaire, Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 24 mars 2009

²¹ DGS- GROUPE DE TRAVAIL « TUBERCULOSE ET MIGRANTS » Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France, 07/06/05

²² EuroTB, Institut de veille sanitaire, Surveillance européenne de la tuberculose : description du réseau et résultats récents, 2005 Dans l'Union européenne élargie (UE),

Le plan national de lutte contre la tuberculose développé dans ce pays cible les Roms parmi les populations à risque.

c- Les maladies infectieuses

Toutes les maladies infectieuses sont favorisées ou aggravées par les mauvaises conditions de vie et d'hygiène dans lesquelles vivent les personnes

Citons quelques facteurs :

- les **variations climatiques** : les enfants comme les adultes vivent principalement à l'extérieur, été comme hiver. La variation de température, durant l'hiver, entre l'intérieur des cabanes, souvent surchauffées, et l'extérieur est également un facteur aggravant.
- le **manque d'hygiène** : la plupart des terrains n'ont aucun aménagement.
- l'**amoncellement d'ordures**
- la présence fréquente de **déchets polluants et nocifs**.

Ainsi les pathologies identifiées en consultation par les équipes de Médecins du Monde concernent dans **36%** des cas des **infections des voies respiratoires**, dans **25%** des cas des **infections gastro-intestinales** et dans **14%** des cas des **affections cutanées**²³.

d- Les problèmes pulmonaires et cardio-vasculaires

Les adultes présentent des problèmes pulmonaires (en lien notamment avec le tabagisme et les variations climatiques) et cardio-vasculaires.

D'après le rapport de la Mission Rom Ile-de-France 2007 de Médecins du Monde, 46% des diagnostics concernent l'appareil respiratoire et 5.4% des problèmes cardio-vasculaires. En Roumanie, les problèmes cardio-vasculaires sont la première cause de décès, devant les cancers.

Les problèmes respiratoires (infection aiguë des voies respiratoires supérieures, bronchite aiguë) prédominent. Ils s'expliquent par les conditions de vie des patients : humidité, fumées des réchauds à bois qui servent au chauffage et à la cuisine, mauvaise aération, poussières et saletés.

e- Le saturnisme

La proportion d'enfants ayant une plombémie élevée parmi les enfants ayant bénéficié d'un premier dépistage est en constante baisse. Cette proportion est passée de 24 % en 1995 à 4,7 % en 2005.²⁴

Mais l'observation des équipes de santé permet de dire que ce risque demeure important pour les enfants roms du fait de l'activité traditionnelle de récupération et de traitement des métaux exercée par les parents directement sur les lieux de vie. A partir d'une analyse des facteurs de risque des enfants résidant en France ayant eu une plombémie de primodépistage en 2003 et 2004, l'Institut de veille sanitaire observe que si les cas de saturnisme infantile sont principalement identifiés à partir de facteurs de risque liés à l'habitat, les facteurs auxquels sont attachés la plus forte valeur prédictive de plombémie élevée sont : le fait que d'autres enfants aient été intoxiqués dans l'entourage, le

²³ *Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms – Publication d'Octobre 2007 de Médecins du Monde.*

²⁴ *INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 18 novembre 2008 / n°44, Dépistage du saturnisme chez l'enfant en France depuis 1995 : pratiques, résultats, évolutions, recommandations*

comportement de pica (tendance à ingérer des substances non comestibles)» et **le fait que les parents aient une profession à risque**. Le traitement de métaux à proximité des habitations est bien entendu à classer dans cette dernière catégorie.²⁵

f- Les problèmes psychologiques

Les **problèmes psychologiques** ne sont que trop rarement pris en charge et pourtant très présents.

En amont de leur présence en France les Roms continuent de subir discriminations et racisme dans plusieurs pays d'Europe de l'Est ; il est fréquent que des violences, des exactions et des enlèvements soient exercés sur eux obligeant des familles entières à abandonner leur maison et leur pays. Ces hommes, ces femmes, ces enfants, expatriés, sous pression policière, doivent faire face en France à des difficultés et à un stress permanent d'autant plus insurmontables qu'ils se conjuguent aux effets psychiquement traumatisants d'un exil forcé dans un pays qui ne les accueille pas.

g- Les problèmes dentaires

Les problèmes dentaires sont très fréquents en particulier chez les enfants, conséquence de la méconnaissance de l'importance d'avoir une hygiène de base et surtout des difficultés pratiques à avoir cette hygiène de base. Ainsi, dans un quart des consultations effectuées par Médecins du Monde, sont concernées les infections dentaires et gingivales²⁶.

h- Les maladies métaboliques liées au déséquilibre alimentaire sont fréquentes.

i- Les accidents domestiques

Les équipes de santé mobile qui interviennent sur les lieux de vie des personnes signalent de manière fréquente des blessures liées à la dangerosité des conditions d'habitation : brûlures du fait de systèmes de chauffage dangereux, plaies, intoxications au gaz, incendies...

A retenir

En dépit du manque d'indicateurs statistiques, l'ensemble des éléments d'information apportés par les acteurs de terrain sur la population font apparaître une situation sanitaire préoccupante.

Les problèmes de santé majeurs :

- **grossesses précoces, non suivies, absence de contraception et de suivi médical des jeunes enfants**
- **forte incidence de la tuberculose**
- **pathologies liées aux conditions de vie (infectieuses, respiratoires, psychologiques, accidents domestiques, saturnisme)**
- **problèmes de santé liés aux habitudes de vie (dentaires, maladies métaboliques...)**

²⁵ INVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 18 novembre 2008 / n°44, *Dépistage du saturnisme chez l'enfant en France depuis 1995 : pratiques, résultats, évolutions, recommandations*

²⁶ *Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms – Publication d'Octobre 2007 de Médecins du Monde.*

3- Besoins en matière d'accès aux soins et de prévention

Une action de médiation sanitaire doit permettre d'intervenir sur les principaux facteurs qui ont un impact direct sur l'état de santé.

a- Les difficultés d'accès aux soins

Les difficultés d'accès à une couverture maladie²⁷

En théorie :

Dans le cas majoritaire des Roms de nationalité roumaine ou bulgare, après une année d'incertitude en 2007 où certaines CPAM ont continué d'attribuer la CMU à tous les Roumains et Bulgares comme elles le faisaient pour les autres ressortissants communautaires, une circulaire²⁸ a fini par poser « **une inaccessibilité de principe à la CMU de base et à la CMUc [CMU complémentaire]** » pour les Européens inactifs dépourvus de ressources suffisantes et/ou de couverture maladie. Mais les CPAM ne peuvent mettre fin à l'affiliation de ceux à qui la CMU a été attribuée à tort : elles doivent examiner les possibilités de leur accorder une affiliation à un autre titre ou maintenir leurs droits.

C'est donc l'aide médicale d'État (AME), destinée aux personnes résidant en France en situation irrégulière depuis plus de trois mois (immédiatement pour les mineurs), qui est ouverte aux les ressortissants communautaires inactifs et sans titre de séjour.

Le seul dispositif qui permette d'assurer la gratuité des soins pour les étrangers présents en France depuis moins de trois mois est le **fonds pour les soins urgents** qui peut être mobilisé par les hôpitaux.

En pratique :

En 2007, une enquête menée par Médecins du Monde sur une cohorte de patients accueillis en consultation au sein de plusieurs missions Roms montrait que seules 29 % des personnes avaient des droits ouverts. Parmi les mineurs, 69 % n'avaient pas de droits ouverts. Plus généralement, les difficultés administratives représentent le principal obstacle à l'accès aux soins pour 50% des patients étrangers reçus par les services de Médecins du Monde.²⁹

Témoignages recueillis par l'équipe de Médecins du Monde Angoulême⁸ :

« On fait la queue pendant des heures pour entendre que ce n'est jamais les bons papiers. »

« J'avais la CMU sur la Cnam de Limoges, et quand j'ai voulu la refaire ici, ils m'ont dit que je n'avais pas de CMU et que j'étais affilié à la Cnam de Bordeaux. Ils m'ont demandé de refaire un dossier complet avec une liste de papiers à fournir. On fait la queue pendant des heures pour entendre que ce n'est jamais les bons papiers. J'ai laissé tomber, j'y comprends rien (...) ».

Ces difficultés administratives sont les suivantes :

Concernant l'accès à l'AME, la condition nécessitant de faire la preuve de trois mois de présence, ainsi que les délais qu'elle implique de fait dans l'accès aux soins, régulièrement dénoncés par les associations, contribuent aux retards de recours aux soins qui aggravent les pathologies dont souffrent les étrangers en situation irrégulière. Attester que l'on remplit cette condition est en effet difficile dans des conditions d'habitat précaire qui ne permettent

²⁷ CNDH Romeurope, Rapport 2007-2008, sept. 2008 – Chapitre Prestations sociales

²⁸ Circulaire DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi.

²⁹ Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2007.

pas d'obtenir des justificatifs de résidence, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'Européens qui ne peuvent rien obtenir pour prouver qu'ils ont passé la frontière.

Par ailleurs, dans le cas des ressortissants communautaires, plusieurs CPAM retardent l'instruction des demandes en exigeant que les personnes fournissent elles-mêmes un formulaire attestant qu'elles ne sont pas affiliées à la sécurité sociale dans leur pays d'origine. Si l'on ajoute la difficulté à obtenir une domiciliation spécifique correspondant à l'AME, l'ensemble des démarches conduisent parfois à repousser de plusieurs mois des soins dont les personnes ont besoin rapidement. Et l'on connaît par ailleurs les refus de soins auxquels se trouvent régulièrement confrontés les bénéficiaires de l'AME : 37% de refus de soins en médecine ambulatoire selon un rapport de Médecins du monde³⁰.

Enfin, du fait de leurs conditions de vie en squat ou dans des bidonvilles, la majorité des Roms migrants en France ne peut disposer d'une adresse leur permettant de recevoir et de consulter leur courrier de façon constante comme cela est exigé pour la constitution des dossiers AME et CMU. On pourrait penser que cette difficulté est aujourd'hui plus facilement surmontée grâce à la loi DALO du 5 mars 2007³¹ qui consacre tout un chapitre pour établir un « droit à la domiciliation » au bénéfice des personnes dépourvues de résidence stable. Les conditions d'exercice de ce droit ont ensuite été précisées par deux décrets en mai³² et juillet³³ 2007, puis par une circulaire en février 2008³⁴. Mais, dans un contexte où les organismes habilités à domicilier manquent crucialement de moyens pour remplir cette mission et où les CCAS, censés au premier chef délivrer ces attestations d'élection de domicile, cherchent tous les prétextes pour se soustraire à leurs obligations, notamment en ce qui concerne les Roms, ce nouveau cadre réglementaire renforce paradoxalement les freins liés à la domiciliation dans l'accès à une couverture maladie. Ainsi, alors que 91% des personnes étrangères rencontrées par médecins du Monde avaient besoin d'une domiciliation, seules 53,7% en avait obtenu une³⁵.

Concernant le fonds pour les soins urgents et vitaux, il faut constater que certains hôpitaux n'imputent pas toujours les soins sur ce fonds et semblent préférer adresser des factures aux familles Roms manifestement insolvable, quitte à cumuler des créances qui ne seront jamais payées.

Tout retard dans l'accès aux droits à une couverture maladie a des conséquences sur le recours aux soins. Les personnes sans droits ouverts retardent leurs soins, aggravant de fait leurs problèmes de santé.

La méconnaissance des structures de soins

D'après l'observatoire de Médecins du Monde c'est le facteur cité par 28,6% des patients étrangers comme étant le principal obstacle à leur accès aux soins³⁶. En effet le système de

³⁰ Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2006.

³¹ Art. 51 de la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale – art. L 264-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

³² Décret n°2007-893 du 15 mai 2007 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

³³ Décret n°2007-1124 du 20 juillet 2007 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

³⁴ Circulaire DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

³⁵ Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms – Publication d'Octobre 2007 de Médecins du Monde.

³⁶ Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2007.

santé étant très différent dans les pays d'origine ils n'envisagent pas *a priori* qu'ils puissent avoir accès à certains soins et traitements gratuitement. Ainsi se développe une tendance à l'automédication, les personnes achetant des médicaments sans ordonnance directement dans les pharmacies.

Témoignage

Sage-femme de la mission Banlieue [Île-de-France] de Médecins du Monde³⁷ :

« Elles ne savent pas où aller, ni vers qui se tourner »

Les femmes Roms ne bénéficient encore que trop rarement d'un suivi de grossesse. Elles ne savent pas où aller, ni vers qui se tourner. Le plus souvent, elles travaillent, il faut donc pouvoir faire garder les enfants. Elles ne savent pas où se trouvent les PMI ni comment ces structures fonctionnent. Elles pensent qu'il leur faudra payer, puisqu'en Roumanie les échographies sont payantes. La peur est également un frein considérable : la peur d'un contrôle de papiers ou d'être gardée en hospitalisation loin des leurs.

Lorsque j'ai rencontré L., elle attendait son 8^{ème} enfant et elle n'avait que 33 ans. Son aîné avait 16 ans et la plus jeune 3 ans. Alors qu'elle était à son 7^{ème} mois de grossesse, elle n'avait encore vu aucun médecin ni effectué aucun examen. Elle expliquait qu'elle n'avait bénéficié d'aucun suivi de grossesse parce qu'elle ne savait pas où aller.

La peur des arrestations

Certaines personnes ne vont pas au devant des structures de soins car elles ont peur des arrestations, ce qui les amène à remettre à plus tard tous les déplacements jugés non indispensables dans l'immédiat.

Témoignage

Sage-femme de la mission Banlieue [Île-de-France] de Médecins du Monde³⁸

« Cela nous arrive toutes les semaines »

Le 11 novembre 2007, une médiatrice de l'équipe de Médecins du Monde est à 9 heures à la gare du Nord : « J'avais rendez-vous avec deux femmes Roms enceintes de près de 7 mois que je devais amener au laboratoire d'analyses médicales afin de faire un bilan sanguin. Cela est nécessaire dans le cadre du suivi de leur grossesse. Le lieu du rendez-vous ne convenait pas aux deux femmes : « la police nous embête toujours là-bas » mais je les avais rassurées « si on s'y retrouve à 9 heures, il n'y a pas de raison qu'ils vous fassent des histoires ». Pourtant, une demi-heure après l'heure du rendez-vous, je ne les vois toujours pas arriver. L'après-midi, je me rends sur le terrain pour prendre des nouvelles des femmes et comprendre le motif de leur absence. Celles-ci se précipitent sur moi pour s'excuser. Elles étaient bien là, à l'heure, mais des policiers les ont interpellées pour un contrôle d'identité et les ont mises, sans motif réel, en garde à vue pendant 3 heures, avant de les libérer. « Cela nous arrive toutes les semaines expliquent-elles... » mais leur rendez-vous était manqué.

La barrière de la langue

Avancée par 21,5% des patients étrangers comme principal frein à l'accès aux soins, la barrière linguistique reste un obstacle majeur à l'accès aux soins des Roms migrants. Bien que certains groupes de Roms maîtrisent mieux la langue du fait d'une présence ancienne en France, la majorité des Roms roumains et bulgares se sont installés à partir des années 2000, pour beaucoup avec des allers-retours fréquents dans les pays d'origine. La barrière linguistique concerne donc une majorité d'entre eux et il est indispensable de la lever dans les consultations médicales aussi bien pour une compréhension optimale entre le patient et l'équipe soignante que pour assurer la confidentialité de l'entretien. Les services hospitaliers font trop rarement appel à Inter Services Migrants en raison des coûts jugés trop élevés dans des budgets hospitaliers de plus en plus souvent en déficit. Même quand il y est fait

³⁷ *Idem*

³⁸ *Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2007.*

appel, ce service ne permet de résoudre que des cas relativement simples du fait des limites de l'échange téléphonique. Il est par ailleurs indispensable de recourir à un interprétariat professionnel car certaines préoccupations intimes ne peuvent pas être abordées en présence d'un membre de l'entourage ou de la famille, parfois d'un enfant

Les conditions de vie

La prise en charge médicale des populations Roms reste particulièrement difficile du fait de leurs conditions de vie, des pressions et des expulsions récurrentes des terrains.

Une enquête sur les conditions de logement effectuée auprès de 300 Roms reçus en consultation dans 5 grandes agglomérations par Médecins du Monde en 2007 concluait à la répartition suivante : 53 % vivent en caravane (qui généralement ne sont pas en état de rouler) ; 21 % dans des squats aménagés (généralement, il s'agit de l'occupation d'un entrepôt à l'abandon) ; 21 % dans des cabanes (utilisation de matériaux de récupération, tôle ondulée en guise de toits...) ; pour les 5% restant certains sont dans des squats sans aucun aménagement ou dans des véhicules, d'autres sont dans des tentes ou même directement dans la rue, une personne est en foyer et seule personne sur 300 a un véritable logement.³⁹

Ces conditions de vie aggravent l'état de santé, voire sont un facteur déclenchant de pathologies : hygiène corporelle difficile à assurer en l'absence d'accès à l'eau et à des sanitaires individuels et propres ; exposition aux intempéries ; terrains boueux et marécageux ; alimentation à base de produits récupérés dans les rejets des marchés et supermarchés ; stress permanent dans la crainte d'une opération policière^(*) ; présence de tas d'ordures non ramassées favorisant la prolifération de nuisibles (rongeurs et parasites), problèmes de sécurité (fenêtres sans garde-fous, systèmes d'éclairage et de chauffage dangereux...).

Quant aux pressions dont ils font l'objet fréquemment, ce témoignage d'un travailleur social bénévole illustre bien ce que vivent les Roms en France.

Témoignage

Médecins du monde banlieue [Île-de-France] – Août 2007

Jeudi dernier, nous avons fait une sortie veille sanitaire sur un terrain à Frépillon (Val-d'Oise). La mairie semble s'acharner sur les Roms et est visiblement très déterminée à leur faire la vie dure. Les véhicules sont interdits d'accès sur les chemins communaux qui mènent sur le terrain. À chaque fois que les Roms empruntent la voiture pour sortir du terrain, une voiture de la police municipale sort d'on ne sait où ! Les policiers dressent un PV de 22 € au chauffeur [...]. Nous avons rencontré des personnes malades qui avaient raté des rendez-vous à l'hôpital ou qui ne peuvent pas aller chercher leur ordonnance à la pharmacie parce que, depuis deux semaines, ils attendent jour après jour l'expulsion et parce que, maintenant, sortir du terrain coûte trop cher. Nous avons rencontré deux cas qui nécessitaient une consultation assez urgente à l'hôpital. Les patientes ne peuvent pas s'y rendre à cause des PV. X. a appelé la mairie pour signaler les cas et un responsable de service a répondu que l'on n'avait qu'à les accompagner nous-mêmes ou que les malades appellent une ambulance.

Les ruptures de soins

L'**instabilité** et les **expulsions multiples** des lieux de vie ne facilitent pas l'accès à un réseau sanitaire de proximité. En d'autres termes chaque changement de lieu de vie provoque la rupture du suivi médical et les liens difficilement établis avec les partenaires associatifs et institutionnels pour l'accès aux soins sont rompus.

³⁹ Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2007.

Ainsi, en l'absence d'accès aux soins et donc de suivi des pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle, etc...), les personnes concernées risquent de voir leurs pathologies s'aggraver et éventuellement de menacer le pronostic vital. Le rapport de l'observatoire de Médecins du Monde de 2006 illustre bien ce constat puisqu'il relève que **67.6 %** des patients vus dans le cadre des veilles sanitaires avaient un **retard de recours aux soins**.

Par ailleurs, **sans solution de relogement**, les personnes évacuées se retrouvent dans l'obligation de s'installer sur un autre terrain. Elles reconstruisent alors un nouveau bidonville sur une autre commune mais sans les petites installations obtenues après de longues négociations, comme le ramassage des ordures ou l'accès à l'eau potable.

Enfin, les **reconduites à la frontière** de personnes malades, parfois gravement, sont un fait courant. Parmi les Roms reconduits en dépit des pathologies lourdes dont ils étaient porteurs, certains sont également contagieux. À cet égard, il faut noter que l'entrée dans l'Union européenne a signifié pour les Roms roumains et bulgares la fin de cette protection que constituait le droit au séjour pour raisons médicales (loi Chevènement du 11 mai 1998) : les titres de séjour accordés sur ce motif aux ressortissants des pays tiers ne peuvent plus être délivrés aux Roumains et aux Bulgares.

Extrait d'un communiqué de presse CCPS / Médecins du monde – Toulouse – 10 août 2007

Des Tsiganes roumains ont vécu pendant plusieurs mois dans des conditions de vie indignes, dans la plus grande indifférence des institutions de notre ville [...] ils sont aujourd'hui dans l'obligation de quitter le territoire national. [...] Parmi les personnes amenées à quitter la France dans moins d'un mois, un certain nombre sont atteintes de pathologies graves, nécessitant des traitements et des suivis spécialisés ainsi qu'une surveillance particulière. En effet, trois enfants sont en cours de traitement contre la tuberculose, un jeune de 21 ans souffre de graves brûlures, des adultes sont atteints d'hépatites virales et d'autres maladies chroniques importantes.

Leur départ, avant le 1^{er} septembre, entraîne l'interruption de leurs traitements et donc des conséquences dramatiques d'un point de vue médical. Les services de santé de la Roumanie ne disposent pas d'une prise en charge suffisante pour soigner convenablement ces patients. [...]

b- L'accès à la prévention

L'éducation à la santé

L'absence d'éducation à la santé chez des personnes qui ont eu un cursus scolaire très réduit, voire absent, et qui n'ont pas accès à l'information est un facteur aggravant. La connaissance des mesures de prévention est très réduite. La demande est le plus souvent limitée à la délivrance de médicaments.

Par ailleurs, les priorités vont souvent à des préoccupations de survie : avant d'aller se faire soigner, il faut d'abord manger, et gagner de l'argent pour cela

Certaines habitudes de vie constituent un facteur aggravant :

- alimentation à horaires irréguliers
- consommation excessive d'aliments gras et de boissons sucrées (dans certaines familles, les enfants reçoivent de la viande en revenant de l'école car les mères pensent qu'ils n'ont pas assez mangé à la cantine, certains enfants ont au départ du mal à s'adapter au régime de la cantine)
- hygiène dentaire insuffisante
- coucher tardif des enfants...

La couverture vaccinale

La couverture vaccinale n'est à jour que pour 13 à 22% des personnes, adultes et enfants confondus⁴⁰.

Rares sont par exemple les adultes qui peuvent justifier de vaccinations à jour contre le tétanos, la diphtérie, la tuberculose et les autres pathologies contre lesquelles ils pourraient se prémunir. Pourtant, le travail des métaux dans de nombreuses communautés comporte un risque majeur de blessure et de tétanos.

Chez les enfants de moins de 7 ans, 18% sont vaccinés contre le tétanos et à peine 6% contre l'hépatite B ; et sur 5 enfants ayant entre 7 et 15 ans, 4 ne sont pas protégés contre la Polio. L'état vaccinal des enfants est difficile à apprécier en l'absence quasi totale de carnets de santé ou de vaccination. Cependant il semble, mais on n'a pas la preuve, que la majorité des enfants soient vaccinés en Roumanie lorsqu'ils y sont nés : au moins BCG et DT polio. En effet, dans le Programme National de lutte contre la Tuberculose (NTP) en Roumanie, un objectif de vaccination d'au moins 95% des nouveaux-nés a été fixé. Par contre, pour les enfants nés en France les vaccinations sont très rarement pratiquées pour toutes les raisons déjà exposées ci-dessus : méconnaissance ou difficultés d'accueil dans les PMI. Lorsque les structures associatives comme le CAM ou Médecins du Monde effectuent des vaccinations sur les lieux de vie, une relativement faible proportion est vaccinée, et ces vaccinations sont souvent interrompues par les expulsions au cours desquelles les certificats et carnets sont égarés ou détruits. De même, aucun enfant ne bénéficie de suppléments vitaminiques, alors que les carences nutritionnelles sont avérées ; aucun ne bénéficie de surveillance des paramètres de sa croissance, de ses acquisitions ou de son état bucco-dentaire.

Quels sont les déterminants de l'état de santé de la population, sur lesquels une action de médiation sanitaire doit intervenir

1) Les difficultés d'accès aux soins, liées notamment :

- **aux obstacles administratifs rencontrés dans l'accès à une couverture maladie (aide médicale d'Etat dans le cas majoritaire) ;**
- **au manque d'information sur le système de soins et aux problèmes de compréhension liés à la barrière de la langue et à la méconnaissance du public au sein de la part des professionnels de santé ;**
- **à la précarité des conditions de vie en France sur des squats et bidonvilles souvent insalubres, exposant leurs occupants au risque permanent d'expulsion – une des principales causes de ruptures de soins avec les reconduites à la frontière – et à la peur des arrestations qui incite à limiter les déplacements.**

2) Le manque d'éducation sanitaire et d'accès à la prévention, qui s'observe à travers :

- **Des habitudes alimentaires et un rythme de vie irrégulier – qui doivent cependant être attribué autant aux conditions de vie et au manque de ressources qu'aux déterminants culturels ;**
- **Une faible couverture vaccinale, notamment chez les enfants nés hors du pays d'origine.**

⁴⁰ *Les Rroms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Rroms – Publication d'Octobre 2007 de Médecins du Monde.*

1- Inscription dans le cadre générique de la médiation sociale et culturelle

a- La médiation

Le type d'action dont on traite ici, la médiation sanitaire, s'inscrit dans le cadre générique de la médiation sociale. Michèle GUILLAUME-HOFNUNG suggère d'ailleurs, pour conserver l'unité fondamentale de la médiation, que l'on enlève mentalement l'adjectif : « que l'on parle de médiation sociale, familiale ou sanitaire, il serait préférable de garder à l'esprit qu'il s'agit de **médiation dans le secteur de...** »⁴¹

Historique de la médiation : d'une fonction ethnicisée au traitement de problématiques très larges

Comme indiqué plus haut, depuis les années 80, la médiation sociale et interculturelle a investi le champ du social en même temps que le foisonnement des associations de quartier, portées par des femmes, notamment des femmes immigrées. Ces dernières rejoignent souvent leur mari ou leur père dans le cadre du regroupement familial. Très souvent analphabètes, accoutumées à un mode de vie traditionnel, elles se sont retrouvées en milieu urbain, plongées dans le modernisme alors qu'ils venaient des villages... « Leur désarroi était d'autant plus grand que leurs habitudes de vie communautaire, en famille élargie, avaient laissé place au modèle de vie familiale restreinte... C'est dans ce contexte que l'efficacité des médiatrices s'est affirmée sur ces différents points de rupture. Appelées "femmes relais" à leur début, elles ont été "utilisées" par des chefs de projets, comme courroies de transmission d'informations auprès des populations de leur origine. Il s'agissait donc à l'époque, d'une fonction très ethnicisée. Progressivement, la médiation a élargi son champ d'action et s'est adressée à l'ensemble des personnes éprouvant des difficultés à bénéficier de leurs droits. En effet, la dernière décennie a vu la marginalisation massive d'exclus, conséquence du chômage, de la précarisation et de la dislocation des liens sociaux et familiaux. La médiation s'est alors inscrite dans un travail pluridisciplinaire, en palliant des lacunes diverses. Elle n'est pas figée, ni dans sa fonction, ni dans sa pratique, elle évolue en fonction du contexte social et culturel. »⁴²

Le brouillage sémantique autour du concept de médiation, lié à la multiplicité des pratiques qui s'en réclament

Suite à cet élargissement, on constate aujourd'hui une utilisation pléthorique du concept de « médiation », mobilisé sur des objectifs différents et avec des contenus variés (activités d'animation, tâches d'écrivain public, surveillance du bâti, informations socio-administratives, accompagnement de locataires, traitement des litiges...). Ces usages multiples induisent un brouillage de la notion de médiation, tant au plan sémantique que pratique : « Quand vous essayez de faire votre travail de médiateur, vous rencontrez beaucoup de personnes qui vous expliquent qu'ils sont médiateurs naturellement. Vous pouvez également vous heurter au syndrome de Monsieur Jourdain, qui est représenté par une personne qui vous dira que ce vous faites est intéressant et que finalement il est médiateur sans le savoir, avec comme double inconvénient, que si on l'est naturellement ou sans le savoir, on risque d'avoir une

⁴¹ Intervention de Serge BOUZNAH, Association IPAOS Culture et santé, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁴² Femme Inter Associations – Inter service migrants, Charte de la Médiation Sociale et Culturelle

action très désordonnée, et surtout de ne pas s'y former. »⁴³ C'est à partir de ce constat que la Direction générale de l'action sociale a mené en 2005 un travail d'évaluation visant à « recentrer le contenu de la médiation sur son sens prévalent, et dans cette perspective, préciser un certain nombre d'éléments qui caractérisent une médiation et plus spécifiquement, la médiation sociale. »⁴⁴

L'élaboration d'une définition institutionnelle de la médiation

Un important travail de définition des fonctions, de la posture et des objectifs a pourtant été réalisé depuis déjà plusieurs années et est à la disposition des acteurs associatifs qui souhaitent développer des pratiques relevant de la médiation. Dès 2000, lors d'un séminaire organisé par le Ministère de la Ville et la Délégation Interministérielle à la Ville à Créteil, un groupe de 43 experts de 12 pays européens s'est mis d'accord sur une définition, à laquelle se réfère la charte de référence de la médiation sociale (cf. Annexe n°...), adoptée par le comité interministériel des villes le 1^{er} octobre 2001 :

« La médiation sociale est définie comme **un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose.** »⁴⁵

Ce qu'il s'agit de cerner à partir de cette définition c'est bien un référentiel métier à part entière et non une fonction de médiation qui peut être exercée, parmi d'autres, par certains professionnels.⁴⁶ Les travailleurs sociaux par exemple se trouvent parfois en situation d'interface et exercent une fonction médiatrice au sens où ils doivent comprendre et donc lier différentes logiques d'action (celle de l'usager et celle de l'institution par exemple).

Les principaux critères de définition de la médiation

La médiation, telle qu'elle se trouve balisée à travers la définition ci-dessus, peut être rattachée à différents critères. Il s'agit tout d'abord d'un processus (et non d'une procédure), dont l'objectif est de permettre d'établir « une communication éthique égalitaire » qui n'est possible que dans la mesure où le médiateur sort des circuits de pouvoir : « le médiateur est quelqu'un qui n'a pas de pouvoir, sa puissance vient de non-pouvoir. »⁴⁷

La notion centrale est bien celle de « tiers impartial et indépendant ». En tant que tiers, le médiateur « est extérieur, il n'est ni le faux nez d'un des deux partenaires, ni la résurgence d'un pouvoir extérieur qui viendrait récupérer le tout ». ⁴⁸ Si l'indépendance à l'égard des institutions et des personnes paraît incontestablement une condition de l'exercice du métier, l'idée d'impartialité mérite en revanche d'être questionnée et nuancée lorsque la relation est

⁴³ Intervention de Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁴⁴ DGAS, Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006

⁴⁵ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

⁴⁶ DGAS, Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006

⁴⁷ Intervention de Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁴⁸ Intervention de Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

d'emblée asymétrique. Dans le champ médical et tout particulièrement au regard du public rom, cette tierce personne qu'est le médiateur s'inscrit dans une relation de départ profondément inégale entre un médecin, celui qui sait, et celui qui par définition ne sait pas, le patient. L'asymétrie structurelle de cette relation est renforcée par le fait que l'un maîtrise les codes de la société d'accueil, et l'autre pas forcément. Une certaine forme de neutralité peut être préservée au sens où il n'essaie pas de peser sur les résultats, de « vendre une solution ». ⁴⁹ Il n'a ni le pouvoir de décider, ni le pouvoir de donner un avis, ce n'est pas un expert. Mais cette neutralité ne doit pas être contradictoire avec le signalement, dans certains cas, des violations de droits et discriminations à l'encontre des personnes, c'est d'ailleurs une des attributions qui nous semblent indispensable d'attacher à la médiation sanitaire dans le cas des Roms d'Europe de l'Est. Par ailleurs, peut-il être entièrement impartial sans contribuer à cautionner et à reproduire l'asymétrie initiale entre un professionnel de santé ou une institution sanitaire et un patient rom. Pour faire émerger la parole du patient, « il faut reconnaître et assumer le fait, que l'acte de médiation est un acte engagé lorsqu'il vise à modifier une inégalité. Il faut donc en assumer la nécessaire partialité. Cela implique évidemment que cette partialité ait été travaillée en amont par le médiateur, pour qu'elle soit, non pas un frein, mais au contraire un outil dans sa pratique. » ⁵⁰

b- La médiation interculturelle

Une mise en relation des systèmes de représentation de la maladie déterminés par le contexte social et culturel de chaque individu

La médiation sanitaire auprès d'un public rom d'Europe de l'Est comporte une dimension interculturelle. Chaque personne s'appuie en effet sur des **modèles explicatifs de la maladie**⁵¹ qui guident la recherche de traitement. Ces modèles sont constitués par l'ensemble des représentations concernant l'origine, la cause d'une maladie, la nosographie, l'élaboration du rôle de malade et le traitement utilisé par le patient. Les problèmes de communication entre le médecin et le patient peuvent donc provenir de l'interprétation différente d'une maladie car celle-ci est sous-tendue par des modèles explicatifs différents.⁵² Au-delà du diagnostic qu'établit le patient, la maladie est une réalité signifiante. Elle condense un ensemble de significations relevant des événements antécédents et d'autres réalités de la vie (situation de pauvreté, conflits familiaux, religieux). La maladie est alors considérée comme une mise en forme de plusieurs **réseaux de signification individuels**⁵³ jusque-là perçus de manière indépendante. Mettre en évidence les réseaux de signification c'est s'intéresser à d'autres expériences vécues comme la vie familiale, sociale, économique et politique du patient. Ce concept dépasse la seule explication donnée par le système médical. La maladie est interprétée dans son contexte social et culturel global.⁵⁴

⁴⁹ Intervention de Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁵⁰ Intervention de Serge BOUZNAH, Association IPAOS Culture et santé, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁵¹ Kleinman A. *Patients and Healers. in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and psychiatry. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care.* Los Angeles : University of California Press; 1980.

⁵² Kleinman A. *Patients and Healers. in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and psychiatry. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care.* Los Angeles : University of California Press; 1980.

⁵³ Good B. *The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry* 1977

⁵⁴ Good B. *The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry* 1977

La médiation interculturelle dans le champ de la santé ne consiste donc pas à mettre en relation des cultures identifiées comme étant séparées, étrangères l'une à l'autre, elle est « un outil permettant d'intermédiaire **entre deux individus**. » Cette intermédiation est possible par la mobilisation de l'« outil culture » au sens de « manipulation des symboles, manipulation des références et des représentations [qui] permet de décrypter des actes, de dénouer des situations et d'explicitier des solutions. »⁵⁵

Les limites du registre culturel, y compris dans le cadre d'une action de médiation sanitaire auprès d'un public migrant

Néanmoins, il est important de rappeler que même si l'on traite d'un public en situation de migration, cette dimension interculturelle est loin d'être la seule dimension de l'action, elle n'est même pas forcément centrale. Certes, indépendamment de l'accessibilité physique, économique, les obstacles culturels à l'utilisation de services de santé représentent une réalité. De même, les obstacles attribués à la culture cachent aussi parfois d'autres réalités : « les obstacles de nature administrative, législative, un état de droit non respecté, la stigmatisation des patients, etc. sont autant de facteurs qui influencent l'accessibilité des services de santé. Il ne faut pas se cacher derrière l'argument "culturel" pour masquer les faillites d'un programme de santé, d'un système de soins ».⁵⁶ Dans le cadre des projets qui pourront être développés à la suite de cette étude, il est donc important de veiller de façon continue à faire la part des choses entre « les besoins d'intermédiation réelle, et les besoins d'intermédiation qui sont supposés »⁵⁷ pour ne pas imposer ce registre culturel à des personnes qui n'en veulent pas lorsqu'il s'agit d'explicitier leur situation et leurs problèmes et qui préfèrent avoir d'autres systèmes de référence. Il faudra donc rester vigilant à ce que la démarche culturaliste ne devienne pas un prétexte aux actions de médiation sanitaire, pour ne pas contribuer à « mettre en case » la culture « rom » pour des questions qui n'ont rien à voir avec les phénomènes sur lesquels on veut agir.⁵⁸

Cette attention à ne pas construire arbitrairement des obstacles et difficultés de communication qui seraient proprement liés à « la culture rom » s'inscrit dans la continuité de l'hypothèse de départ qui conduisait le programme de recherche Romeurope sur accès aux soins et à la santé de populations Roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans six pays d'Europe de l'Ouest développé par Médecins du Monde en 1998-1999 : « La population Rom/Tsigane en situation de grande exclusion évolue dans des conditions sociales et sanitaires très difficiles. Le mode et les conditions de vie [...] partagés par ce groupes conduisent fréquemment à des conclusions hâtives. C'est ainsi que certains pensent que la population Rom devrait développer une volonté d' « intégration » ou d' « assimilation » en s'adaptant au mode de vie du plus grand nombre. [...] **Notre hypothèse est que ce ne sont pas des facteurs culturels ou spécifiques de ces situations qui conditionnent leur situation sociale.** Si en raison de la diversité il n'existe pas de « culture tsigane unifiée dans son contenu », il existe bien une « configuration tsigane » et « au-delà des apparences, il y a un style de vie » écrit Jean-Pierre Liégeois. Ce style de vie n'est probablement pas un blocage pour vivre dans des conditions apparentées à celles du plus grand nombre. Le respect par leur entourage, des droits élémentaires et la reconnaissance des différences sont probablement plus déterminants. La culture est une composante essentielle dans le mode de vie des populations Roms/Tsiganes mais elle ne constitue pas

⁵⁵ Intervention de Stéphane TESSIER, Association REGARDS, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁵⁶ Benoît C. Sida et itinéraires thérapeutiques à Saint Martin/Sin Martin : représentations culturelles ou pratiques sociales. Derades 1997

⁵⁷ Intervention de Stéphane TESSIER, Association REGARDS, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁵⁸ Intervention de Stéphane TESSIER, Association REGARDS, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

un barrage ou un quelconque blocage pour accéder aux droits communs et, par voie de conséquence, à plus d'égalité en matière de santé. **Dans cette hypothèse, l'état de santé d'une population est essentiellement la résultante des conditions de vie, et secondairement des soins, plutôt que de facteurs culturels. Ce qui peut constituer un blocage ou un frein à une meilleure santé, réside dans les situations de vulnérabilité liées aux conditions sociales, politiques et d'exclusion dans lesquelles les institutions ont leur part de responsabilité.** »⁵⁹

c- Le cadre éthique et déontologique de la médiation

Suite à ce travail de définition, il est apparu nécessaire de fixer également un cadre éthique qui précise la finalité de la médiation sociale, ses valeurs de référence, ses principes fondamentaux, mais également les limites de son intervention et les conditions de collaboration et d'échanges d'informations avec d'autres professionnels. En effet, « en l'absence d'un tel cadre, d'une part les médiateurs sociaux sont renvoyés à des prises de position puisées à des sources personnelles, qui peuvent être arbitraires et fluctuantes, et d'autre part ils sont mis en situation de grande vulnérabilité à différents niveaux (« otage », caïdat, enfermement dans un rôle non professionnalisant et par ricochet, non reconnu par les partenaires...) ».⁶⁰

L'idée n'est pas tant de produire des codes de déontologie alignant une série d'articles que de garantir aux personnes que l'intervention que l'on propose est bien de la médiation. Les principes déontologiques se trouvent donc structurés autour des critères de la médiation, qui sont garants du processus et de la qualité de médiateur.⁶¹ C'est cette structuration que suit la première charte de la médiation élaborée en 1995 par Femme Inter Association. Cette charte, qui posait l'éthique sur laquelle les actions de médiation doivent s'appuyer, a été diffusée et utilisée par de nombreuses associations et partenaires. Elle a d'ailleurs servi de modèle à d'autres chartes qui ont vu le jour par la suite.

Femme Inter Associations – Inter service migrants, Charte de la Médiation Sociale et Culturelle - Extraits

A/ La Médiation est un acte volontaire, par lequel un tiers neutre et indépendant réalise une passerelle ponctuelle entre deux parties afin :

- d'ouvrir des espaces pour faciliter la communication,
- de contribuer, en situation conflictuelle, à l'explication des enjeux,
- de permettre une compréhension mutuelle,
- de donner la possibilité aux personnes concernées d'exercer leurs responsabilités.

B/ La médiation respecte des règles de déontologie telles que :

- la neutralité,
- la confidentialité,
- l'indépendance.

C/ La médiation repose sur des personnes médiatrices

qui, dotées d'une crédibilité personnelle auprès des parties concernées, sont en mesure d'initier et/ou d'améliorer toutes sortes de processus de communication, notamment entre les usagers et les services administratifs.

⁵⁹ Farid Lamara, Médecins du Monde, *Projet Romeurope - L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe – Espagne, France, Grèce, Etude qualitative – approche ethno-sociologique, Juin 1999*

⁶⁰ DGAS, *Professionaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006*

⁶¹ Intervention de Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, *Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé*

Bénéficiant d'une formation continue et adaptée, les personnes médiatrices remplissent ainsi une fonction d'intermédiaire. Elles interviennent lors des négociations parfois conflictuelles. Leurs interventions se situent en complémentarité avec celles des différents acteurs

D/ La médiation s'exerce selon différentes modalités, principalement :

- l'accueil, l'orientation et l'information des utilisateurs de la médiation,
- la sensibilisation des intervenants institutionnels et associatifs,
- l'accompagnement et le suivi des familles,
- le décodage des codes culturels et des langues en présence.

E/ La médiation couvre des domaines d'intervention très divers : l'éducation, la scolarité, la santé, le logement, la famille, l'accès aux services publics, les relations de voisinage, l'emploi et la formation...

F/ Les droits

Selon la situation, une personne médiatrice peut :

- accepter ou non une intervention,
- fixer ses propres limites,
- se retirer provisoirement ou définitivement de sa mission et passer le relais.

G/ Les devoirs

Une personne médiatrice a le devoir :

- respecter les règles de déontologie énoncées ci-dessus,
- clarifier les conditions de son intervention aux deux parties,
- ne pas se substituer à l'une des parties,
- respecter la convention d'objectif signée par son association.

En outre, il est indispensable de suivre et de poursuivre sa formation.

E/ La rémunération

Les personnes médiatrices sont rémunérées par les organismes employeurs selon la convention en vigueur et en aucun cas par les parties.

Par la suite, à l'issue du séminaire de Créteil, sept principes majeurs ont été énoncés et repris dans la **charte de référence de la médiation sociale** qui doivent permettre d'éviter les dérives de positionnement du médiateur social : respect des droits de l'homme, clarté, sincérité, libre consentement des partenaires, confidentialité, subsidiarité, qualité.⁶²

Extraits de la CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001
- Voir en annexe la Charte dans son intégralité

II - Le cadre déontologique d'intervention

Les médiateurs sociaux doivent se conformer dans leur intervention à un certain nombre de règles juridiques et éthiques délimitant ce qui leur est autorisé et ce qui leur est interdit dans le cadre de la loi. Ces règles, qui constituent en quelque sorte les droits et devoirs des médiateurs sociaux, sont la garantie d'une protection tant pour les usagers et les publics que pour les intervenants et les partenaires eux-mêmes. Elles constituent aussi une garantie de leur efficacité et de leur pérennité.

La neutralité et l'impartialité

La neutralité et l'impartialité doivent être des principes généraux guidant l'intervention des médiateurs sociaux, qui ne doivent pas favoriser l'une ou l'autre des parties. En tout état de cause, l'application de ces principes dépend de la reconnaissance d'un statut du médiateur et suppose une formation adaptée. L'intervention en binôme peut contribuer à un meilleur respect de ces principes.

La négociation et le dialogue

L'action de médiation se situe dans le cadre de la négociation et du dialogue : à aucun moment elle ne se situe dans le cadre d'une intervention d'autorité qui serait imposée, même si elle s'applique en référence à la règle procédant soit de la législation pénale ou civile, soit du respect de règlements ou de la vie collective.

⁶² DGAS, Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006

Le libre consentement et la participation des habitants

La médiation sociale repose sur le libre consentement des parties. A tout moment, il est possible pour l'une ou l'autre des parties de revenir sur ce consentement. La médiation doit reposer sur la recherche constante de l'adhésion des parties aux objectifs de ses interventions. Elle doit viser à obtenir la participation des habitants à la résolution du différend qui les oppose ou à l'amélioration de la communication et du lien social entre elles. Cet objectif impose en contrepartie pour la personne médiatrice un devoir d'explication sur les conditions de son intervention et sur les limites de celle-ci.

La mobilisation des institutions

En favorisant la citoyenneté et en servant de révélateur de dysfonctionnements des institutions, la médiation sociale contribue à la modernisation des institutions, à une plus grande proximité de celles-ci avec les habitants et les usagers de services publics ainsi qu'à leur adaptation aux besoins nouveaux. La médiation sociale contribue ainsi au bon exercice des missions de service public sans s'y substituer et sans faire écran entre les institutions et les publics.

La protection des droits des personnes

La médiation sociale tend à une protection des personnes et de leurs droits. Elle ne peut pas se substituer aux prestations ou aux droits garantis à chacun. Elle conduit à une amélioration des relations sociales sans jamais obliger quiconque à renoncer à ses droits.

Le respect des droits fondamentaux

La médiation sociale doit offrir toutes les garanties énoncées par la convention européenne des droits de l'homme et la jurisprudence y afférente, tant dans les mécanismes qu'elle met en œuvre que dans les solutions dont elle favorise l'émergence.

Elle doit être conduite dans le respect des libertés publiques et des règlements qui protègent la vie privée.

Ces principes très généraux énoncés peuvent servir de matrice à une déclinaison plus spécifique en fonction du contexte et du champ concerné. Dans le cadre d'une action spécifique de médiation (ici dans le champ de la santé et en direction d'un public rom d'Europe de l'Est), il paraît utile de préciser et formaliser ce cadre éthique **par les médiateurs eux-mêmes** pour une meilleure appropriation et de le faire valider par le comité de pilotage du projet.

2- la médiation en santé publique

a- Définition

Une interface pour une meilleure compréhension réciproque entre les acteurs du système de santé et leurs publics

Le terme de « médiateur de santé publique » (MSP) forgé par l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (IMEA), dans le cadre d'une formation pilote lancée à partir de 2000, désigne « des personnes œuvrant à l'interface entre le système de santé et les publics présentant des difficultés particulières dans l'accès à la prévention et aux soins. » Ces médiateurs interviennent « dans des situations qui appellent une compréhension réciproque des acteurs du système de santé et de leur public. »⁶³ Si l'on considère en effet la complexification croissante de notre système de soin, la multiplication des spécialités et l'inflation de l'outil technologique, le risque est réel pour tout patient confronté au monde médical d'un décalage entre un discours médical qui tend à se techniciser et la réalité vécue du patient. Et bien que cette difficulté soit particulièrement mise en lumière avec les migrants, elle est également présente pour les patients dits autochtones. Les actions de

⁶³ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

médiation sanitaire questionnent donc bien l'accessibilité et l'intelligibilité de l'institution médicale, et non pas une difficulté spécifique qui serait l'apanage du migrant.⁶⁴

Un outil de lutte contre les discriminations dans l'accès au système de santé

Cette définition générale de la médiation sanitaire place au centre l'objectif de favoriser l'intercompréhension entre le patient et les institutions sanitaires. Il faut y ajouter ici, tout particulièrement dans le cas des populations Roms d'Europe de l'Est en France, un objectif de prévention et de lutte contre les traitements discriminatoires. Cet aspect est très important dans le dispositif de médiation sanitaire roumain. Le référentiel métier élaboré par Romani criss part de la définition suivante : « Le médiateur sanitaire facilite l'accès non discriminatoire des personnes du groupe cible aux services de santé publique. Ils contribuent à améliorer la communication entre les agents de santé, les bénéficiaires et d'autres institutions locales, à identifier et signaler les situations de tension qui peuvent générer des conflits. Le médiateur contribue à l'information des personnels de santé sur les coutumes et les traditions des communautés desservies. »⁶⁵ Cette définition qui fait du médiateur sanitaire un défenseur des droits des personnes s'inscrit dans le contexte roumain d'un système de santé très discriminant à l'égard des Roms (et bien entendu dans un contexte social général d'exclusion de cette minorité), mais cette dimension a également sa raison d'être en France : même si la discrimination dans l'accès au système de santé et à l'assurance maladie est moins ouverte ou moins fréquente, elle n'en est pas moins réelle.

Un intermédiaire visant à favoriser le passage de l'action humanitaire vers la mobilisation des structures sanitaires de droit commun

Enfin, une dernière dimension à laquelle il est important de rester attaché est de considérer le médiateur sanitaire comme un intermédiaire vers le système de santé de droit commun. L'action dont on tente à travers cette étude de définir le cadre présente une difficulté qui est de partir d'un public déterminé sur la base de critères ethniques (les Roms d'Europe de l'Est en France). Un des principaux écueils à éviter est le risque de favoriser un système de santé ségrégué, une offre de soins spécifique. De même, si l'on définit ce public à partir de critères sociaux tels que la très grande exclusion (public migrant vivant sur des squats ou des bidonvilles) l'action de médiation ne doit pas pour autant rester enfermée dans le champ de l'humanitaire. Une étude conduite par différentes institutions européennes sur l'accès aux soins de femmes rom rappelle ainsi que « face à la complexité des barrières systémiques qui s'opposent généralement à l'accès des Roms à la santé, les médiateurs ne sont pas la panacée. [...] L'existence d'intervenants sanitaires spécialisés doit être perçue comme un moyen de promouvoir, et non d'excuser, l'engagement d'autres travailleurs de la santé dans l'atteinte des objectifs du médiateur au sein de la communauté. Sinon, on risque d'aller vers un système d'assistance ségrégué. »⁶⁶ C'est par exemple la position affirmée fortement du médiateur social intervenant pour l'association SICHEM auprès des Roms de Fréjus et Toulon : dans le champ de la santé comme pour le reste, il oriente systématiquement les personnes vers les services de droit commun, et de façon subsidiaire vers les associations, en sorte que la problématique se trouve aujourd'hui reconnue et prise en compte par les pouvoirs publics sur le département.⁶⁷ En Roumanie, en fonction du contexte local ou de leur

⁶⁴ Intervention de Michèle GUILLAUME-HOFNUNG, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁶⁵ Fundația Romani C.R.I.S.S. - Centrul Romilor pentru Interventie Sociala si Studii, Magda MATAACHE, director executiv, STANDARD OCUPAȚIONAL - Ocupația: MEDIATOR SANITAR, Domeniul: Sănătate, igienă, servicii sociale Cod COR: 513902, 2007

⁶⁶ Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne, vaincre les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique, septembre 2003

⁶⁷ Entretiens avec un médiateur social de l'association SICHEM, Var, 2 déc. 2008 et 23 mars 2009

conception de la profession, certaines des médiatrices santé parviennent réellement à amener les intervenants de droit commun vers les quartiers roms alors que d'autres finissent par devenir l'interlocuteur unique des familles roms.⁶⁸ La même difficulté est pointée par un professionnel de santé du centre Minkowska : « La première erreur est d'avoir accepté de nous positionner comme des spécialistes de l'interculturel et du transculturel, avec les effets pervers. On nous a stigmatisés thérapeutes spécialistes des étrangers, alors que la majorité d'entre nous travaille dans le système de soin français avec une population hétérogène. Deuxième effet pervers, c'est la stigmatisation des patients. Troisième effet pervers, nous avons fait faire l'économie à beaucoup de personnes, de la mise en place en urgence de structures de médiation culturelle, organisées en dehors de spécificités. » D'où l'importance pour les médiateurs de s'inscrire dans des stratégies de santé publique et de droit commun : « s'accrocher au droit commun cela veut dire essayer de nous intégrer dans le système de soin pour ne plus être des « providers », des personnes qui sont spécialisées dans la langue ou dans la culture. »⁶⁹

b- Délimitation du champ d'intervention

La médiation en santé publique peut être conçue « soit comme une fonction à part entière soit comme un volet spécifique de la médiation socio culturelle. »⁷⁰ Cette question de la **délimitation du champ d'intervention** des médiateurs sanitaires se pose dans le cadre de cette étude avec acuité.

Le risque de perdre la spécificité de l'entrée sanitaire au regard des sollicitations urgentes relevant d'autres champs

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, des relais sont nécessaires. Dans le cas des Roms d'Europe de l'Est en France, du fait des situations d'urgence perpétuelles liées à l'extrême précarité et de l'isolement des groupes au regard du tissu associatif et des institutions, le risque est grand que l'entrée sanitaire se trouve rapidement noyée par des priorités et des préalables relevant d'autres champs.

Une des difficultés de l'expérience de Romani-Criss en Roumanie était liée justement à un élargissement inéluctable vers des fonctions de médiation sociale très larges. Les médiatrices sanitaires se sont retrouvées de fait à prendre en charge l'accès à beaucoup d'autres droits que ceux de la santé (état civil, éducation, logement). Cette dispersion résultait notamment de la nécessité pour les médiatrices d'accompagner les personnes dans des démarches complexes pour l'obtention de pièces d'identité sans lesquelles elles ne peuvent accéder aux droits à la santé. Dans le cadre d'une évaluation réalisée en 2005, les médiatrices ont témoigné du fait que ces démarches préalables avaient pris une telle ampleur qu'elles considéraient que l'obtention des pièces d'identité était « leur première mission », une mission qu'elles remplissaient parfois pour des centaines de personnes s'épuisant à traiter ces situations individuellement.⁷¹ De même en France, les personnes

⁶⁸ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris le 12 févr. 2009

⁶⁹ Rachid BENNEGADI, Centre Minkowska, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁷⁰ Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006

⁷¹ Maria Maïlat, Évaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par ROMANI CRISS partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – SYNTHÈSE, décembre 2005

elles-mêmes n'ayant souvent pas d'autre interlocuteur tirent le médiateur santé vers d'autres besoins : « les consultations débordent vite du cadre médical et il est nécessaire d'avoir une vision sociale plus large, à la manière d'un assistant social. D'une manière générale, la problématique sanitaire ne vient que quand c'est très grave. »⁷²

Deux figures de la médiation sanitaire en fonction de l'appartenance des structures porteuses au secteur médical ou social

L'étude d'évaluation du programme de formation conduit par l'IMEA⁷³ repérait ainsi deux groupes de médiateurs, d'une part les « médiateurs sociaux et culturels intervenant sur la santé », d'autre part « médiateurs de santé » intervenant exclusivement dans le secteur de la santé. Cette distinction correspondrait globalement aux champs d'intervention initiaux des structures d'accueil : dans le cas des structures « sociales » la médiation sanitaire peut être une extension thématique du champ d'intervention (à type de public inchangé, mais souvent au-delà de leurs usagers habituels, hors les murs) ; alors qu'elle correspond pour les structures « médicales », à une meilleure prise en compte de l'un de leurs publics (à métier inchangé).

L'étude distingue deux problématiques initiales en fonction desquelles l'un ou l'autre des profils est préconisé :

1) Si le diagnostic de départ fait apparaître au premier chef « des problèmes de santé publique ou de santé communautaire rencontrés par des groupes sociaux à la marge des fonctionnements socio-institutionnels standard en France », cette entrée par le public justifierait que la santé soit l'un parmi différents volets de l'action de médiatrices ou médiateurs et que des questions non-sanitaires - logement, emploi, école, questions administratives en général - se présentent parallèlement aux questions de santé. On a besoin, pour ce premier objectif, de « médiateurs sociaux et culturels suffisamment compétents et sensibilisés sur les questions de santé » capables d'une prise en compte globale de la situation des publics concernés.⁷⁴

2) Si le diagnostic de départ pointe avant tout « des difficultés de prise en compte, par le système de soins, de publics spécifiques notamment de publics nouveaux », l'entrée "santé, système de santé" sera donc dominante et l'intervention sera mieux portée par des médiateurs de santé spécialement compétents sur la relation entre les problématiques de santé en question et les publics avec lesquels les difficultés se posent (par exemple : sur le vécu du VIH-sida dans les familles originaires d'Afrique sub-saharienne.)⁷⁵

Cette évaluation pilotée par la Direction générale de la santé rappelle cependant qu'au final les deux approches « abordent, par les deux bouts, un problème de même nature : un désajustement entre le service public de santé et certains de ses publics. » Il est donc possible que certains médiateurs partagent leur temps entre ces deux démarches, même si cela est rare dans la mesure où cela est « aussi difficile à gérer qu'un emploi à temps partagé entre deux employeurs ».⁷⁶

⁷² Entretien avec une infirmière et une médiatrice du Comité d'Aide Médicale – Oct. 08

⁷³ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Juil. 2006

⁷⁴ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Juil. 2006

⁷⁵ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Juil. 2006

⁷⁶ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Juil. 2006

Une conception englobante de la fonction, qui préserve néanmoins la spécificité de l'approche santé par l'implication de relais intervenant dans d'autres champs

Dans le cas de l'action en cours de définition ici, l'entrée « public » sera sans doute dominante : la médiation sanitaire s'inscrit en réponse à des problèmes de santé publique résultant d'une situation de forte marginalisation, qui n'est pas uniquement le fait des institutions sanitaires. Il est donc important de conserver ici une conception englobante de la fonction, et on peut en ce sens se référer à la définition de Romani Criss : « les médiateurs sanitaires ne se situent pas comme un « complément » de l'assistant médical, mais dans un champ bien spécifique, reliant le social et la santé au cœur de la société civile »⁷⁷

Mais il est d'un autre côté nécessaire de réfléchir aux conditions d'intervention qui permettraient au médiateur sanitaire de prendre en compte l'ensemble des facteurs en interaction avec la santé **sans perdre complètement la spécificité de son approche** (et devenir simplement des travailleurs sociaux). L'approche santé sera plus ou moins prégnante en fonction des contextes locaux et des principales difficultés pointées par les diagnostics territorialisés mis en œuvre en amont de l'action. Mais c'est sans doute la possibilité d'alerter ou d'orienter vers des relais compétents et réactifs dans les autres domaines qui doit protéger le médiateur sanitaire d'une dispersion. Un des premiers critères pour opérer la sélection des structures porteuses d'expériences pilotes de médiateurs sanitaires doit donc être la possibilité que le médiateur santé soit intégré à une équipe pluridisciplinaire ou, s'il est intégré à une équipe médicale, l'inscription de la structure porteuse dans un réseau associatif et institutionnel permettant des interventions coordonnées et une prise en charge globale des personnes.

3- La distinction des fonctions : médiation en santé publique, travail social, professions de santé

Quelle que soit la spécialisation du champ d'intervention, les pratiques relevant de la médiation doivent rester clairement identifiées en amont des professions traditionnelles avec lesquelles l'action du médiateur s'articule (dans le cadre de cette étude notamment les professions de santé et les travailleurs sociaux) : « Les médiateurs n'ont pas à faire à la place des autres professionnels. Ils exercent une activité nouvelle et originale, distincte du travail social ou d'activités éducatives ou de sécurité. Ils doivent développer leur intervention en articulation, concertation et complémentarité avec les autres intervenants. »⁷⁸

Conserver ce statut d'intermédiaire est essentiel pour que la légitimité et les compétences de chacun soient reconnues réciproquement.

La distinction entre médiateur et travailleur social

Bien qu'il puisse y avoir similitude dans les finalités et les valeurs, le médiateur sanitaire (ou médiateur social intervenant dans le champ de la santé) auprès des Roms ne se substitue pas au travailleur social. La distinction des rôles, des positionnements, des conditions d'exercice et des méthodes d'intervention proposée par la Direction générale de l'action sociale nous paraît opérante :

« Le médiateur social est un agent de contact. Il se situe, de façon quasi permanente, en proximité spatio-temporelle. C'est à dire qu'il intervient en temps réel, sans procédure

⁷⁷ Maria Maïlat, *Evaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par ROMANI CRISS partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – SYNTHÈSE, décembre 2005*

⁷⁸ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

formalisée et différée des rencontres. La prise de contact est immédiate. Il évolue dans des endroits fréquentés par le public et participe aux événements organisés au plan local. Ses interventions sont, le plus souvent, ponctuelles. Il a un rôle de liant et d'accompagnateur au sens physique du terme. »

« Le travailleur social engage un processus éducatif, à finalité résolutive des problèmes identifiés. Il met en œuvre une intervention sociale d'aide à la personne. Dans le cadre d'une relation duale, le travailleur social mobilise une pratique fondée sur le développement de la personne et l'expression de ses potentialités. A partir de la prise en compte globale de l'ensemble des paramètres de sa situation sociale, paramètres souvent contradictoires et indissociables, il enclenche un processus et une dynamique interactive. Pour ce faire, il mobilise des connaissances pluridisciplinaires, juridiques, des méthodologies d'intervention spécifiques et utilise le temps, comme facteur de maturation du projet défini avec la personne. A part les situations qui relèvent de l'urgence, son intervention est souvent différée (système de RDV) ou s'inscrit dans le cadre de permanences programmées. »⁷⁹

La distinction entre médiateur et professionnel de santé

Par ailleurs, le médiateur sanitaire ne se substitue pas aux professionnels de santé (personnel soignant ou professionnels de l'éducation à la santé). Même spécialisé dans le champ de la santé, il reste d'abord un acteur de proximité et de présence sociale. Lorsqu'il intervient auprès de personnes déjà identifiées, son action se limite à l'accompagnement physique, l'aide à la communication entre la personne et un professionnel, l'appui administratif et informatif à l'accès aux droits, le counseling, la sensibilisation, le suivi d'une personne sous traitement, l'incitation à l'observance. Le rapport de la Direction générale de la santé ajoute qu'il peut, lorsqu'il est rattaché à une structure médicale, participer à la prise en charge de ces patients (le suivi médical stricto sensu restant le fait du personnel médical) mais ce cas de figure ne semble pas devoir se présenter dans le cadre du profil de poste à définir ici.⁸⁰

4- Méthodologie : mobiliser un réseau partenarial territorialisé

La charte de référence de la médiation sociale place cette dimension de la médiation au premier rang : « L'inscription dans des logiques partenariales et territorialisées est un principe essentiel de la médiation sociale et une des conditions de sa réussite qui dépend notamment de la capacité des autres acteurs à prendre le relais. »⁸¹

Il ne s'agit pas de constituer un carnet d'adresse mais d'impulser une réflexion commune, d'animer une coordination des actions, d'inciter au décroisement des institutions en amenant les acteurs locaux vers une démarche active au travers de rencontres régulières. La constitution d'un réseau de santé peut correspondre à une démarche formelle, dotée d'un cadre réglementaire et institutionnel et financée en tant que telle. Mais dans le cas présent, elle doit partir d'une dynamique locale résultant de la volonté des acteurs de collaborer et de favoriser le partage des connaissances et des pratiques autour des problématiques santé d'un groupe cible particulier : les Roms d'Europe de l'Est.

⁷⁹ DGAS, *Professionaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006*

⁸⁰ *Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

⁸¹ *CHARTRE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001*

Confier directement au médiateur un rôle moteur dans la mise en œuvre de ce réseau suppose que les structures d'accueil de ces professionnels acceptent de les mettre en première ligne dans les relations avec les institutions, ce qui peut entraîner un certain bouleversement des rapports hiérarchiques : les directions des associations dans cette configuration ne détiennent plus le monopole de la relation directe avec les partenaires institutionnels, elles doivent reconnaître une autre forme de légitimité, issue de la connaissance acquise sur le terrain et du rapport de confiance instauré avec le public. L'intérêt de confier à un médiateur l'animation de ce réseau est que sa démarche spécifique doit le conduire naturellement à faire en sorte que les Roms issus des groupes concernés y soient représentés et écoutés.

Le rapport d'évaluation de la Direction générale de la santé sur la médiation sanitaire⁸² décrit la mise en œuvre de cette activité – le « réseautage » traduction franco-canadienne de networking – en distinguant deux étapes :

1) **La connaissance des personnes ressources** : Il s'agit dans un premier temps d'identifier et d'établir le contact avec des personnes ressources (de « bons interlocuteurs ») au sein des institutions, en vue d'aider des personnes précises dans des situations précises et ainsi, d'être reconnu au sein du groupe cible comme acteur ayant une capacité d'intervention (donc digne d'être contacté).

2) **La reconnaissance par le réseau d'intervenants** : A force d'interventions efficaces et grâce à la reconnaissance par le public, le médiateur sanitaire finit par être reconnu par le réseau professionnel d'intervenants médicaux et/ou sociaux (ce qui s'effectuera d'autant plus vite que d'autres facteurs contribueront à sa crédibilité comme le diplôme initial et le poids de sa structure employeuse). Cette reconnaissance acquise permet d'engager véritablement une action de médiation car c'est la condition nécessaire pour remonter de l'information en direction des professionnels et des institutions sur les caractéristiques des publics en vue d'améliorer les conditions pratiques d'accueil et de prise en charge, de permettre une meilleure compréhension de leurs problèmes spécifiques.

Le passage du premier niveau de réseautage (orientation au cas par cas des personnes) au second (reconnaissance du médiateur par les institutions et possibilité de sensibilisation des professionnels) nous semble bien illustré dans cet extrait du rapport 2007 de la Mission Roms Ile-de-France de Médecins du Monde :

Médecins du Monde, Mission banlieue Ile-de-France, mission Roms, Rapport 2007

Le développement de l'activité de terrain de l'équipe périnatalité a été concomitant avec le développement de rencontres et de partenariat avec les structures de proximité, souvent mise « en difficulté » par l'arrivée parfois massive de femmes Roms.

Ainsi par exemple le centre de PMI situé à proximité du Caso, accueillait généralement bien les femmes et les enfants que nous leur orientations jusqu'au jour où un énorme bidonville Roms comprenant jusqu'à 1000 personnes se crée à la plaine St Denis, et qu'ils voient leurs consultations « embolisées par les demandes des femmes Roms ». Le développement du recours à la PMI des femmes qui étaient pour la mission une excellente nouvelle, n'était pour eux que difficilement absorbable.

⁸² Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

Ainsi l'équipe périnatalité a développé les rencontres avec ses structures pour mieux leur expliquer le fonctionnement de la mission, la situation des Roms et les problématiques spécifiques aux femmes, et voir comment il était possible de mieux intégrer ces femmes dans la structure.

Ces rencontres ont souvent permis de faciliter les relations tel qu'à la PMI de la plaine St Denis, la PMI Henri Barbusse de St Ouen, le planning Delafontaine, la Maternité de l'hôpital Beaujon à Clichy (92)... Certaines équipes ont effectué une sortie sur le terrain avec l'équipe de Médecins du Monde pour mieux comprendre la situation de ces femmes. Ainsi l'équipe périnatalité s'est rendue à St Ouen avec 3 personnes de l'équipe du planning familial de l'hôpital Delafontaine et avec la responsable des centres de planning familiaux au Conseil Général 93. Ces sorties ont généralement été une réussite, elles ont permis à la fois une prise de conscience de ces acteurs sanitaires et sociaux et une meilleure compréhension de l'action de MdM.

Lors de la rencontre du mois de mars entre la mission, l'équipe du planning familial « les moulains » de St Denis et la coordinatrice des 4 centres de PF de la ville, a même été évoqué l'idée de venir faire des consultations de contraception sur les terrains, mais faute d'accord administratif nécessaire, ce projet n'a pu se mettre en place.

Concrètement ces rencontres ont généralement permis une meilleure compréhension, donc un meilleur accueil des femmes Roms dans ces structures, une éventuelle adaptation des horaires/rendez vous pour faciliter leur venue, mais aussi d'avoir encouragé les structures à recourir à l'interprétariat par téléphone (via ISM interprétariat) alors que beaucoup appelait systématiquement MdM ou rejetait les femmes venues sans interprètes.

En ce qui concerne la **composition** de ce réseau, le médiateur santé est responsable en premier lieu de la constitution autour d'un groupe familial d'un réseau impliquant les acteurs investis dans le champ de la santé à l'échelle locale (CHU, médecins libéraux, PMI, PASS, CLAT, CMP, centres de sécurité sociale, associations œuvrant dans le champ sanitaire...). En second lieu et dans un objectif global de promotion de la santé, ce réseau doit aussi permettre d'intervenir sur les conditions environnementales qui déterminent l'accès aux soins et l'état de santé. Pour prendre un exemple évident, la constitution d'un réseau de santé autour d'un groupe déterminé installé sur un bidonville n'a pas de sens si les acteurs publics (préfecture, municipalité, DDASS) susceptibles d'intervenir pour demander ou mettre en œuvre l'expulsion du terrain, voire des mesures d'éloignement du territoire, ne sont pas approchés (et dans l'idéal associés). De même les services sociaux (CCAS et circonscriptions d'action sociale), qui doivent être mobilisés au niveau de l'ouverture des droits à l'assurance maladie et peuvent étayer les démarches d'accès aux soins par un accompagnement social global, doivent être partie prenante de ce réseau. Enfin, les associations et comités de citoyens mobilisés en soutien et en défense des droits des familles doivent bien entendu être intégrés.

Quelle définition opérante de la médiation sanitaire auprès d'un public rom d'Europe de l'Est en France ?

La médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est en France s'inscrit dans le cadre générique de la médiation sociale, balisé autour d'une définition consensuelle depuis 2001 par les institutions. Il s'agit d'un métier à part entière et non pas d'une fonction médiatrice annexe, qui s'appuie sur une formation spécifique, un référentiel et un cadre éthique et déontologique formalisé à travers une charte. Cette dernière se réfère à la Charte de référence de la médiation sociale⁸³ et sera formalisée en concertation avec les médiateurs sanitaires à l'issue d'un programme expérimental.

Auprès de ce public spécifique, les finalités de son intervention sont triples :

1. Assurer une meilleure compréhension réciproque entre les acteurs du système de santé et le public rom, étant entendu que l'intelligibilité de l'institution médicale, est, à divers degrés, une difficulté potentielle pour tous les patients. Dans cet objectif, il met en relation les systèmes de représentation autour de la santé véhiculés par le corps médical et par le contexte culturel des individus et groupes familiaux concernés. Mais il reste surtout vigilant à ne pas construire arbitrairement des difficultés de communication qui seraient proprement liées à « la culture rom » et attire en premier lieu l'attention sur les facteurs sociaux (conditions de vie, marginalisation, faible niveau de scolarisation) et les obstacles au regard desquels les institutions ont leur part de responsabilité (cadre législatif et réglementaire, dénis de droits, stigmatisation des patients...).
2. Prévenir et lutter contre les traitements discriminatoires à l'encontre des Roms, défendre les droits des personnes et permettre leur accès égal aux services de santé publique.
3. Favoriser la transition d'une intervention spécifique en partie déterminée sur la base de critères ethniques, dont l'écueil serait de rester cantonnée dans le champ de l'humanitaire ou du communautaire, vers une prise en compte du public rom par les services de santé de droit commun.

Le positionnement du médiateur sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est en France implique de nuancer ou préciser certains critères propres à la définition de la médiation sociale citée plus haut.

1. Il se place bien comme un tiers, indépendant tant à l'égard des institutions du système de santé que des personnes ou des communautés roms, et se situe à ce titre hors des rapports de représentation ou de pouvoir.
2. S'il est neutre, c'est au sens où il ne prétend pas avoir un avis expert et apporter des réponses ou une issue en situation de conflit. Mais cette neutralité ne doit pas être contradictoire avec le fait, sinon de dénoncer, du moins de signaler les cas de violations de droits et discriminations à l'encontre des personnes.
3. La notion d'impartialité ne peut non plus être assumée entièrement puisque l'enjeu de son intervention est aussi de parvenir à une communication égalitaire à partir d'une relation de départ profondément asymétrique, entre un acteur du système de santé et un patient rom étranger qui ne maîtrise ni le savoir médical et ni les codes de la société d'accueil.

Sa fonction est clairement identifiée en amont des professions de santé et des travailleurs sociaux, dont il se distingue en particulier en tant qu'agent de proximité et

⁸³ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

de contact, présent sur les lieux de vie des Roms et ouvert à la rencontre sans procédure formalisée et différée.

L'entrée sanitaire qui caractérise son action ne correspond pas à une délimitation stricte du champ de son intervention qui, tout particulièrement dans le cas des Roms en situation de grande précarité, ne peut pas être menée sans une approche intégrée des conditions de vie des personnes. Il tend donc à prendre en compte l'ensemble des facteurs en interaction avec la santé en alertant ou en orientant vers des relais compétents et réactifs dans les autres domaines, pour ne pas perdre la spécificité de son approche sanitaire. Pour cette raison, la mobilisation d'un réseau partenarial territorialisé et pluridisciplinaire constitue un principe essentiel des méthodes d'intervention d'un médiateur sanitaire.

D- Posture du médiateur sanitaire

Le médiateur n'a aucune fonction de représentation : il ne représente pas la population, il ne représente pas non plus les institutions, mais doit néanmoins acquérir la reconnaissance des deux. Dans le champ de la santé, ils réalisent une interface : « Ce ne sont ni des patients, ni des soignants : ce sont, au sens moderne du terme " média " des " communicants ". »⁸⁴

Les différentes expériences de médiation citées plus haut, quel que soit leur champ d'application ou la population cible, semblent pouvoir se distinguer suivant le degré de proximité recherché par rapport au public ou par rapport aux institutions et suivant les moyens choisis pour obtenir la confiance des deux parties. La notion d'impartialité du médiateur au centre de la définition de la médiation reconnue par les institutions a été nuancée plus haut au regard d'une relation de départ très inégalitaire entre un patient rom étranger en situation de grande précarité et un professionnel de santé. Ce qui est à interroger ensuite, ce sont les ressorts sur lesquels ce médiateur peut s'appuyer dans ce contexte pour être néanmoins reconnu aussi bien des personnes comme des institutions.

1) Obtenir la reconnaissance des personnes

La médiation sanitaire part souvent de relations individuelles qui supposent « qu'une relation personnelle assez intime soit établie, pour qu'il y soit question de santé ». ⁸⁵

a) Les expériences qui privilégient une reconnaissance par l'identification, l'appartenance, voir la représentativité

Beaucoup d'expériences de médiation misent sur l'instauration d'un lien de confiance basé sur la possibilité d'identification et les solidarités communautaires en recrutant les médiateurs dans la population cible. Cette population peut être définie à travers une approche identitaire (en référence à l'ethnicité, à une classe d'âge, au partage d'un stigmate comme peut l'être l'exil, la maladie, l'usage de drogue, la prostitution,...) ou géographique (quartier, lieu de vie).

Dans la première catégorie (médiateur issu de la communauté au sens ethnique) on peut citer l'expérience des médiatrices santé de Romani-Criss recrutées dans la communauté Rom et recommandée par un institutionnel (mais il s'agit dans les ¾ des cas d'un élu du parti Rom de la région). Il s'agit toujours de mères de famille d'un certain âge, qui bénéficient d'un niveau scolaire minimal (environ 10 ans) et qui disposent en quelque sorte d'une autorité morale au sein de leur communauté. Le programme de santé communautaire développé en Navarre repose sur le même postulat que le médiateur doit être lui-même Rom et va même plus loin en exigeant de lui une représentativité : c'est la communauté rom locale qui débat et élit le médiateur parmi les plus respectés de ses membres, un processus de cooptation qui peut prendre jusqu'à 6 mois. Des expériences existent en France qui s'appuient sur le recrutement d'un Rom pour assurer une mission de médiation sociale (PARADA, Une famille un toit 44) ou scolaire (ASET 93). Dans ces situations, le médiateur appartient au groupe au sens identitaire du terme. Ce choix est justifié ainsi par un professionnel de l'ASET 93 : « Un Rom, même étranger, est souvent mieux apprécié par ses semblable qu'un gadjo (rapport de familiarité, de « fraternité » même) en revanche, un gitan ou un manouche n'est pas perçu comme un rom. Il connaît la culture : la culture rom est complexe, très attachée aux

⁸⁴ Intervention du Pr. Pierre-Marie Girard Directeur de l'IMEA, lors du colloque « Médiation en santé publique » le 3 octobre 2005 au Ministère de la santé et des solidarités

⁸⁵ Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006

traditions, elle est faite de croyances, d'interdits et de tabous. Il connaît la langue : la langue romani crée un lien de complicité, de confiance et de respect. Le roumain n'est pas suffisant. Le médiateur rom est mieux écouté, mieux entendu, le lien avec la population s'établit plus vite, le médiateur rom est plus engageant, en situation d'identification des besoins, le médiateur rom est plus à même de cibler les priorités et de cerner le vrai du faux »⁸⁶ Ainsi au sein de l'association PARADA, un médiateur social âgé d'une cinquantaine d'année a été embauché « Il est apprécié en tant qu'homme, d'expérience, de sagesse et de justesse. Il fait aussi figure de paternité et d'autorité. A l'occasion d'un rassemblement ou d'une manifestation, force est de constater le pouvoir du médiateur rom, véritable homme d'influence. Dans sa mission d'aide à la scolarisation, il est lui-même un exemple pour les autres. Et les enjeux de la scolarisation prennent sens. »⁸⁷ De même l'association ASET 93 a recruté une femme rom, âgée d'une trentaine d'année, comme médiatrice scolaire. Sans bénéficier du même rapport d'autorité, elle est perçue par l'association « comme un modèle d'émancipation et de modernité ».⁸⁸

Dans la seconde catégorie (médiateur issu de la communauté au sens géographique), on peut ranger notamment la plupart des expériences de femmes-relais. Le réseau femmes inter association – ISM se défend ainsi d'ethniciser la fonction de médiation : « Si un Africain a un problème, on pense tout de suite à une médiatrice africaine... Cela n'a rien à voir. Il faut d'abord voir la personne avant sa couleur. C'est important de bien connaître les différentes cultures, mais il n'est pas besoin pour cela d'être originaire du pays. Nous évitons aussi de mettre les gens dans des situations de dépendance. L'objectif est de les amener vers l'autonomie. »⁸⁹ En revanche, les médiatrices sont souvent des mères de famille membres d'associations de quartier. Il en va de même de certaines expériences d'adultes-relais, qui – dans une logique de politique d'emploi – s'appuient sur le recrutement d'adultes habitant les quartiers, confrontés au chômage ou à la précarité.

Au cours de l'étude menée par la Direction générale de la santé, la quasi totalité des médiateurs sanitaires interrogés partageaient eux-mêmes une grande partie des caractéristiques de leurs publics qui pèsent sur les problématiques de santé de ces derniers : l'expérience de l'immigration récente, l'expérience de la toxicodépendance, de la séropositivité, etc.⁹⁰ C'est en s'appuyant sur cette connaissance intime qu'il arrivaient à « prendre en compte les problèmes de ces personnes de manière appropriée, c'est-à-dire en tenant compte des liens entre les différents problèmes ; en se plaçant du point de vue de la personne qui a le problème, non d'un point de vue de distributeur spécialisé dans telle ou telle solution (soin, CV, hébergement, hygiène, droits, argent, etc.) »⁹¹ Il y a donc bien un processus d'identification qui se joue. Mais certains de ces médiateurs ne sont pas issus des groupes cibles, ils s'en sont rapprochés volontairement au point d'entrer dans une sorte de « fraternité adoptive. Tous sont en empathie avec les membres d'un groupe social à la fois menacé, au plan sanitaire, et (plus ou moins) marginalisé, au plan social et institutionnel. Cette fraternité est la source d'une forte motivation pour leur mission. »⁹²

⁸⁶ Entretien avec un intervenant de l'ASET 93, Seine-Saint-Denis, 4 février 2009

⁸⁷ Entretien avec un intervenant de l'ASET 93, Seine-Saint-Denis, 4 février 2009

⁸⁸ Entretien avec un intervenant de l'ASET 93, Seine-Saint-Denis, 4 février 2009

⁸⁹ Citer interview

⁹⁰ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

⁹¹ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

⁹² Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

b) Les écueils de cette approche

Dans les expériences de médiation sociale plus généralement une évolution est observée depuis 2000 : les cadres d'intervention sont plus clairs et les réflexions professionnelles se développent au sein de bien des structures. « Au début les employeurs ont été tentés de mettre en place des médiateurs sociaux sur le modèle des « grands frères ». Partant du principe que les interventions seraient d'autant mieux acceptées si les médiateurs étaient proches du public, car partageant leurs références. Appartenant à ces quartiers, ils étaient considérés comme naturellement porteurs des aptitudes recherchées. Maintenant, il n'y a plus, en général, un recours exclusif à ces critères. Si tel est le cas, un travail de distanciation peut compléter l'adaptation au poste. »⁹³

Cette distanciation paraît nécessaire pour limiter les risques auxquels une attitude « militante » expose les médiateurs sanitaires : « Elle conduit à s'exposer personnellement, donc à un certain isolement - y compris dans la structure employeuse, si celle-ci a par ailleurs d'autres missions moins exposées – et à un risque d'usure psychologique, qui peut à terme réduire l'efficacité de l'intervention du médiateur. »⁹⁴

Si le recrutement d'un médiateur issu de la communauté rom n'est pas à écarter en soi, notamment en raison de l'intérêt qu'une telle expérience comporterait du point de vue de la promotion des personnes à travers le développement d'un statut d'exemplarité, il est important d'être conscient des risques qu'il comporterait :

La notion de communauté au sens ethnique ne va pas de soi en ce qui concerne les Roms. Le sentiment d'appartenance ne s'étend pas prioritairement à un peuple mais à un réseau de parenté plus ou moins éloigné et ancré dans une origine géographique précise. Les Roms issus de telle ville ne s'identifieront pas complètement ceux issus d'une autre région de Roumanie, comme par exemple dans un cas observé en Ile-de-France de 2 bidonvilles et 1 squat attenants, occupés respectivement par 3 groupes de familles de 3 régions différentes de Roumanie avec 3 histoires et 3 traditions distinctes. Cela est également vrai aussi au niveau individuel, à l'intérieur d'une même famille, où chacun n'a pas le même niveau d'attachement culturel.⁹⁵ Il n'est donc pas possible de transposer directement les expériences en direction des Gitans de Navarre en Espagne ou des Roms de Roumanie en Roumanie, puisque les groupes en question se trouvent ici dans un contexte de migration. En France, si l'action était ciblée sur un groupe précis originaire de la même région dont serait issu le médiateur, il y a de grandes chances qu'elle soit amenée à changer de commune, de département, de région pour suivre ce groupe qui – du fait d'une mobilité subie – est susceptible de se déplacer ou d'éclater (ce qui n'est pas le cas dans les pays d'origine). Si elle est au contraire délimitée sur un périmètre géographique dans l'objectif de sensibiliser de façon durable les structures de santé à l'accueil d'un public particulier, il paraît nécessaire de s'appuyer sur un médiateur en capacité de s'adapter à différents groupes. Certes il peut arriver qu'un Rom, ayant eu la chance de faire des études et établi en dehors de la communauté ait cette capacité, mais ce critère oriente davantage vers un recrutement non rom.

Dans ce schéma il y a peu de chances que le médiateur parvienne à se libérer des jeux d'influence. Il existe une loi Rom parallèle au droit commun à laquelle se réfèrent systématiquement les Roms en cas de conflits. Et en cas de conflit familial, si la médiatrice

⁹³ DGAS, *Professionaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006*

⁹⁴ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

⁹⁵ Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire à Médecins du Monde, 5 nov. 2008

appartient à une famille impliquée dans un conflit elle peut rencontrer des difficultés insurmontables pour travailler pour un membre de l'autre famille, aussi éloigné soit-il des personnes directement en conflit. Au cours d'échange avec une représentante de Romani criss, bien au fait de la situation des Roms roumains en France, une distinction fondamentale est apparue au regard des pays d'origine, déterminante quant au profil de médiateur à envisager : à la différence des quartiers roms en Roumanie, les communautés roms en France constituent des groupes de circonstance, reformés suite à la migration et donc sans unité originelle. Cela peut poser au médiateur issu de l'une des familles du groupe un problème de partialité voire de compatibilité, notamment en cas de conflit intergroupes. Par ailleurs, elle observe que le potentiel de ressource humaine – des femmes roms ayant été scolarisées suffisamment longtemps – est détenu principalement par les familles qui sont déjà les chefs sur les terrains et recommande d'éviter de leur donner un outil de domination supplémentaire.⁹⁶

Ce questionnement sur les limites d'un recrutement au sein des groupes cibles, en présupposant que seule l'origine permet de décrypter les situations, du fait notamment de leur hétérogénéité n'est pas propre aux communautés roms. Ainsi un professionnel de l'association Regards observait soulignait le risque d'enfermement dans une communauté qui est présumée homogène, alors qu'elle ne l'est pas, à partir d'un exemple africain : « Au Botswana dans un village de cinq mille habitants, j'avais cinq ou six différentes façons de voir le monde selon les populations qui venaient s'adresser à moi, et j'avais cinq langages différents. [...] Ces personnes, si elles ne sont pas formées, peuvent ne pas avoir la distance par rapport aux enjeux de pouvoir internes aux structures. Il y a des structures de pouvoir inhérentes à chaque société, des structures de castes, et il n'est peut être pas possible de prendre une certaine distance lorsqu'on est impliqué et que l'on n'a pas reçu une certaine formation. L'un des dangers également, c'est que ces médiateurs naturels peuvent faire écran entre le professionnel et la population. Se prétendant médiateurs, sans en avoir les compétences de décryptage, ils font un écran, et l'ensemble du dispositif institutionnel se réfugie derrière ces médiateurs. Enfin, il est clair que la simultanéité des facteurs culturels, migratoires, précarité et pauvreté, ne doivent pas être enfermés dans un seul concept, qu'est le concept de la culture. »⁹⁷

La même représentante de Romani criss observe l'importance de maîtriser parfaitement la langue des institutions et des médecins pour obtenir leur écoute, le Roumain en Roumanie et le Français en France.⁹⁸ Se posent alors des difficultés concrètes qui nous contraindraient à limiter les critères de compétence lors du recrutement des personnes : les personnes potentiellement concernées sont le plus souvent en situation irrégulière et n'ont par conséquent pas droit au travail, aucune ne maîtrise complètement le français, leur expérience professionnelle, quand elles en ont, est dans un tout autre domaine. Enfin, étant donné le niveau de scolarisation habituel des Roms migrants en France, il paraît peu probable de parvenir au recrutement d'une personne qui corresponde aux pré-requis exigés en terme de formation initiale. Tout ceci nécessiterait une ingénierie de formation très différente, intégrant sans doute du FLE et une formation plus longue sur la connaissance des institutions françaises.

Enfin, le désintéressement du médiateur qui, « hormis la rémunération qu'il peut recevoir de son employeur, ne doit pas utiliser son influence ou sa situation pour obtenir quelque avantage de la part des habitants, des usagers ou des structures auprès desquels il

⁹⁶ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris le 12 févr. 2009

⁹⁷ Intervention de Stéphane TESSIER, Association REGARDS, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

⁹⁸ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris le 12 févr. 2009

intervient »⁹⁹ fait appel à un fonctionnement qui n'est pas nécessairement acquis. En Roumanie, première région d'origine des Roms migrants en France, le bénévolat est récent, peu développé et peu compris. Travailler sans percevoir de salaire passe presque pour de l'esclavagisme volontaire. Tout a donc un prix, la rémunération au service est normale puisque tout se paie au sein de la communauté et il leur est donc difficile d'appréhender le concept de gratuité : « Si je demande à mon voisin de me couper un peu de bois parce que je n'en ai pas la force, il me demandera 5 euros ; alors quand il me demande de l'accompagner à l'hôpital, je lui demande 5 euros, c'est comme ça que ça marche, cela n'a rien d'immoral [...] moi-même (en tant que Roumaine gadjé) lorsque je travaillais à Lyon, on me proposait de l'argent pour mes services. »¹⁰⁰

Quant aux inconvénients d'une proximité géographique avec la population cible, elles proviennent de la difficulté à distinguer la sphère privée et professionnelle. Ainsi les médiatrices sanitaires en Roumanie sont censées travailler 40 heures par semaine mais cela ne correspond en rien à la réalité constatée : 95,7% déclarent qu'elles travaillent beaucoup étant donné qu'elles vivent sur le lieu de leur intervention et leur maison est souvent aussi leur « bureau » où les Roms se présentent même la nuit et les week-ends. Il en va de même dans le cas des expériences de femmes-relais en France : « Parfois la vie familiale en prend un coup. Cela peut devenir lourd de gérer la misère des gens. Les problèmes sont tels que certaines médiatrices sont trop sollicitées et il n'est pas facile, alors, de trouver des limites, notamment si l'on est dans un quartier où l'on connaît les gens. La proximité pose, d'ailleurs, la question de la neutralité. Comment rester neutre lorsque l'on vit au quotidien avec les gens ? ». Dans le cadre de ce projet pilote en direction des Roms migrants en France, l'intervention se situe dans un contexte de migration récente et de très grande précarité, exiger d'un médiateur qu'il remplisse cette mission tout en vivant en permanence au sein du groupe sur un squat ou un bidonville représenterait une mise en danger de la personne.

Sur quels ressorts le médiateur s'appuie pour instaurer un rapport de confiance avec son public : les options à retenir dans le cadre des projets pilotes de médiation sanitaire auprès de Roms migrants en France

Les projets pilotes à mettre en œuvre à l'issue de cette étude se situent dans une démarche expérimentale, à petite échelle et durant une période limitée. Dans ce cadre, même si le recrutement d'un médiateur issu de la communauté comporte a priori une série de difficultés soulevées plus haut, il n'est donc pas à exclure par principe et pourrait – sous réserve que différentes conditions protectrices soient réunies – constituer l'un des cas de figures à explorer. Mais y compris dans ce cas, il paraît souhaitable néanmoins que l'appartenance communautaire ne constitue pas le principal ressort de la proximité à établir avec le public Rom.

C'est l'option qui a été retenue dans les expériences de médiation sanitaire de Médecins du Monde : un projet initial visant à la mise en œuvre de postes de médiateurs sanitaires prévoyait le recrutement de personnes issues de la communauté. Ce projet n'a pas abouti pour des raisons administratives (les autorisations de travail ayant été refusées aux personnes recrutées). Les différentes missions Roms de Médecins du Monde se sont ensuite appuyées davantage sur des médiateurs roumanophones non-roms (bénévoles ou professionnels). Il en va de même pour le Comité d'Aide Médicale dont l'action en direction des Roms de Seine-Saint-Denis repose sur un binôme composé d'une infirmière et d'une médiatrice

⁹⁹ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

¹⁰⁰ Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire à Médecins du Monde, 5 nov. 2008

roumanophone gadjé. L'expérience niçoise de l'ALC-SPRS était également menée par une infirmière et une médiatrice sanitaire roumanophone gadjé. Dans le champ plus large de la médiation sociale, l'expérience de l'ASAV repose sur un médiateur roumanophone français et une médiatrice roumaine.

Ces professionnels recourent à des atouts qui relèvent davantage de la connaissance et de la compétence que de l'appartenance pour instaurer cette proximité avec leur public qui les distingue des travailleurs sociaux classiques.

L'intervention professionnelle va notamment faire appel à des compétences de communication et d'animation de réseau. Si une partie de ces compétences sont naturelles, la formation des médiateurs doit permettre de les étayer : technique de conduite d'entretiens, notamment sous l'angle du counselling, associant l'écoute sans jugement et la focalisation sur le problème et sa solution.¹⁰¹

Les médiateurs s'appuient également sur une connaissance anthropologique plutôt qu'une connaissance de l'intérieur pour décoder et interpréter les échanges. Une ancienne médiatrice roumaine de Médecins du Monde présente ainsi les bases de son action : « il est important de bien maîtriser les deux mondes, de savoir interpréter les demandes, d'être pédagogue, de comprendre les difficultés à respecter les rendez-vous car la notion de temps est très différente (dans certains dialectes, « hier » et « demain » se disent de la même manière) ».

Il s'agit par exemple pour aborder les informations sur la sexualité, la contraception de prendre en compte certains tabous et d'être conscient que les enfants, le fait d'avoir une famille nombreuse, revêtent traditionnellement une grande importance. Plus la famille est grande plus on prend d'importance dans la société, plus la famille est reconnue, plus elle est influente,... c'est un gage de réussite sociale. Sur la thématique du contrôle des naissances plus qu'ailleurs, l'appartenance religieuse est très importante. Par exemple dans le cas d'une famille pentecôtiste, l'IVG sera difficilement envisageable. A fortiori si cette famille est originaire d'une région rurale de l'Est de la Roumanie.¹⁰² Pour prendre un autre exemple, l'éducation à la santé en ce qui concerne les enfants doit tenir compte de certains modèles éducatifs. En effet, les déséquilibres alimentaires sont souvent liés au fait que les enfants ne sont pas contrariés et ont donc un mauvais comportement alimentaire. En ce qui concerne les vaccinations, certains obstacles doivent être levés comme le refus de voir pleurer l'enfant, le fait de provoquer de la fièvre et la priorité donnée à une santé de l'immédiat, du curatif avant le préventif.

Ils s'appuient sur la reconnaissance d'une efficacité et développent leur « réputation » à l'échelle du groupe familial et au-delà. Ce lien de confiance se construit dans la durée puisqu'il appartient alors au médiateur de « faire ses preuves » mais peut aboutir à une relation plus solide que celui qui repose sur l'appartenance, comme en témoignent les médiatrices de l'ALC-SPRS : « Le premier contact s'est fait par le biais d'une famille qui nous a présentées à d'autres dans un squat. Ce sont les femmes enceintes qui ont créé la demande et permis notre intégration sur le terrain. Le lien de confiance s'est construit d'abord sur le temps, notion importante, puis sur les engagements tenus. L'information circule très bien parmi les Roms migrants du département car ils viennent tous de la même région de Roumanie et tout le monde finit par réclamer son rendez-vous médical. Quand nous avons cherché à passer par

¹⁰¹ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

¹⁰² Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale en Seine-Saint-Denis, 29 oct. 2009

des relais au sein du groupe, les gens avaient besoin d'entendre la médiatrice donner l'information elle-même »

Les médiatrices du Comité d'Aide Médicale font le même constat : « Le premier contact, à l'arrivée sur les terrains, est assez facile. Nous sommes en général accueillies par les femmes. Le bouche à oreille fonctionne bien pour la confiance et nous bénéficions des échos de leurs actions avec d'autres Roms. » Cette reconnaissance à partir de quelques actions abouties, peut in fine donner plus de crédit à la parole du médiateur. A Nice, lorsque la médiatrice (roumaine gadjé) a cherché à passer par des relais au sein du groupe, les gens demandaient cependant à l'entendre donner l'information elle-même.¹⁰³

En dépit de leur extériorité par rapport à la communauté, les médiateurs peuvent cultiver la confiance des personnes par la préservation et la valorisation de leur statut intermédiaire spécifique et donc en faisant valoir leur indépendance à l'égard des institutions. Notamment dans le cas des Roms migrants, européens mais en majorité considérés comme étrangers irréguliers, l'appartenance associative et la possibilité de garantir une indépendance au regard des institutions publiques – même si ces dernières sont financeurs – et la confidentialité des informations, est le gage d'une communication plus facile que celle qu'obtiendrait un travailleur social. En allant à la rencontre des personnes, ou à leur demande, il est parfois dépositaire d'informations confidentielles, témoin ou confident. Les éléments recueillis dans un tel cadre ne peuvent être divulgués : le médiateur social ne peut transgresser la confidentialité et le respect dus à chaque personne. Il rend donc anonyme le retour d'informations. C'est un élément important de la charte de référence de la médiation sociale : « La discrétion et le respect de l'anonymat s'imposent au médiateur, dont la reconnaissance repose sur la confiance qu'il inspire aux parties. Le médiateur ne peut utiliser les informations recueillies lors de la médiation (qu'elles relèvent de la confiance ou de l'observation) qu'avec l'accord des parties, dans le respect des lois existantes. Dans l'exercice de leurs activités, les médiateurs sociaux sont confrontés à des situations complexes qui ne les exonèrent pas pour autant de leurs responsabilités de citoyens au regard de la loi obligation de porter assistance à personne en péril, obligation de dénoncer les crimes et les violences faites aux personnes particulièrement fragiles...). Au regard de ces éléments, il est de la responsabilité de l'employeur de rappeler au médiateur la nature des informations qui doivent être transmises et les conditions de la transmission de celles-ci, qui doit se faire selon des modalités garantissant leur protection. »¹⁰⁴ Ce cadre éthique doit être clairement et officiellement précisé, sans quoi les partenaires des médiateurs sociaux risquent d'interpréter ses refus de transmissions d'informations nominatives comme un refus de collaboration, voire comme une « attitude subversive ». ¹⁰⁵

Ce devoir de confidentialité et l'indépendance à l'écart des institutions se double d'une attitude de non-jugement, une posture d'écoute bienveillante. Dans les communautés roms, certains tabous très forts peuvent interdire de s'exprimer en présence d'un membre de son groupe. En ce sens et de façon paradoxale, la présence d'un gadjé peut ouvrir un espace de non-jugement, de respect et de secret qui facilite

¹⁰³ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

¹⁰⁴ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

¹⁰⁵ DGAS, Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005-Janvier 2006

la communication, notamment lorsqu'il s'agit de questions intimes ayant trait à la santé. Ici pourrait se situer l'avantage d'un médiateur gadjé, comme l'a souligné longuement un médiateur social rom embauché par une association nantaise.¹⁰⁶ Il illustre cela par une anecdote simple où, sollicité par un professionnel de santé pour de l'interprétariat par téléphone avec une patiente rom, il a été obligé de se présenter comme un roumain gadjo pour que celle-ci puisse s'exprimer librement sur son état de santé.

S'il n'est pas issu de la communauté, le médiateur doit cependant partager la langue du pays d'origine et bénéficie ainsi d'une proximité linguistique. La barrière de la langue permet de rendre compte en grande partie de l'isolement des communautés Roms par rapport aux institutions, sans qu'il y ait nécessairement un fossé culturel. La présence d'un interlocuteur qui communique dans sa langue représente ainsi en soi un grand soulagement pour les personnes.

La langue romani n'est pas forcément le meilleur vecteur, du fait des fortes variations qu'elle subit en fonction des régions d'origine des personnes (y compris entre des groupes de même nationalité). Dans un cadre limité d'expériences pilotes, il est possible de se limiter à la langue roumaine parlée par la majorité des Roms présents en France. Il faut simplement être conscient que ce choix introduira dans un premier temps un critère de sélection des groupes bénéficiaires de l'action en fonction de leur nationalité (le comité d'aide médicale n'intervient pas dans le 93 en direction des groupes serbes et bulgares car la médiatrice est d'origine roumaine).

Ainsi, si le médiateur n'est pas Rom, il doit en revanche maîtriser parfaitement la langue des groupes en direction desquels il intervient. La langue joue en effet un rôle déterminant dans la relation : au sein du binôme mis en place par l'ALC-SPRS à Nice, l'infirmière francophone s'est vu malgré elle attribuer un rôle de représentation des autorités françaises alors que la roumanophone a pu véritablement se situer dans un rôle de médiation.¹⁰⁷ Qu'il s'agisse d'une langue maternelle ou seconde, le médiateur doit donc être en capacité de maîtriser toutes les subtilités de la langue roumaine.

La médiation sanitaire auprès des groupes roms en situation de migration sera également facilitée par une relation privilégiée entre femmes. Il est possible de s'inspirer des enseignements d'expériences françaises et étrangères pour miser sur une approche liée au genre, qui – du moins sur le volet sanitaire – paraît correspondre aux spécificités culturelles des sociétés roms. « Dans les familles et les communautés roms, les femmes jouent un rôle central en matière de santé. Ce sont en général les femmes qui dispensent les premiers soins dans les familles et communautés roms. Elles font aussi souvent office d'intermédiaires entre leurs familles et les services publics. Pourtant, elles ont tendance à négliger leur propre santé et sont en outre exclues de diverses structures publiques, comme l'éducation et le logement. Cette situation nuit non seulement au développement personnel de ces femmes, mais aussi à celui de leurs communautés. »¹⁰⁸

¹⁰⁶ Entretien avec le médiateur social de l'association *Une famille un toit 44*, 26 novembre 2008

¹⁰⁷ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

¹⁰⁸ Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, *Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne, ancre les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique*, septembre 2003

Romani-Criss a ainsi depuis le début pris le parti de former essentiellement des femmes, à la fois « pour augmenter la position de la femme dans la société rom et parce que les femmes se font mieux écouter par les autres femmes roms. »¹⁰⁹ Le choix de s'appuyer sur des femmes tient à la répartition des rôles au sein de la famille : les femmes sont plus impliquées sur les questions de santé, elles prennent les rendez-vous pour les enfants et s'inquiètent des questions relatives à leur grossesse.¹¹⁰ D'ailleurs, ce sont concrètement les femmes qui viennent au-devant des équipes médicales sur les terrains en général.¹¹¹ Si cette option peut paraître conforter une organisation sexiste de la société, il est nécessaire de prendre acte d'une distinction des rôles masculins et féminins tels qu'ils existent et de composer avec pour faire évoluer les mentalités. Ainsi, dans les groupes familiaux où les femmes sont amenées à s'impliquer dans un suivi sanitaire pour elles-mêmes et leurs enfants, cette préoccupation finit par s'étendre aux hommes. Garantir aux femmes la gratuité et l'égalité d'accès aux structures de soins publiques contribue donc à améliorer la situation des Roms, à titre individuel et collectif, et ainsi, à faire progresser l'ensemble de la société.¹¹²

2) Obtenir la reconnaissance des institutions

Le pendant de cette mise en confiance à l'égard des personnes est de parvenir à être reconnu comme professionnel par les structures socio-sanitaires et plus largement les institutions. Or en ce qui concerne les professionnels de santé, leur organisation hiérarchisée fait qu'ils n'acceptent souvent que difficilement d'être instruits par des personnes au statut, mission, diplôme, aussi fluctuants que ceux des médiateurs sanitaires. Quand ces derniers sont bien écoutés, c'est souvent par des médecins atypiques (nombreuses missions en pays pauvres, engagement associatif ...).¹¹³

La légitimité des médiateurs au sein des structures de soins et des institutions est donc à construire.

a) Les expériences qui privilégient la reconnaissance par l'institutionnalisation d'un métier

Après quelques années durant lesquelles l'expérience de formation de médiateurs sanitaires par Romani CRISS est parvenue à maturité, des négociations ont été engagées avec le gouvernement roumain qui en 2002 a émis un décret inscrivant le métier de médiateur sanitaire dans la classification des activités de Roumanie (COR). Ce décret confirme le fonctionnement des médiateurs sanitaires et les normes techniques concernant l'organisation et le financement de l'activité des médiateurs sanitaires. Si l'application de ce décret manque de suivi par les services déconcentrés de la santé (d'où un manque d'homogénéité sur certains aspects du métier comme la sélection, le certificat de formation,

¹⁰⁹ Maria Maïlat, *Evaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par ROMANI CRISS partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – SYNTHÈSE, décembre 2005*

¹¹⁰ *Entretien avec les intervenantes de l'ALC SPRS – Nice*

¹¹¹ *Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008*

¹¹² *Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne, aincrer les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique, septembre 2003*

¹¹³ *Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

le temps de travail...) les médiateurs santé n'en demeurent pas moins reconnus comme détenteurs d'un métier et rémunérés directement par l'administration publique.

Cette voie de professionnalisation a également marqué l'évolution de l'expérience des femmes relais vers le dispositif « adulte-relais ». A partir de 2000 le ministère délégué à la Ville a considéré la fonction des femmes-relais comme métier émergent et voulu la généraliser. La Délégation interministérielle à la ville (DIV), alors chargée de concevoir le dispositif adulte-relais, a soumis un projet qui sera favorablement accueilli par les différents ministères et délégations concernés (Emploi, Affaires sociales, Migration, Famille, Droits des femmes, Budget, etc.). A l'heure actuelle, cette fonction correspond à un contrat spécifique, le contrat adulte-relais qui peut être signé par différents organismes publics ou privés dans le cadre d'une convention avec la Préfecture. L'employeur perçoit une aide annuelle de l'état correspondant à 80% du SMIC et proportionnelle au temps de travail prévu dans le contrat. La mission des adultes-relais relève bien de la médiation : il s'agit d'améliorer les rapports sociaux entre les habitants de zones géographique défavorisées et les services publics de certaines villes, ainsi que dans les espaces publics et collectifs de ces communes. Elle se décline en actions de nature très diverses inscrites dans le code du travail (article L.12-10-1) : « l'accueil, l'écoute et le concours à l'expression du lien social ; l'information et l'accompagnement des habitants dans leurs démarches, la facilitation du dialogue social, la création de liens entre les parents et les organismes qui accueillent leurs enfants ; l'amélioration et la préservation du cadre de vie ; la facilitation du dialogue social entre les générations, l'accompagnement et le renforcement de la fonction parentale ; la contribution au renforcement de la vie associative et la capacité à initier des projets. » Même s'il s'agit là d'un cadre trop large pour définir un véritable métier à la manière des médiatrices santé roumaines, plusieurs éléments depuis la mise en place du dispositif décisifs sont venus conforter la professionnalisation de ces emplois : la création en 2004 du titre professionnel de « technicien de médiation service » par l'Afpa, suite à la mobilisation des femmes-relais pour une reconnaissance de la professionnalité de leurs actions ; l'insistance des pouvoirs publics dans les différentes circulaires à rappeler l'importance des parcours de formation et de la validation des acquis de l'expérience (VAE) à l'issue du contrat adulte-relais.¹¹⁴ Mais hors ou dans le cadre du dispositif adultes-relais, il s'agit souvent de statuts professionnels précaires, qui manquent de reconnaissance et de promotion.

b) Les écueils de cette approche

Mais le réseau représentatif des femmes relais aujourd'hui émet de la réserve concernant cette institutionnalisation de la médiation en tant que métier du fait des **rigidités** que cette codification peut instaurer : « le travail qui est fait par les femmes médiatrices est énorme, utile, opérationnel... Mais il n'y a rien au bout : elles sont bénévoles ou leurs emplois sont précaires. Notre première revendication était une reconnaissance de la médiation comme un métier. Mais, en avançant dans l'analyse, nous avons nuancé. Ce que nous voulons aujourd'hui, c'est la reconnaissance de la fonction et les moyens pour l'exercer, mais pas forcément créer un nouveau métier. Si on crée un métier, cela cadre, enferme, alors qu'il faut de la souplesse. Si la codification est trop stricte, c'est fini. Il faut aller doucement. »¹¹⁵

Un autre risque dont témoigne l'institutionnalisation du dispositif adulte-relais est celui de **l'instrumentalisation** par les pouvoirs publics : la mission des adultes-relais a dans certains cas glissé vers une dimension de pacification des relations sociales qui tend à primer sur les autres. Cette évolution traduit un changement politique « d'une approche globale des problèmes qui se posent dans certains quartiers populaires à une volonté croissante de

¹¹⁴ Centre d'Etude de l'Emploi, *Connaissance de l'emploi n° 55, Adultes-relais : l'évolution d'une politique de la ville, Juin 2008*

¹¹⁵ Entretien avec Adolé Ankrah, directrice de l'association FIA-ISM, *La médiation socioculturelle, une présence dans les quartiers*

prendre en compte les questions de délinquance et d'insécurité. » Se développent ainsi les postes d'« agents d'ambiance et de la médiation » ou d'« agents de médiation et de prévention » qui luttent contre les incivilités, améliorent les relations de voisinage, préviennent la fraude ou les impayés et s'écartent ainsi sensiblement des fonctions initiales des adultes-relais.

Un risque similaire a été pointé lors de l'évaluation en 2005 du dispositif roumain de médiation sanitaire. Il s'agit d'un « possible glissement vers l'instrumentalisation des médiatrices sanitaires et vers une spécialisation de leur activité : elles sont censées convaincre les femmes roms à accepter les injections hormonales au même titre que les vaccins administrés à leurs enfants. On cible et on isole les femmes d'une culture communautaire sans tenir compte de leurs valeurs. Il faudrait éviter de glisser vers une spécialisation mais aussi éviter de transformer les médiateurs sanitaires en « instruments » pour tel ou tel autre organisme ou programme. »¹¹⁶ Cette instrumentalisation peut être aussi directement le fait de médecins et de professionnels de santé qui influencent le jugement de certaines médiatrices jusqu'à les conduire à perpétuer les stéréotypes courants à l'encontre de leur propre communauté.¹¹⁷

¹¹⁶ Maria Maïlat, *Evaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par ROMANI CRISS partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – SYNTHÈSE, décembre 2005*

¹¹⁷ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris, 12 février 2009

Sur quels ressorts le médiateur s'appuie pour gagner la confiance des institutions : Les options à retenir dans le cadre des projets pilotes de médiation sanitaire auprès de Roms migrants en France

La légitimité des médiateurs au sein des structures de soins et des institutions dans le cadre des projets pilotes qui seront menés pourra s'appuyer sur d'autres vecteurs :

- **La reconnaissance antérieure de la structure dans laquelle ils seront intégrés par les institutions**
- **L'aptitude à animer un réseau d'acteurs : la reconnaissance viendra aussi de la capacité à communiquer, aller au-devant des institutions et coordonner les interventions des structures investies auprès d'un groupe familial. Ainsi, le réseau des femmes-relais préconise à chaque nouvelle médiatrice « d'organiser une réunion avec les autres acteurs du quartier (associations, services sociaux...), afin de faire connaissance avec eux et qu'elle présente l'action de médiation. Il faut faire cette démarche pour être intégrée, sinon cela peut mal se passer. C'est la même chose si on demande à des médiatrices d'intervenir d'urgence dans un quartier où elles ne sont pas connues. On les perçoit alors comme un sous-métier social, et elles sont rejetées. »¹¹⁸**
- **La connaissance du public : la formation des médiateurs santé devra accorder une place importante à des cours d'anthropologie, de sociologie ou d'ethnologie qui permettront aux médiateurs de resituer le fonctionnement des communautés Roms et les questions qui se présentent dans leur contexte culturel, social, historique**
- **La formation initiale et l'expérience : Dans l'idéal il serait intéressant de s'appuyer sur des profils de formation différents, à un niveau équivalent au minimum à bac +3. Cela semble d'ailleurs correspondre au niveau de formation moyen des médiateurs sanitaires formés par l'IMEA qui se sont regroupés pour une part au sein de différents collectifs, dont un collectif de médiateurs en santé publique Paris Ile-de-France. Certains pourraient être détenteurs d'un DE dans le champ sanitaire ou social (infirmière, puéricultrice assistante sociale, éducatrice spécialisée...). Le recrutement d'un ethnologue ou anthropologue apporterait également des ouvertures intéressantes. Chaque médiateur peut être amené à se construire une légitimité spécifique et développer une méthodologie d'action différente en fonction de sa formation initiale. Par ailleurs, les médiateurs en santé publique regroupés au sein du collectif francilien disposent en moyenne de 5 à 10 ans d'expérience associative. Il semble nécessaire de retenir la même fourchette comme pré-requis lors du recrutement des médiateurs recrutés pour intervenir auprès des Roms migrants. Le niveau de qualification requis au départ détermine des profils professionnels différents des médiatrices sanitaires en Roumanie, scolarisée pendant 10 ans au minimum (mais plus souvent 8 ans en réalité) sans avoir généralement de première expérience professionnelle.**

¹¹⁸ Entretien avec Adolé Ankrah, directrice de l'association FIA-ISM, *La médiation socioculturelle, une présence dans les quartiers*

E- Les axes d'intervention d'une action de médiation sanitaire en direction du public rom d'Europe de l'Est

L'action de médiation sanitaire à développer auprès de la population rom migrante en France doit répondre aux différents besoins énoncés plus haut en matière d'accès aux soins (difficultés d'accès à la couverture maladie, manque d'information sur le système de santé, problème d'intercompréhension avec les professionnels de santé, environnement insalubre et mobilité subie qui induit des ruptures dans le suivi sanitaire) et en matière d'accès à la prévention et à l'éducation sanitaire (habitudes alimentaires nocives, rythme de vie irrégulier, faible couverture vaccinale).

En fonction de ces besoins peuvent être déterminés les principaux axes d'intervention d'une action de médiation sanitaire en direction du public rom d'Europe de l'Est. Selon le contexte institutionnel et les besoins spécifiques diagnostiqués dans tel ou tel groupe, ces axes d'intervention peuvent être priorisés différemment – quitte à en écarter certains si une mobilisation forte semble requise sur d'autres volets.

Par ailleurs, comme indiqué plus haut, les difficultés d'accès aux soins et l'état de santé doivent être envisagés dans le cadre d'une approche intégrée au regard des conditions de vie des personnes. Des objectifs secondaires pourront donc être introduits à la marge dans d'autres domaines (prestations sociale, logement, scolarisation, accès au droit...) tout en veillant à ce que l'entrée sanitaire reste lisible et en préservant la spécificité d'une action qui ne se substitue pas mais assure un relais vers les services de droit commun.

1- Faciliter l'accès aux soins

a- L'information sur les structures de soin et le système de santé

La finalité de ce volet de l'action est bien de conduire les Roms à une relation directe avec les services de droit commun, dans laquelle l'action du médiateur n'aurait – dans l'idéal – plus lieu d'être. C'est ce résultat que cherche à atteindre par exemple l'équipe de Médecins du Monde Marseille qui indique qu'un squat est « fermé » pour signifier que l'intervention spécifique de départ a permis aux occupants d'accéder à une autonomie suffisante pour se rendre seuls dans les structures de soins.¹¹⁹

Cette information doit concerner d'une part les droits et l'organisation du système de santé, et d'autre part les codes et les usages propres aux institutions sanitaires qui permettront aux Roms d'y être mieux reçus.

En ce qui concerne les droits aux services de santé, plusieurs intervenants observent l'effet des discriminations généralisées dont ils sont victimes depuis le pays d'origine, à travers une « intériorisation de l'illégitimité »¹²⁰ : la marginalité et l'exclusion finissent par être intégrées au point qu'ils n'ont plus l'impression de subir l'exclusion mais de la porter en eux. Le système de santé étant par ailleurs très différent en Roumanie, la plupart n'envisagent pas qu'ils puissent avoir accès à certains soins et traitements gratuitement¹²¹. D'où une tendance à l'automédication liée à l'habitude d'acheter des médicaments sans ordonnance

¹¹⁹ Atelier santé, réunion nationale du CNDH Romeurope le 24 janvier 2009, au siège de Médecins du Monde

¹²⁰ Entretien avec Katia Lurbe y Puerto, IRIS, 6 nov. 2008

¹²¹ Il faut cependant nuancer ce constat en fonction des régions d'origine : sur Nantes par exemple, les groupes familiaux qui s'installent sont informés avant même leur arrivée du fonctionnement de l'accès au système de santé et de l'assurance maladie

directement dans les pharmacies¹²² Même une fois l'AME ouverte, certains ont du mal à assimiler qu'ils peuvent se rendre chez le médecin pour consulter et avoir une prescription médicale sans rien payer ni avancer et ont tendance à attendre le passage des équipes mobiles de Médecins du Monde sur le terrain pour se faire soigner.¹²³

Le médiateur décrit par ailleurs le fonctionnement des structures de soins françaises (médecine de ville, PMI, PASS, urgences, CLAT...). Il est sur ce volet tout aussi important de transmettre de l'information que de détecter et enrayer les mauvaises informations. Cela peut aller jusqu'à donner un plan, vérifier que la personne est capable de le lire, etc. et laisser ses coordonnées et un mot expliquant qu'il est possible de les appeler pour une traduction ou pour des informations sur le cas de la personne, ses antécédents, etc. Les intervenantes du Comité d'Aide Médicale insistent ainsi sur l'importance d'apprécier le niveau d'autonomie dont dispose la personne. Elles estiment qu'il s'évalue au cas par cas et, bien qu'ils ne soient pas inutiles, se méfient des critères formels tels que l'alphabétisation. Ainsi, une personne alphabétisée et parlant un peu français se « débrouillera » peut-être moins bien qu'une autre moins instruite mais qui aura plus de repères et de facilités à gérer les relations institutionnelles parce que, par exemple, elle n'aura pas subi le traumatisme social que la première a connu.¹²⁴

Enfin, si des remontées d'information sur les besoins et les difficultés spécifiques du public sont nécessaires en direction des institutions sanitaires, le système de santé peut en retour être présenté aux personnes comme un milieu caractérisé par certaines pratiques, cultures professionnelles et contraintes dont il faut tenir compte pour améliorer sa propre prise en charge : apprentissage des civilités et usages, ne pas se déplacer en famille aux urgences ou aux rendez-vous, ponctualité aux RV etc.

Ces informations peuvent être transmises en situation au cas par cas, à travers des animations collectives et éventuellement en s'appuyant sur des outils traduits en roumain (fiches d'information, répertoire santé local...)

b- L'information et la formation des acteurs de la santé et institutions

Les sources d'incompréhension entre les professionnels de santé et le public rom sont multiples. Au premier chef les absences aux rendez-vous, le manque de ponctualité, la difficulté à respecter les horaires de permanence sont très mal acceptés. Il est fréquent d'entendre des propos tels que : « Tout leur est dû. S'ils arrivent juste avant la fermeture et qu'on les refuse car il est trop tard, ils font un esclandre. »¹²⁵ Par ailleurs, le fait habituel de se rendre en groupe aux consultations dérange, voire inquiète.

L'intolérance face à des comportements ou situations objectives, est parfois sous-tendue par un ensemble de préjugés exprimés parfois ouvertement comme cela a été signalé dans plusieurs entretiens. Les jugements habituels répandus dans la population se répercutent en sorte que là comme ailleurs, les Roms sont associés à la mendicité avec enfant, la petite délinquance, les réseaux mafieux etc. Ils disent être pauvres mais ont des super bagnoles. Néanmoins, un médiateur dans le Var tient à souligner que ces préjugés sont « plus souvent des appréhensions que des convictions » ce qui permet de les déconstruire assez facilement.¹²⁶

¹²² Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale en Seine-Saint-Denis, 29 oct. 2008

¹²³ Entretien avec le responsable de mission et le coordinateur Médecins du Monde Strasbourg, 25 nov. 2008

¹²⁴ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale en Seine-Saint-Denis, 29 oct. 2008

¹²⁵ Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire roumaine à Médecins du Monde, 5 nov. 2008

¹²⁶ Entretien avec un médiateur social de l'association SICHEM, Var, 2 déc. 2008

L'absence d'information sur les déterminants culturels des comportements en matière de santé et plus largement peut avoir des conséquences directes sur la prise en charge médicale : ainsi est cité à Dijon l'exemple d'une femme rom qui a quitté l'hôpital parce que le personnel était uniquement masculin.¹²⁷ Il est également important par exemple de tenir compte du fait que la santé de la reproduction est difficilement abordable avec certains groupes.¹²⁸ Inversement, certains professionnels de la santé répugneraient à proposer aux femmes roms des informations relatives au planning familial en raison de préjugés ethniques (cliché selon lequel ces femmes ne pensent pas à l'avenir) ou pourraient être tentés de ne leur donner des informations que sur certaines méthodes contraceptives, parce qu'ils les jugent incapables d'appliquer correctement toutes les méthodes existantes.¹²⁹

Par le contact approfondi avec les groupes roms concernés, le médiateur recueille une information riche, au plus proche de la réalité culturelle de tel ou tel groupe, information qu'il a pour mission de faire remonter aux professionnels de santé. D'une part, il aide l'institution à évoluer en lui présentant la perception du système de santé par ses usagers roms.¹³⁰ D'autre part il apporte des clés de compréhension de certains comportements jugés négativement par des observations simples, comme le fait par exemple que la difficulté à respecter les rendez-vous peut venir d'une notion du temps différente (dans certains dialectes roms, « hier » et « demain » se disent de la même manière).¹³¹

Son intervention peut aussi conduire dans certains cas individuels à permettre à l'équipe médicale de mieux comprendre le sens et l'interprétation de la maladie par tel patient rom, par-delà le diagnostic qui est posé par le médecin. Ainsi est décrite une expérience de consultation interculturelle, dont il est possible de s'inspirer : « Le patient se trouve alors dans une position où il a la possibilité d'apprendre quelque chose au médecin, modifiant de fait la position d'expert exclusif de la problématique occupée par ce dernier. Nous suscitons ainsi la possibilité de nouvelles relations entre les parties en présence, relations qui sont en interdépendance, en coopération, et non plus en affrontement et en ignorance. En finalité, ces informations vont permettre au médecin d'adapter son projet de soin. Il ne s'agit pas dans notre démarche de contester les acquis de la biomédecine, il s'agit plutôt de permettre la coexistence de différents points de vue sur la nature de la maladie. Ainsi, aucun des systèmes d'interprétation et des réseaux de solidarité disponibles pour le patient, n'est disqualifié dans une rivalité stérile. Dans cette consultation singulière nous tentons, dans chaque situation, de réunir les conditions d'une véritable alliance entre médecin et patient, alliance conçue comme une implication légitime des deux parties pour lutter contre la maladie. »¹³²

Mais comme il a été dit plus haut, il n'y a pas lieu de centrer toute l'action de médiation sanitaire auprès du public rom sur le registre culturel. La source d'incompréhensions part aussi d'une méconnaissance des conditions de vie.¹³³ Par exemple, le manque d'hygiène est souvent considéré sans indulgence. De même, l'irrégularité du suivi médical ou l'absence

¹²⁷ *Atelier santé, réunion nationale du CNDH Romeurope le 24 janvier 2009, au siège de Médecins du Monde*

¹²⁸ *Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire roumaine à Médecins du Monde, 5 nov. 2008*

¹²⁹ *Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne, vaincre les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique, septembre 2003*

¹³⁰ *Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

¹³¹ *Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire roumaine à Médecins du Monde, 5 nov. 2008*

¹³² *Intervention de Serge BOUZNAH, Association IPAOS Culture et santé, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé*

¹³³ *Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire roumaine à Médecins du Monde, 5 nov. 2008*

de carnet de vaccination bousculent les pratiques.¹³⁴ Il peut être aussi utile d'expliquer que souvent les mères emmènent leurs jeunes enfants avec elles pour mendier car elles ne peuvent pas les laisser seuls sur le bidonville. Ces informations concrètes doivent permettre de réduire le décalage entre l'offre médicale et la réalité de vie des personnes. Par exemple éviter que des tire-lait ou des assistances respiratoires électriques sont donnés à des patients qui n'ont pas accès au courant électrique. En Roumanie il n'y a pas ce type de matériel, ils les découvrent donc complètement et peuvent avoir un problème de représentation vis-à-vis de la technologie : à propos de l'assistance respiratoire : « Si on me l'enlève, je meurs. »¹³⁵ Le médiateur pourra d'ailleurs utilement proposer à des professionnels de santé de venir visiter un terrain rom, ne serait-ce qu'une fois.¹³⁶

c- Faciliter l'ouverture des droits à l'assurance maladie

L'accès à une couverture maladie est un préalable indispensable à toute démarche d'accès aux soins. En Roumanie, ces démarches représentent chronologiquement la première étape de l'action des médiatrices roumaines (avec en parallèle le suivi des femmes enceintes), une étape qui peut prendre du temps, en Roumanie en raison de l'absence d'état civil pour beaucoup de Roms et en France du fait de la difficulté à obtenir des preuves de résidence de 3 mois (auxquels s'ajoutent généralement 2 mois d'instruction du dossier, ce qui porte à 5 mois le délai moyen pour obtenir l'attestation d'AME).¹³⁷

En règle générale, l'ouverture de droits est demandée à l'occasion d'un recours aux soins (accouchement, enfant malade). « Il est exceptionnel que les personnes enclenchent spontanément les démarches administratives pour obtenir une assurance maladie dans la mesure où elles nécessitent un encadrement pour cela. D'une part elles souffrent d'un manque crucial d'information sur leurs droits et d'autre part, le taux d'analphabétisme particulièrement élevé ne favorise pas une compréhension suffisante des différentes étapes. »¹³⁸ L'absence d'information n'est pas la seule explication, l'amoncellement des préoccupations qui touchent le quotidien attirent davantage l'attention des personnes : « Avant tout il faut se nourrir ! et donc être en quête de travail dans un climat d'incertitude. »¹³⁹

L'action du médiateur sanitaire, sans se substituer aux travailleurs sociaux en charge de l'ouverture des droits, est donc essentielle dans ce contexte où l'immédiateté est prioritaire :

- Tout d'abord il informe sur les droits et explique l'intérêt de demander l'aide médicale d'état (en expliquant notamment les limites du recours au Fonds pour les soins urgents et vitaux). Cette information peut être transmise de manière individuelle, avec des outils à l'appui (fiches d'information) ou à l'occasion d'informations collectives sur les droits à l'assurance maladie.
- Il alerte régulièrement sur la nécessité d'anticipation et veille à rappeler aux personnes les différentes échéances : demander l'AME immédiatement pour les enfants, recueillir une preuve de résidence dès l'arrivée en France ou au plus tôt, demander rendez-vous auprès d'une association ou un service social pour effectuer la demande d'AME avant ou

¹³⁴ Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire roumaine à Médecins du Monde, 5 nov. 2008

¹³⁵ Atelier santé, réunion nationale du CNDH Romeurope le 24 janvier 2009, au siège de Médecins du Monde

¹³⁶ Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire roumaine à Médecins du Monde, 5 nov. 2008

¹³⁷ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris, 12 février 2009

¹³⁸ Farid Lamara, Médecins du Monde, Projet Romeurope - L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe – Espagne, France, Grèce, Etude qualitative – approche ethno-sociologique, Juin 1999

¹³⁹ Farid Lamara, Médecins du Monde, Projet Romeurope - L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe – Espagne, France, Grèce, Etude qualitative – approche ethno-sociologique, Juin 1999

dès la fin du délai de trois mois, demander rendez-vous deux mois avant l'expiration des droits pour leur renouvellement...

- En partenariat avec la CPAM, des médecins ou une association, il recherche le moyen le plus simple d'obtenir des preuves de présence acceptées par la CPAM. Le cas échéant, il effectue avec des médecins ou une association des visites sur les terrains en vue de délivrer des attestations de présence à toutes les personnes n'ayant pas encore de droits ouverts et oriente vers l'association ou le service social pour l'ouverture des droits trois mois plus tard.
- Enfin, il intervient en cas de blocages administratifs. Ces derniers sont en effet très fréquents : refus de reconnaître les preuves de résidence présentées (jugées trop anciennes ou inauthentiques), problèmes d'état civil, pour les ressortissants communautaires et dans le cadre de la coordination des régimes de sécurité sociale au sein de l'Union, exigence de justificatifs de non-affiliation à la couverture maladie dans leur pays d'origine (ou démarches de vérification directement par la CPAM qui prennent jusqu'à 5 mois sur certains départements), refus d'AME illégaux (au motif par exemple que les personnes sont revenues en France après avoir bénéficié de l'aide au retour humanitaire), difficultés d'accès à l'AME pour les mineurs isolés ou accompagnés d'adultes qui ne sont pas leurs parents...

d- L'accompagnement et l'interprétariat

Plusieurs témoignages concordent pour reconnaître l'importance d'un accompagnement lors des premiers rendez-vous et à certains moments clés. Cela permet de rencontrer le personnel médical et d'expliquer les conditions de vie, voire éventuellement d'échanger sur les caractéristiques culturelles des patients et de leurs familles. Cela permet aussi, en partenariat avec le médecin soignant, de prendre le temps nécessaire pour expliquer au patient ce qu'est sa pathologie, lui faire comprendre la nécessité de l'observance au traitement, lui fournir éventuellement par la suite un pilulier et lui expliquer les prises de médicaments en tenant compte des contraintes de sa vie quotidienne etc.

Néanmoins, l'objectif de l'action de médiation est bien que les personnes et les institutions puissent se passer de ce tiers physiquement présent lors des rendez-vous.

Du côté des personnes, le rôle du médiateur est d'apporter des informations et des outils de compréhension en sorte qu'elles puissent s'orienter au sein du système de santé (et géographiquement) pour y recourir de manière appropriée et autonome. Ainsi, les intervenantes du Comité d'aide médicale expliquent que dans certaines situations ou à un moment donné de l'accompagnement, elles sont amenées à évaluer le niveau d'autonomie des personnes, sans s'appuyer exclusivement sur des critères objectifs tels que l'alphabétisation. Ainsi, une personne alphabétisée et parlant un peu français se débrouillera peut-être moins bien qu'une autre moins instruite mais qui aura plus de repères et de facilités à gérer les relations institutionnelles parce que, par exemple, elle n'aura pas subi le traumatisme social que la première a connu.¹⁴⁰ Elles donnent un plan, vérifient que le patient est capable de le déchiffrer et donnent un papier avec leurs coordonnées et un mot expliquant qu'il est possible de les appeler pour une traduction ou pour des informations sur son cas, ses antécédents, etc..¹⁴¹

Du côté des institutions, le médiateur doit parvenir à se positionner et expliciter métier de manière très distincte de celui d'interprète en sorte que ses compétences linguistiques ne deviennent pas un prétexte pour l'isoler dans cette fonction. Il est évident que le niveau de maîtrise de la langue d'une majorité de Roms d'Europe de l'Est en France ne permet pas de

¹⁴⁰ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

¹⁴¹ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

mener les échanges approfondis et précis nécessaires dans le cadre notamment d'une consultation médicale. Le patient et le professionnel sont forcément conduits à schématiser et simplifier en pensant être mieux compris, ce qui laisse de côté un certain nombre d'informations importantes. Par ailleurs, « quand on a une personne qui ne parle pas bien français, toutes les recommandations d'ordre préventif, que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire, ne sont pas abordées. On en fait souvent l'économie quand il n'y a pas de problème de langue, mais a fortiori quand il y a des problèmes de langue, cela va être abandonné dans une consultation. »¹⁴²

Néanmoins, en dehors des rendez-vous où un accompagnement physique peut être nécessaire pour instaurer une relation de confiance et mettre en route un suivi par les structures socio-sanitaires, le médiateur doit éviter au maximum de répondre aux sollicitations pour assurer un simple interprétariat. La sensibilisation qu'il effectue auprès des structures de soin sur la nécessité d'améliorer l'accueil des populations roms doit donc également comprendre **une incitation forte à se doter d'interprètes professionnels ou à défaut de recourir à Inter Service Migrants**. Médecins du Monde Marseille a ainsi engagé un plaidoyer important en ce sens auprès des structures de soins partenaires qui a conduit l'hôpital à embaucher un interprète roumanophone et la PMI à développer le recours aux services d'ISM. Les arguments en faveur de la présence d'interprète au sein des structures de soins ne manquent pas : « Pour le professionnel l'interprétariat est un outil qui rend l'exercice du métier pleinement et normalement possible, ne serait-ce qu'au regard du soin lui-même. La question de savoir quoi et comment soigner, se pose d'emblée lorsqu'un patient non francophone vient consulter. Comment le médecin procédera-t-il ? Sur quels éléments pourra-t-il s'appuyer ? Que pourra-t-il exploiter pour poser un diagnostic, pour proposer un traitement, pour écouter et entendre ? Si pour ce faire il demande l'aide du mari, de l'enfant, ou de la voisine, parfois même de la voisine de chambre, quelle est la valeur des propos qui sont recueillis ? Quelle est la situation dans laquelle le patient et son entourage sont mis et quel type de relations médecin/patient peut s'instaurer ? Est-ce vraiment acceptable déontologiquement ? Pour les migrants l'interprétariat est une mesure particulière qui leur permet l'accès aux droits et aux soins. C'est un moyen qui agit sur un déterminant d'inégalité sociale de santé qu'est la langue, et ceci est extrêmement important. Les inégalités de santé qui touchent les populations migrantes sont accentuées par leur accès inégal aux soins. Consulter avec un interprète apporte aux personnes des informations spécifiques, cela sort les personnes de leur isolement, et cela donne aux personnes la clé de compréhension de valeurs et de codes de la société d'accueil. L'interprétariat est un marchepied. Il peut être nécessaire plus ou moins longtemps. Moins longtemps pour des actes simples, et pour ce qui concerne le corps, la maladie, l'intimité, cela peut durer plus longtemps. »¹⁴³

Enfin, un dernier argument, financier, pourrait appuyer ce plaidoyer : le fait que l'absence d'interprète peut coûter *in fine* plus cher au système de santé du fait de la réduction des erreurs médicales ou de la meilleure observance des traitements par les patients, comme l'a montré une étude récente sur la question en Belgique.

¹⁴² Catherine CHARDIN, Direction générale de la santé, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

¹⁴³ Liliana SABAN, Migration santé Alsace, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé

La nécessité absolue de recourir à un interprétariat professionnel peut être illustrée si besoin était à travers le témoignage suivant :

Témoignage

Réseau de solidarité Roms de St Etienne - Une histoire drôle, qui aurait pu mal finir

L. est une jeune femme de 18 ans. Elle a un garçon d'1 an et demi. Sa famille vit alors dans un squat, une maison très délabrée, sans eau ni électricité, mais c'est mieux que la rue où elle vient de passer deux mois. L. doit accoucher bientôt, tous les jours on attend le moment de l'accompagner à l'hôpital.

Ce soir-là enfin, L. annonce que c'est pour maintenant, qu'il faut l'emmener. Son mari, M., et son beau-frère, A., partent avec elle jusqu'à l'hôpital avec le bus.

Plusieurs heures passent, les hommes ne reviennent pas. Je décide alors de monter, moi la gadgé amie, à l'hôpital. J'y retrouve les trois amis toujours dans la salle d'attente, cela fait plus de trois heures, et L. accroupie au sol qui gémit. À cette heure-là – il est 10 heures –, il n'est plus possible de parler directement au personnel de l'hôpital, les portes sont closes, il faut sonner pour que vienne quelqu'un. Je sonne et demande quand L. pourra enfin voir un médecin. On me répond fort mal et la tension monte. Il faudra encore trois quarts d'heure d'attente pour qu'enfin un jeune interne reçoive L. pour l'ausculter. Je l'accompagne.

Mais je ne parle pas rom, et L. ne parle pas français. Alors on va chercher A. pour faire l'interprète, qui détourne les yeux pour ne pas voir le ventre nu de sa belle-sœur.

« De quand datent les dernières règles ? », demande le médecin. Je me tourne vers A., interrogative. Il ne dit rien. « A., dis-je, demande à L. de quand datent les dernières règles ». « Non, répond finalement A., je ne peux pas lui demander ça. » L. gémit, le médecin s'énerve : « Comment ça, il ne peut pas lui demander ! Je suis médecin monsieur, demandez-le lui ! » A. ne répond pas. « Comment dit-on sang, en rom ? » demande le médecin. « Ratt », répond A.. « Et dernières ? » « Ultimo », répond encore A.. Le médecin se tourne alors vers L. et demande « Ultimo ratt ?? Ultimo ratt ?? ».

Alors L. regarde A. et lui dit, en rom : « Je ne sais pas, il faut demander à M. (le mari). »

On va chercher M., qui passe la tête à travers la porte et dit que oui, oui, la date il sait pas, mais c'est ça, ça fait le temps pour accoucher.

Pas de date des dernières règles. Le médecin est dépité. Il tape sur un ordinateur mais n'ausculte toujours pas Laura. Aurel sort. Le médecin finit par palper le ventre de Laura. Enfin, il déclare que ce n'est pas pour tout de suite et nous met dehors.

Ma voiture est là, L. peut à peine marcher. Je les reconduis tous les trois jusqu'au squat. M. engueule L. en lui disant qu'elle fait du cinéma : le médecin a dit que non. Je leur laisse un téléphone et vérifie qu'ils connaissent le numéro des pompiers. Il est une heure de matin. Je rentre dormir. Je n'ai pas le temps de m'endormir que j'entends le pinpon de la voiture des pompiers qui grimpe la rue à toute allure. Je souris.

Le lendemain, je vais à 14 heures rendre visite à L. et à son nouvel enfant, Leonardo (à cause de Di Capricio). M. tout heureux se moque : « Ils sont fous vos médecins ! »

Avec les femmes, on rit encore aujourd'hui de la réponse de L. au jeune médecin : « Je ne sais pas, il faut demander à M... »

Dans le cadre de ce projet, il faut être conscient que le choix de la langue maîtrisée par le médiateur sera déterminant quant aux groupes roms auprès desquels il pourra intervenir efficacement. Pour donner un exemple, l'équipe du Comité d'Aide médicale sur le terrain en Ile-de-France est composée d'une infirmière francophone et d'une médiatrice roumanophone. Ce choix les conduit nécessairement à ne pas pouvoir intervenir auprès d'autres groupes d'origine Bulgare ou Serbe présents de façon très marginale en Ile-de-France.¹⁴⁴

2- Favoriser l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé

L'OMS définit l'éducation pour la santé comme l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé. Il ne s'agit pas seulement de transmettre des informations mais de favoriser par là des comportements favorables à la santé et donc de repérer en amont quels en sont les déterminants (leviers et freins).¹⁴⁵ L'élaboration d'une action d'éducation à la santé par le médiateur sanitaire doit donc commencer par une réflexion commune à laquelle sont associés les individus et les groupes pour identifier ces déterminants et proposer des solutions.

¹⁴⁴ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

¹⁴⁵ Médecins du Monde, Cadre de référence - Education Pour la Santé, Document interne, Janvier 2009

La transmission d'informations peut porter principalement sur des thèmes comme les vaccinations, la tuberculose, l'alimentation, le saturnisme, l'hygiène, le suivi des grossesses, le planning familial... Pour donner un exemple, certaines familles préfèrent ne pas vacciner leur enfant car il va pleurer ou qu'il aura ensuite de la fièvre. Dans l'Essonne, un cas a été signalé par l'Association de solidarité avec les familles roumaines, d'une femme qui a quitté l'hôpital car elle ne voulait pas que l'on soigne son enfant suite à un dépistage de tuberculose, elle a paniqué et est partie avec son enfant.

Auprès du public rom en situation de grande précarité en France, la transmission de ce type de messages devra s'inscrire dans un contexte où les priorités sanitaires sont dans le curatif et non le préventif. Ainsi la santé ne devient une priorité que quand la douleur devient insupportable ou que le mal empêche de s'occuper des activités prioritaires.¹⁴⁶ Une intervenante du Comité d'aide médicale cite ainsi l'exemple d'un homme qui n'est venu consulter qu'après autre jours passés avec la mâchoire fracturée.¹⁴⁷ Il y a donc peu de chance que les personnes participent fortement à un exposé magistral et technique. Les intervenantes du Comité d'aide médicale notent que l'apprentissage se fait mieux autour de discussions et privilégient donc les informations concises en s'appuyant sur l'échange et sur une approche participative de l'éducation sanitaire. Pour la circulation de l'information elles ont noté que celle-ci circule extrêmement bien à l'intérieur du cercle familial élargi (sur la contraception par exemple) et très peu en dehors de ce cercle.¹⁴⁸

Cette information pourra être appuyée par différents supports (affiches, brochures, audiovisuels...) qui pourront être utilisés par le médiateur (mais aussi d'autres acteurs de santé) pour transmettre certaines informations.

Le médiateur pourra, lorsque cela est nécessaire, accompagner les équipes de santé mobiles sur les terrains. Il peut s'agir :

- 1) de veilles sanitaires, à savoir des consultations de médecine générale incluant soins, prévention et orientation sur les terrains dans une camionnette médicalisée
- 2) de santé materno-infantile : information sur la contraception et orientation vers les centres de planning familiaux, orientation dans le cas de demande d'IVG, suivi de grossesse et orientation vers les centres de PMI et les maternités, consultations pour les enfants en bas-âge et les nourrissons
- 3) de coordonner des actions de dépistage de la tuberculose, des campagnes de vaccination

Dans toutes ces situations, son rôle est plus large que celui d'un interprète : il fait le lien avec les structures de suivi, il s'assure que les conditions pratiques sont réunies pour une poursuite de la prise en charge par les services de droit commun, il favorise les échanges en matière de prévention à l'occasion des consultations...

3 – Assurer une fonction de veille et d'observatoire

Cette fonction de veille doit bien entendu s'entendre tout d'abord **dans le champ sanitaire** : A niveau local, le médiateur alerte les institutions devant tout problème de santé publique : épidémie, insalubrité d'un lieu du fait de l'absence de ramassage des ordures ménagères...

Il recense également des données qualitatives et quantitatives dont la synthèse doit permettre d'améliorer la connaissance des acteurs publics et privés sur l'état de santé et les

¹⁴⁶ Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire à Médecins du Monde, 5 nov. 2008

¹⁴⁷ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

¹⁴⁸ Entretien avec les intervenantes du Comité d'Aide Médicale, 29 oct. 2008

besoins. Cette fonction d'observation est aujourd'hui importante face au constat effectué plus haut du manque d'indicateurs précis concernant l'état de santé de cette population.

Mais il a également une fonction d'alerte auprès des institutions et du secteur associatif au regard du **respect des droits des personnes**, en signalant les discriminations dont les Roms peuvent être l'objet : refus de soins, refus ou difficultés d'ouverture des droits à l'assurance maladie, traitements discriminatoires dans certaines structures de soins... Cette mission est délicate puisque le médiateur doit aussi préserver la communication avec les institutions et un rôle intermédiaire. En Roumanie, ce volet de l'action des médiatrices sanitaires est essentiel. Lorsque des propos ou des actes de discrimination sont observés dans les structures de santé, la médiatrice intervient rarement directement mais signale les faits à l'association Romani criss en capacité de dénoncer la discrimination et dans certains cas d'engager un contentieux.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris, 12 février 2009

Synthèse : Axes d'intervention d'une action de médiation sanitaire en direction du public rom d'Europe de l'Est

En réponse aux besoins énoncés en matière d'accès aux soins et à la prévention, une action de médiation sanitaire en direction du public rom d'Europe de l'Est peut s'articuler autour des axes d'intervention suivants, qui peuvent être priorisés différemment selon le contexte local et complétés par des interventions périphériques au champ sanitaire pour prendre en compte les facteurs liés aux conditions de vie des personnes qui impactent sur leur santé.

1- L'accès aux soins sera facilité par des interventions à plusieurs niveaux :

- En direction des personnes : transmettre une information sur les structures de soin et le système de santé dans l'objectif de permettre une relation directe avec les services de droit commun. Cette information doit concerner d'une part les droits et l'organisation du système de santé, et d'autre part les codes et les usages propres aux institutions sanitaires qui permettront aux Roms d'y être mieux reçus.
- En direction des professionnels de santé : former et informer sur les déterminants culturels des comportements, déconstruire les préjugés et aider à appréhender le sens et l'interprétation de la santé et de la maladie par tel ou tel patient rom. Cette information n'est pas centrée sur le registre culturel mais vise les sources d'incompréhension liée à une méconnaissance des conditions de vie.
- Pour faciliter l'accès à une couverture maladie : informer sur le fonctionnement et l'intérêt d'entreprendre les démarches d'ouverture de l'AME, alerter sur la nécessité d'anticipation et de respect des échéances pour éviter les ruptures de droits et réduire les délais, orienter vers les services sociaux et associations en capacité d'assurer l'ouverture des droits, chercher des solutions en cas de blocages administratifs.
- Assurer un accompagnement physique de certains patients lors des premiers rendez-vous et à certains moments clés du suivi médical, tout en se positionnant dans un rôle très distinct de l'interprète et en incitant les structures à se doter d'interprètes professionnels ou à défaut de recourir à Inter Service Migrants.

2- L'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé sera favorisé par :

- Des actions d'éducation sanitaire qui s'appuieront sur une réflexion commune à laquelle seront associés les individus et les groupes ainsi que les structures spécialisées dans l'éducation pour la santé pour identifier les déterminants des principaux problèmes de santé et proposer des solutions. Différents supports d'information pourront être élaborés.
- La présence du médiateur auprès des équipes de santé mobiles sur les terrains pour des actions de veille sanitaire, des consultations de santé materno-infantile, et des campagnes de vaccination ou de dépistage de la tuberculose.

3 – Une fonction de veille et d'observatoire

- Pour orienter l'action des acteurs de santé localement et contribuer, au niveau national, à l'élaboration d'indicateurs précis des besoins et de l'état de santé de la population, les médiateurs sont chargés d'une fonction de veille et d'observatoire.
- Ils ont également une fonction d'alerte auprès des institutions et du secteur associatif au regard du respect des droits des personnes, en signalant les discriminations dont les Roms peuvent être l'objet.

F- Bases d'un programme opérationnel de médiation sanitaire

1- Eléments en vue de développer un programme de formation

a- Les dispositifs de formation existants

Des programmes de formation très différents ont été développés dans un objectif de professionnalisation des médiateurs.

Dans l'expérience de Romani Criss où la reconnaissance des professionnels repose clairement sur un statut et une position acquise antérieurement au sein de la communauté, la formation a été pensée *a minima*. Elle se déroule sur trois jours validés par un diplôme qui permet l'embauche des médiatrices sanitaires. Cette validation combine deux outils : un passage devant un jury et un test d'autoévaluation. Cependant, les médiatrices interrogées à l'occasion de l'évaluation du programme effectuée en 2005 ont pour beaucoup estimé qu'elle était insuffisante au regard des difficultés qu'elles rencontraient dans leur pratique.¹⁵⁰ Elle a depuis été complétée par des sessions de formation complémentaires mettant l'accent sur le concept de droit fondamental, le processus d'obtention de carte d'identité, et en améliorant les techniques de travail de médiation sanitaire, les droits de la reproduction, droits de la femme, et diversité culturelle dans les communautés Roms. Cette formation a été jusqu'à aujourd'hui largement expérimentée puisque 475 femmes Roms avaient été formées fin 2007.

En France, une formation en médiation sociale et culturelle est dispensée depuis 1992 par l'association Femmes Inter Association ISM depuis 1992. Elle comporte une formation initiale de 25 jours étalée sur deux mois et demi qui comporte plusieurs modules de cinq jours : sur la médiation (déontologie, principes), l'école, le logement, la santé et la législation. Sur ces questions l'objectif est seulement de donner aux médiatrices les moyens d'orienter les gens. Certaines médiatrices peuvent ensuite demander des compléments de formation sur des questions précises.

C'est à partir de 1998 qu'émerge l'idée d'une formation plus spécifique en santé publique. Le Crips et Arcat font alors le constat que les associations de migrants ont du mal à se saisir de la prévention sida et proposent à la DGS de renforcer les capacités de ces associations en matière de santé. Une formation de médiateurs d'un nouveau type – les médiateurs en santé publique – se met en place en octobre 2000 à l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (IMEA), sous le titre de « Programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité ». Cette formation pilote développée avec le soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Délégation interministérielle de la Ville par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée au sein de Faculté de médecine Paris 7, a permis la formation et l'évaluation de plus de 179 médiateurs santé entre 2001 et 2005. Plus de 150 médiateurs ont reçu, entre 2000 et 2003, une formation initiale d'environ 480 heures (en alternance avec leur site professionnel) dans leur région, et ont bénéficié par la suite de formations continues et d'un suivi individuel par l'IMEA. D'autres activités de suivi, de capitalisation ou de valorisation ont eu lieu, dont un colloque sur la médiation en santé, organisé par l'IMEA, au Ministère de la santé et des solidarités le 3 octobre 2005.¹⁵¹

¹⁵⁰ Maria Maïlat, *Evaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par ROMANI CRISS partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – SYNTHÈSE, décembre 2005*

¹⁵¹ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

Cette formation était conçue sur 40 jours en alternance. Outre la médiation, les médiateurs ont été formés au counselling, à des pathologies médicales diverses (VIH, hépatites, paludisme, saturnisme, diabète, hypertension, tuberculose, etc.), aux problématiques transversales de l'observance et du dépistage, à des questions juridiques (droits des étrangers, accès aux soins, système sanitaire français, etc.) et à la méthodologie de projet, puisque le but ultime de la formation était de les aider à développer un projet santé au sein de leur association.

Parallèlement, des formations universitaires ont émergé à partir des années 2000 :

- ⇒ Université Paris 8 - Saint-Denis propose un D.E.S.U. « Information, médiation, accompagnement en santé ».
- ⇒ Université Paris 13 – Bobigny met en œuvre différents cursus en éducation thérapeutique
- ⇒ Université Paris 12 – Créteil propose un D.U. d'éducation en santé
- ⇒ Le CNAM enfin délivre un certificat de compétences de pratique de la médiation

b- La formation des médiateurs sanitaire dans le cadre d'un programme destiné aux Roms d'Europe de l'Est en France

Les médiateurs sanitaires intervenant dans le cadre de projets pilotes auprès des Roms d'Europe de l'Est en France devraient recevoir une formation visant 4 objectifs :

1. Etre capable de s'appuyer sur une méthodologie pour conduire un entretien de médiation et de poser le cadre déontologique de son intervention
2. Disposer de clés de compréhension ethnologiques et sociologiques sur le fonctionnement des communautés roms d'Europe de l'Est en situation de migration
3. Maîtriser l'organisation du système de santé et de protection sociale en France, ainsi que le statut administratif spécifique des ressortissants communautaires au regard des prestations sociales
4. Etre capable d'informer, d'orienter les personnes et de communiquer avec le personnel soignant en s'appuyant sur des connaissances médicales de base

L'ingénierie de formation développée devra s'inscrire en complémentarité des pré-requis en matière de formation initiale posés lors du recrutement des personnes : niveau de qualification correspondant au minimum à un bac +3. Les domaines de compétence pourront cependant être divers, dans le champ de la santé, du travail social ou de l'ethnologie. Une maîtrise du français et de la langue des pays d'origine sont indispensables.

Il paraît opportun de s'appuyer sur les dispositifs de formation existants. Le plus adapté semble être le DESU « Information, médiation, accompagnement en santé » de l'Université Paris 8 - Saint-Denis.

En complément, une formation de 8 à 10 jours est à concevoir , pour prendre en compte les aspects spécifiques du programme. Les médiateurs doivent notamment disposer d'un bagage de connaissances (transmises par des universitaires et des intervenants de terrain) sur les réalités sociologiques et culturelles qui impactent sur le rapport des populations roms à la santé et au système de soins. Une information sur le droit au séjour et à la protection sociale des ressortissants communautaires est également indispensable.

2- Critères de sélection des territoires

Le mode de vie des groupes concernés se caractérise par une mobilité forte (expulsions des lieux de vie, reconduites à la frontière, recherche de conditions d'accueil plus favorables sur d'autres agglomérations) qui pour autant ne relève pas du nomadisme. Dans ce contexte, la question est posée de savoir si l'action de médiation s'adresse en priorité à un groupe, auquel cas elle doit être en capacité de se transporter sur d'autres agglomérations, voir d'autres départements. Cette perspective semble difficilement tenable, surtout si l'on considère qu'il y a de grandes chances que le groupe lui-même se segmente, se réduise ou se démultiplie sur la durée du projet. Il paraît donc plus approprié de **développer des expériences appuyées sur une logique de territoire**, ce qui doit permettre de tenir des objectifs tels que le développement d'un réseau de soins notamment. Indépendamment du problème posé par la mobilité subie des familles, le choix de s'attacher à un territoire avant de travailler sur tel ou tel groupe, qui correspond à une approche individualiste plutôt que communautaire, rejoint les modalités d'intervention de l'expérience des médiatrices roumaines, rattachées d'abord à des territoires où vivent parfois jusqu'à 500 personnes.¹⁵²

Sans être attachée à un groupe familial en particulier, l'action doit néanmoins pouvoir s'exercer sur des territoires qui connaissent une implantation de familles roms significative et relativement stable. En fonction de la densité de population rom, elle pourra s'étendre **sur un périmètre géographique plus ou moins large**, à l'échelle d'un département, d'une agglomération, d'une commune. Ce découpage ne sera pas nécessairement conforme à un territoire administratif. Il doit tenir compte des lieux de vie, des habitudes de déplacement du réseau de transport en direction des principales structures de soins et institutions partenaires.

L'action de médiation sanitaire doit pouvoir s'adapter (en hiérarchisant diversement les axes d'intervention définis plus haut) à des environnements institutionnels et des installations de groupes roms très différents. **Aucun critère de sélection relatif au contexte local** et aux conditions d'accueil favorables ou hostiles mises en œuvre par les acteurs institutionnels n'est donc à introduire. Il y a même un intérêt à décliner le cadre d'intervention esquissé à travers cette étude dans des contextes locaux très différents afin de pouvoir enrichir les enseignements de l'expérimentation. L'important est que les difficultés spécifiques et le degré d'acceptation ou de rejet de cette population soient évalués en amont des projets dans le cadre d'un diagnostic territorialisé.

Seule la **prise en compte des réseaux de partenaires** ouverts à soutenir des projets de médiation sanitaire et des dispositifs de financement disponibles pourraient orienter le choix d'un territoire d'intervention. Ainsi les Ateliers Santé Ville, là où ils fonctionnent effectivement sont un environnement propice au développement de la médiation.¹⁵³ De même, les contrats urbains de cohésion sociale et les politiques développées sur certains territoires urbains sensibles peuvent permettre d'impliquer les médiateurs dans des dynamiques locales d'action favorables.

¹⁵² Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris, 12 février 2009

¹⁵³ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

3- Critères de sélection des structures

Une attention particulière doit être portée au choix des structures susceptibles de porter un projet de médiation sanitaire, qui doivent garantir un cadre d'efficacité et de neutralité : « La mise en place d'un véritable encadrement au sein de la structure employeuse, disposant des qualifications nécessaires et d'une reconnaissance institutionnelle, est une condition de la mise en œuvre dans la durée d'un service de qualité [...] à la fois contrôle et soutien pour les médiateurs. L'encadrement est également le signe concret de l'engagement de la structure [...] à porter, soutenir et intégrer ces services de médiation sociale dans leurs propres organisation et fonctionnement. »¹⁵⁴

Toute la réflexion autour de la médiation parvient à la conclusion que cette pratique a sa place essentiellement dans le secteur associatif. Le contexte d'intervention de la médiation sociale implique une autonomie d'exercice que le support associatif paraît le mieux respecter.¹⁵⁵ Le risque d'instrumentalisation paraît bien plus important dans les autres cas de figure (collectivité locale, structure de soins, organisme de sécurité sociale...).

Si les petites associations locales autonomes sont douées d'une capacité d'engagement forte qui sert les projets de médiation, des capacités de gestion sont aussi nécessaires. Elles incluent :

- Des moyens humains (notamment une équipe pluridisciplinaire ou médicale à laquelle sera intégré le médiateur) et une bonne gestion des ressources humaines : intégration du médiateur au sein d'une équipe, inscription précise de l'action dans le projet d'établissement, référents hiérarchiques clairement identifiés, analyse des difficultés en réunion de service et à l'occasion d'entretiens individuels réguliers...
- L'inscription dans un réseau associatif et institutionnel permettant des interventions coordonnées et une prise en charge globale des personnes, l'entretien d'un partenariat durable avec les acteurs locaux de la santé et du social et les financeurs
- La capacité à mobiliser et gérer des cofinancements locaux
- Des moyens logistiques (qui doivent pouvoir constituer une base et une protection pour l'action du médiateur)

Par ailleurs, dans le cadre d'un projet de médiation en direction du public rom, il est à recommander que la structure porteuse ait une expérience antérieure en direction de ce public et/ou dans le champ sanitaire.

4- Pilotage et coordination

Les conclusions de cette étude sur les conditions de faisabilité de projets pilotes de médiation sanitaire en direction du public rom d'Europe de l'Est constituent un cadre de référence encore théorique, dont l'interprétation sera sans doute très divergente d'une structure et d'un professionnel à l'autre. Il semble par conséquent essentiel que la transition vers des projets opérationnels, ajustés en fonction des contextes locaux, s'effectue dans le cadre d'un programme piloté et coordonné, sans quoi rien ne pourrait être mutualisé et partagé qui permette d'asseoir la pertinence d'une action de médiation sanitaire en direction de ce public spécifique déterminée à partir des options retenues dans cette étude.

¹⁵⁴ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

¹⁵⁵ Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006

En complément de l'encadrement apporté aux médiateurs par leurs structures employeuses, l'intervention de ces derniers doit donc être, du moins au départ, étayée et mise en réseau de différentes manières au niveau national.

1) L'élaboration, la conduite et l'évaluation d'un programme national expérimental par un comité de pilotage pluri acteur

Ce comité de pilotage peut être composé de Roms, de représentants associatifs, de partenaires institutionnels (financeurs ou compétents sur la question) et d'experts dans différents champs (médiation, santé, population rom d'Europe de l'Est).

Particulièrement actif au moment de l'élaboration du programme, le comité de pilotage doit se réunir régulièrement pour assurer un suivi des orientations générales et une évaluation continue des actions menées localement. A la fin du programme expérimental il sera amené à travailler sur une analyse des résultats et des perspectives de développement éventuel de l'expérimentation.

2) La cohésion du programme, l'appui technique et la mutualisation des expériences à travers un poste de coordination

La charte de référence de la médiation sociale souligne que l'encadrement « peut être utilement complété par un travail de supervision. »¹⁵⁶ La création d'un poste de chef de projet en amont et tout au long du programme irait également dans le sens des préconisations de l'évaluation menée par la Direction générale de la santé : « Un effort spécifique de suivi, de capitalisation, de médiatisation des expériences des "médiateurs de santé" est la condition de l'efficacité de leur travail à l'échelle de l'ensemble des publics cibles (centaines de milliers de personnes sur le territoire national, dont seul un faible pourcentage sera en contact direct avec des médiateurs de santé). Cet effort doit être pensé à l'échelle nationale, car les publics et les problématiques se retrouvent en général sur différents territoires. Il peut être partagé avec le suivi-capitalisation-médiatisation de dispositifs à vocation similaire, comme les Ateliers Santé Ville. »¹⁵⁷

Cette coordination doit permettre d'assurer concrètement :

En amont du programme :

- La recherche de financements à l'échelle nationale et en appui aux structures porteuses de projet à l'échelle locale
- L'élaboration du programme de formation des médiateurs
- La conduite de diagnostics locaux (populations, besoins, environnement institutionnel et réseaux associatifs...) avec les structures porteuses de projet et le découpage du périmètre d'intervention de chacun des projets
- L'appui des structures porteuses de projet à l'élaboration de projets de médiation sanitaire déclinant le cadre de référence proposé à travers cette étude, ajusté en fonction des résultats du diagnostic local
- L'appui des structures porteuses dans la définition des fiches de poste et le processus de recrutement des médiateurs sanitaires

¹⁵⁶ CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

¹⁵⁷ Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006

Tout au long du programme :

- La mise en réseau des projets locaux développés dans le cadre du programme, la mutualisation et la capitalisation des expériences (animation des échanges en continu et de réunions techniques associant l'ensemble des porteurs de projet et les professionnels). Le rapport de la Direction générale de l'action sociale recommandait la mise en place « d'un coordinateur qui anime l'équipe de médiateurs, mette en place les dispositifs permanents de professionnalisation et mobilise les ressources internes à l'organisation. »¹⁵⁸ Dans la mesure où les projets pilotes envisagés dans le cadre d'un programme expérimental ici se situent à petite échelle (1 ou 2 médiateurs par projet), cette coordination peut être assurée à l'échelle nationale entre les différents sites.
- L'appui technique aux médiateurs sanitaires sur le terrain :
 - élaboration d'outils : pour le public rom (éducation à la santé et information sur le système de soins) ou à usage des médiateurs dans la conduite de leur action.
 - veille (actualité et juridique),
 - recherche d'informations, de solutions ou de conseils auprès de partenaires concernant des difficultés spécifiques ...
- L'intégration du programme dans différents réseaux associatifs dans le champ de la santé ou sur la situation spécifique des Roms d'Europe de l'Est en France. La participation active à trois réseaux en particulier est importante :
 - Le Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, missionné par la Direction générale de la santé pour conduire cette étude, et qui regroupe différentes associations nationales et locales ainsi que des comités de soutien intervenant dans une quarantaine de départements en défense des droits et en soutien aux Roms d'Europe de l'Est.
 - Les collectifs locaux des médiateurs sanitaires : ces collectifs ont vu le jour à la suite de l'expérience de formation menée par l'IMEA. Les médiateurs formés ont lancé sur trois pôles (Ile-de-France, PACA, Guyane) des collectifs dans l'objectif notamment de travailler à une reconnaissance du métier de médiateur sanitaire. Le collectif francilien a déjà été contacté dans ce sens au cours du rapport d'étude.
 - Le Collectif pour la médiation sociale et culturelle (FIA-ISM) : Défini comme une « plate-forme d'appui, d'échange et de réflexion entre les médiatrices ». Sa première production, en 1995, a été une Charte de la médiation sociale et culturelle qui définit l'éthique sur laquelle doivent prendre appui les actions menées ; puis un Rapport de synthèse sur la médiation socioculturelle a été édité, avec pour objectif une meilleure reconnaissance institutionnelle, voire la définition d'un statut ; un Guide sur la médiation sociale et culturelle a également été émis, à destination première des personnes médiatrices. Le Collectif est regroupé au sein d'un réseau national d'associations de femmes, Femmes inter-associations – Inter Service Migrants (FIA-ISM) qui, dans une perspective interculturelle, entend être une instance de communication et de réflexion pour les associations, groupes ou organismes menant des actions avec des femmes de toutes cultures.
- La communication autour des expériences pilotes (en direction des institutions, des réseaux associatifs, des médias...).

A la fin du programme :

- L'évaluation interne et comparative de chacun des projets pilotes ;
- L'élaboration de propositions concrètes et le développement de contacts en vue d'une poursuite du programme ou du développement autonome des projets pilotes et éventuellement dans la perspective de nouveaux projets de médiation sanitaire.

¹⁵⁸ DGAS, *Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005-Janvier 2006*

3) Le tutorat et la formation continue

Parallèlement, les médiateurs sanitaires doivent bénéficier durant toute la durée de ce programme :

1. D'un tutorat par certains membres de l'équipe enseignante ayant assuré la formation initiale : ce tutorat peut consister en conseils techniques et informations dans les différentes spécialités abordées au cours de la formation initiale
2. D'une poursuite des enseignements après la prise de poste sous la forme de sessions de formation continue les premiers mois d'activité, conçues en réponse aux besoins exprimés par les médiateurs à partir des situations de travail rencontrées

5- Critères et méthodologie d'évaluation

La réussite d'une action de médiation sanitaire ne peut sans doute pas être quantifiée « en nombre de vies sauvées ou de pathologies stoppées. [...] La justification médicale du recours à la fonction de médiateur en santé publique ne peut guère se faire que par la synthèse des avis des professionnels de santé connaissant les difficultés de ces mêmes publics. Plus que sur l'impact des médiateurs en santé publique, c'est souvent sur la pertinence de ce mode d'intervention qu'ils sont en mesure de se prononcer [...]. » Une action de médiation sanitaire peut donc être évaluée comme positive lorsque les médiateurs sont « bien positionnés, compétents, engagés, assez bien outillés et sont appréciés, à titre personnel comme pour le travail effectué, par le public et par leur environnement professionnel. »¹⁵⁹

Evaluation interne :

- Evaluation continue par le comité de pilotage
- Rapport d'activité

Evaluation externe : Rapport d'évaluation par un prestataire sur la base d'entretiens qualitatifs avec les bénéficiaires, les professionnels de santé, les structures porteuses et les associations.

Critères d'évaluation :

- Public bénéficiaire :
 - o Evaluation qualitative : connaissance et reconnaissance du médiateur, lisibilité de son champ d'intervention, estimation de sa marge d'action, crédit accordé aux informations qu'il transmet, appréciation de son positionnement déontologique (indépendance, confidentialité, non-jugement, écoute, impartialité...)
 - o Exemples d'indicateurs quantitatifs à préciser et choisir en fonction des diagnostics locaux initiaux : Taux d'ouverture des droits à l'assurance maladie (AME/CMU), taux de suivi PMI (grossesses et jeunes enfants), taux de vaccination des enfants
- Structures socio-sanitaires :

¹⁵⁹ Direction générale de la santé, *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006*

- Evaluation qualitative : reconnaissance du médiateur comme professionnel, lisibilité de son champ d'intervention et de ses modalités d'action, compréhension de la fonction de médiation et de son utilité par-delà le service d'interprétariat, informations sur le public transmises par le médiateur et ayant permis d'améliorer et d'adapter l'accueil par les professionnels, projets de santé publique envisagés ou engagés avec l'appui du médiateur, composition et fonctionnement du réseau de soins constitué ou développé grâce à l'intervention du médiateur
 - Exemple d'indicateurs quantitatifs à préciser et choisir en fonction des diagnostics locaux initiaux : fréquentation des consultations PMI et hôpital
- Structures porteuses : intégration et positionnement du médiateur au sein de l'équipe (qu'elle soit pluridisciplinaire ou médicale), retombées de l'action du médiateur sur les capacités d'intervention de la structure en faveur du public rom (meilleure acceptation des autres professionnels sur les terrains, appui des structures partenaires en direction desquelles un travail d'information sur le public a été réalisé)
 - Médiateurs : adaptation de la formation initiale et continue, pertinence des outils développés et de l'appui apporté à partir du poste de coordination du programme, réactivité du réseau de soin constitué, actions menées, difficultés spécifiques de communication et positionnement en fonction des différents groupes familiaux...
 - Comité de pilotage : évaluation des outils et des enseignements mutualisés des différents projets pilotes, analyse des spécificités de cette action de médiation sanitaire au regard des autres actions de médiation sociale et de médiation sanitaire existantes, perspectives et améliorations à envisager en vue d'un transfert et d'un élargissement éventuels de ces expériences sur d'autres sites...

ANNEXES

Annexe 1 : EXPERIENCES RESSOURCES

Cette étude de faisabilité s'appuie sur les expériences existantes ou ayant existé en matière de médiation et/ou de santé et/ou d'accompagnement des Roms. Au total, une vingtaine d'expériences ont été identifiées et interrogées.

Pour capitaliser tant sur les pratiques que sur les observations des intervenants impliqués, la méthode utilisée a été la suivante:

- ◆ Inventaire des projets menés pour ou avec les Roms :
 - ⇒ Sollicitations de réseaux
 - ⇒ Recherche documentaire : rapports d'agences européennes, rapports d'ONGs, actes de colloques, etc...
- ◆ Recherche documentaire sur les expériences identifiées :
 - ⇒ Rapports d'activités, rapports d'évaluation,...
 - ⇒ Publication
 - ⇒ Sites internet
- ◆ Prise de contact avec les structures porteuses et les personnes ressources.
- ◆ Entretiens semi directifs et/ou échange par courriels sur les projets et les pratiques :
 - ⇒ 14 entretiens semi directifs, par téléphone ou face à face, d'une durée d'environ 1h à 1h30 chacun, ont été effectués avec des intervenants français et européens (intervenants sociaux et médicaux, médiateurs, responsables associatifs, chefs de projets, chercheurs)
 - ⇒ Pour des raisons de disponibilité certaines ressources ont été sondées par le biais d'échange de courriels autour des projets, des pratiques, du public et des perspectives d'évolution des pratiques.

Il en ressort que la santé est une problématique récurrente chez les Roms et Gens du Voyage en Europe. Ainsi nombreux sont les pays à en avoir pris conscience (Bulgarie, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Finlande, Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas, Espagne, Italie, Grèce) et à mener des **projets visant à favoriser l'accès aux soins et à améliorer l'état de santé de cette population, parfois depuis plus de 20 ans.**

Autre élément ressortant de cet état des lieux, les projets menés en Europe sont généralement dirigés vers des populations à la présence séculaire sur le territoire concerné. Or les Roms concernés par ce programme expérimental sont originaires d'Europe de l'Est et en situation de migration récente en France. Ainsi **on ne peut pas transposer une pratique développée en Europe de l'Est** car le rapport de l'individu à la société n'est pas du tout le même (maîtrise des codes culturels, de la langue, situation administrative, etc.) ; **tout comme on ne peut pas entièrement transposer les pratiques mises en place en France auprès d'autres publics migrants** car l'identité culturelle des Roms migrants originaires d'Europe de l'Est est aussi forte que singulière, y compris vis-à-vis des Gens du voyage.

Cependant, bien que ces expériences ne soient pas transposables en l'état, elles représentent une source d'information incontournable dans l'élaboration du programme. Si les pratiques, les méthodes et les observations dégagées à partir des différentes expériences ont alimenté la réflexion sur la définition du métier, les fonctions, la posture où encore la formation adéquate pour des médiateurs sanitaires intervenant auprès d'un public rom d'Europe de l'Est en France, voici tout d'abord une présentation des principales expériences ressources capitalisées pour la réalisation de cette étude.

ROMANI CRISS

Pays :

Roumanie

Type de projet

Promotion communautaire par la médiation sanitaire

Public

Roms roumains.

Principaux points

Le projet forme des femmes Roms à la fonction de médiateur sanitaire dans le but de promouvoir la santé et le développement individuel des Roms. Les médiatrices doivent avoir un certain niveau scolaire et être socialement reconnues par leur communauté.

En 1993, Romani Criss (Criss : centre rom d'études et d'interventions sociales), association rom qui milite avec et pour la population rom, voit le jour et lance un programme concernant l'amélioration de la santé des Roms.

En 1996, mise en place d'un programme « Médiation sanitaire » dont les objectifs sont de :

- ◆ Améliorer la situation sanitaire des Roms
- ◆ Former des médiateurs sanitaires qui feront le lien entre la communauté Rom et les autorités locales sanitaires
- ◆ Intégrer les médiateurs sanitaires dans les structures et institutions étatiques
- ◆ Faire pression sur les autorités roumaines (locales et nationales) pour qu'elles prennent en considération les problèmes spécifiques des populations Roms et agissent.
- ◆ Responsabiliser la communauté rom et l'inciter à se faire soigner

Entre 1998 et 2000

- ◆ Création de la fiche de poste des médiateurs sanitaires
- ◆ Rencontre avec le Ministère de la Santé.
- ◆ Signature d'une convention qui institutionnalise le métier de « Médiateur sanitaire »

Entre 2000 et 2001

- ◆ Formation de Médiateurs dans 6 localités pilotes
 - ⇒ 7 personnes ont été sélectionnées selon ces critères :
 - appartenir à la communauté Rom
 - être une femme
 - connaître le romani
 - avoir au moins 8 ans de scolarité
 - être reconnu par la communauté
 - avoir des capacités de communication
- ◆ Recherche d'une collaboration avec les autorités locales.
 - ⇒ Les 7 médiateurs ont été rémunérés sur les budgets municipaux
- ◆ Participation à une audience publique de la commission de la santé et de la famille au Parlement.
 - ⇒ Résultat: Signature de l'accord réglant la collaboration entre Romani Criss, le ministère de la Santé et l'OCE /ODIHR (organisme international)
 - ⇒ Romani Criss a obtenu l'inscription de ce métier dans les lois roumaines.

La Formation :

Les médiatrices étant des mères de famille actives, Romani Criss privilégie la formation continue.

Une formation de base de 3 jours aborde :

- ◆ les droits de l'homme, l'identification de discriminations
- ◆ la communication
- ◆ le respect de la diversité (y compris entre Roms de différentes origines puisque le racisme peut être très virulent aussi entre les groupes) ; exemple d'une médiatrice tenant des propos racistes à propos des Kalderach.
- ◆ la santé :
 - Tuberculose
 - Planning familial : seulement informatif, pas d'accompagnement

Puis des formations spécifiques peuvent être dispensées :

- ◆ obtention de carte d'identité
- ◆ organisation de formation santé

Romani Criss a obtenu l'agrément pour délivrer des reconnaissances des expériences informelles (équivalent VAE : validation des acquis de l'expérience)

A ce jour, 600 personnes ont été formées. Une médiatrice de Romani Criss:

- ◆ est un intermédiaire vers le droit commun, elle essaie d'amener les intervenants de droit commun vers les Roms et de contrôler leur action
- ◆ peut participer à une campagne sanitaire publique et organiser des sessions de formation (tuberculose,...)
- ◆ a pour priorité, surtout en début de programme, l'obtention des droits à l'assurance-maladie et les femmes enceintes
- ◆ est attachée à un territoire et non à un groupe, et peut parfois avoir 500 personnes sur son territoire d'intervention

Mais elle s'est retrouvée de fait à :

- ◆ expliquer l'importance du suivi médical, faire la promotion d'une alimentation adéquate, de l'hygiène personnelle, de la planification familiale
- ◆ diriger les personnes vers les services sociaux
- ◆ appuyer les Roms pour l'obtention de papiers
- ◆ suivre l'enregistrement de la population infantile de la communauté

Aussi, elle :

- ◆ amène le changement dans les communautés et autonomise le groupe vis-à-vis de l'extérieur, contrairement aux hommes qui veulent le pouvoir
- ◆ devient modèle pour les autres femmes et promeut leur développement individuel
- ◆ peut être vue comme une alternative et amener les autres Roms à se confronter à leur propres barrières et à leur intériorisation du racisme (une Rom médiatrice qui gagne sa vie ça n'est pas « normal »)
- ◆ fait évoluer les pratiques vis-à-vis de la santé dans le groupe (surtout chez les femmes)
- ◆ reste attachée à son groupe et n'a pas l'idée de faire carrière à Bucarest

Cependant, elle :

- ◆ peut encourager la ségrégation des services : les Roms vont là où sont les médiateurs alors que l'objectif est de leur permettre d'accéder au droit commun
- ◆ peut se faire l'instrument des médecins, peut même perpétuer les stéréotypes

Résultats :

- ◆ Hausse des vaccinations des enfants
- ◆ Augmentation du nombre de personnes qui se dirigent vers le service social de la mairie pour l'obtention du « revenu minimum garanti »
- ◆ Augmentation des obtentions de papiers d'identité
- ◆ De plus en plus de femmes enceintes se déclarent
- ◆ Inscription de la plupart des Roms chez les médecins de famille
- ◆ Amélioration des relations entre les municipalités et les Roms

RESEAU NATIONAL DE MEDIATEURS SANITAIRE

Pays

Bulgarie

Type de projet

Amélioration de l'accès aux soins.

Public

Roms séculaires.

Principaux points

Les projets forment des médiateurs qui, par un travail d'information et de formation des institutions et des Roms, cherchent à améliorer l'accès aux soins des Roms et leur état de santé.

En Bulgarie, le modèle de médiateur de santé a été **lancé en 2001** par l'équipe de la «Fondation sur les problèmes de santé des minorités ethniques ». À ce moment-là, le projet pilote « introduction d'un système de médiateurs Roms - un modèle efficace pour l'amélioration de l'accès des Roms à la santé et aux Services Sociaux » a été mis en application dans le quartier d'Iztok dans la ville de Kyustendil et les cinq premiers médiateurs de santé ont été formés.

En 2002/2003, l'Open Society Institute a soutenu les projets de divers organismes non gouvernementaux de Roms qui, en commun avec l'équipe de base d'EMHPF (Ethnic Minorities Health Problems Foundation), a formé des médiateurs de santé et a développé le programme de médiateur en Bulgarie. Les objectifs principaux du programme étaient alors :

- ◆ Surmonter les barrières culturelles dans les communications entre les communautés Roms et le personnel médical localement
- ◆ Surmonter les attitudes existantes de discrimination dans le domaine des services de santé localement
- ◆ Optimiser l'exécution des programmes de prévention parmi la population Rom
- ◆ Éducation sanitaire des Roms et travail social actif dans la communauté
- ◆ Travail social actif avec les groupes vulnérables de Roms

Décembre 2003 : Création par un consortium de 4 organisations (Open Society Institute, Fondation pour les Problèmes Sanitaires des Minorités, Association Bulgare pour le Planning Familial et la Santé Sexuelle, et la Fondation des Balkans pour un Accord International sur la Diversité) d'un projet dénommé « Assurer l'Accès des Minorités aux Soins de Santé » dans le cadre duquel **51 médiateurs santé, 30 praticiens hospitaliers et 30 infirmières ont été formés** dans 15 villes où vivent de nombreux Roms.

En 2005, le projet « Accès aux Soins de Santé des Femmes et Enfants Roms en milieu rural » transfère pour la première fois le concept de médiation sanitaire en dehors des villes. **16 médiateurs** sont formés dans un premier temps, **puis 17 autres** devant le succès de la démarche.

Le 8 septembre 2005 le gouvernement adopte une stratégie d'accès aux soins pour les personnes défavorisées issues de minorités ethniques dans laquelle la nouvelle profession de médiateurs sanitaires trouve toute sa place puisque le gouvernement engagera avec succès de nombreux médiateurs sanitaires.

En 2006/2007, 45 médiateurs ont été formés sous l'égide du programme du ministère de la santé "Intégration médicale et scolaire des groupes vulnérables avec une attention particulière sur les Roms". L'accent a été mis sur la formation avec un nouveau programme de 150 heures théoriques découpées en 9 modules de formation dispensés sur 5 sessions.

En 2007, grâce aux efforts conjoints du Ministère de la Santé, du Ministère du Travail et des Politiques Sociales, du Directoire des Questions Démographiques et Ethniques du Conseil des Ministres, et des organisations non-gouvernementales travaillant dans ce domaine : **57 médiateurs sanitaires travaillent dans 30 municipalités** (financés par des crédits décentralisés), le métier de « Médiateur Sanitaire » est officiellement reconnu et le descriptif de poste du médiateur sanitaire a été défini et adopté.

Les **principales tâches** inhérentes au poste sont :

- ◆ Travail avec les patients (évaluation des difficultés d'accès à chaque service, recherche et reformulation des problèmes,...)
- ◆ Facilitation du processus d'accès aux services dans la sphère de la santé
- ◆ Aide à la communication avec la caisse d'assurance maladie
- ◆ Aide à la communication avec les institutions sociales et sanitaires
- ◆ Prévention et éducation à la santé
- ◆ Rédaction de rapport et de recommandations aux institutions
- ◆ Participation à la mise en place de programmes nationaux de santé
- ◆ Archivage des cas suivis

En avril 2007, dans le cadre du projet « Préparation à l'introduction dans la profession de médiateur sanitaire : Renforcement des capacités des médiateurs sanitaires et construction d'un réseau », a été créé le **Réseau National des Médiateurs Sanitaires**; il regroupe aujourd'hui en son sein plus de 120 membres (médiateurs, experts en santé publique praticiens hospitaliers, médecins, experts en questions ethniques et démographiques, etc..) œuvrant à l'introduction du médiateur sanitaire dans le système de santé publique comme une partie incontournable.

Aujourd'hui ce sont plus de 120 médiateurs sanitaires financés par des crédits décentralisés vers les mairies qui travaillent dans 55 communes bulgares.

ROMA SUPPORT GROUP

Pays

Royaume-Uni

Type de projet

Sensibilisation des Roms à la santé et médiation avec les services sanitaires

Public

Roms migrants arrivés depuis le début des années 90, originaires d'Europe de l'est.
Les jeunes, contrairement aux plus anciens, parlent et écrivent l'anglais.

Principaux points

Atelier santé, formation en cuisine et nutrition.

Accompagnement vers les services sanitaires, médiation et sensibilisation des acteurs institutionnels.

Le Roma Support Group est une organisation communautaire travaillant avec les Roms d'Europe de l'Est qui a été créée en 1998 lors d'une assemblée réunissant 80 Roms. L'association, qui touche 850 familles à Londres, a donc été fondée par des Roms et est aujourd'hui toujours dirigée par des Roms. Elle s'investit dans de nombreux champs comme l'éducation, le plaidoyer, l'art, le sport, ainsi que la santé.

En août 2005 a été lancé un **projet de sensibilisation à la santé** dont l'objectif général est d'améliorer l'état de santé des Roms de Londres. Pour ce faire l'association se concentre sur l'amélioration des connaissances en matière de santé au travers de **formation, de l'organisation d'évènements et d'activités** tels que des cours de cuisine et de nutrition, des ateliers santé, des journées de la santé, des sessions de danse avec les femmes et des séminaires sur le dépistage du cancer.

L'autre pan du projet se consacre à **l'accompagnement des Roms et à la médiation avec les institutions** sanitaires. Des volontaires formés à un accompagnement au cas par cas s'assurent de l'accès aux soins dans les hôpitaux, assurent l'interface linguistique, et rassurent les plus âgés et les personnes ayant un handicap par des visites à domicile. Depuis sa mise en place en août 2005, 200 Roms de l'agglomération londonienne ont bénéficié directement de ce projet.

NB : En Irlande on trouve une association homonyme sans lien direct qui travaille avec les Roms migrants. L'association, récemment active et constituée de Roms, vient de lancer un programme d'insertion économique.

MEDECINS DU MONDE FRANCE

Pays

France : Strasbourg, Ile-de-France, Lyon, Marseille, Nantes, Bordeaux, Calais, Montpellier, Toulouse, Nancy...

Type de projet

Amélioration des conditions de vie des Roms par l'accès aux soins.

Public

Roms migrants arrivés depuis le début des années 90, originaires d'Europe de l'est (Roumanie à 80%).

Principaux points

Visite des terrains par des équipes médicales ou médico-sociales, veille sanitaire, orientation vers le droit commun, promotion de la santé périnatale, plaidoyer

Médecins du Monde intervient auprès des Roms d'Europe de l'Est dans de nombreuses villes françaises, à travers une mission dédiée (mission rom) ou dans le cadre de ses interventions généralistes en centre ou en équipes mobiles (données datant d'août 2008) :

- ◆ Seine-Saint-Denis : 1136 consultations médicales (CM) réalisées pour près de 850 personnes, 295 personnes vaccinées (dont 246 enfants), 86 femmes suivies dans le cadre de l'action périnatalité.
- ◆ Bordeaux : depuis mai 2007 et suite à l'appel du collectif « Romeurope » pour assurer le suivi de 2 femmes enceintes arrivées à terme, l'équipe de Bordeaux a pris contact avec une quarantaine de personnes.
- ◆ Calais : 38 sorties réalisées, 190 personnes rencontrées et plus de 400 CM ont été assurées.
- ◆ Marseille : visite régulière de 8 lieux de vie occupés par des Roms (terrains ou immeubles squattés), qui représentent au total environ 460 personnes dont 120 enfants.
- ◆ Lyon : 73 sorties réalisées, 360 CM assurées et 553 personnes rencontrées.
- ◆ Nantes : 100 sorties réalisées, 527 CM et 336 personnes rencontrées.
- ◆ Strasbourg : 51 sorties réalisées, 475 CM et près de 200 personnes rencontrées.

Les types d'interventions sont variés et ne se limitent pas à la santé stricto sensu :

- ◆ Veilles sanitaires : soins de santé primaire et orientation pour une prise en charge dans le système de droit commun.
- ◆ Faciliter la scolarisation des enfants : sensibilisation, démarches administratives et vaccination.
- ◆ Assainissement : démarches auprès des communes pour améliorer les conditions d'hygiène sur les terrains (ramassage des ordures, accès à l'eau, ...) ; négociation pour trouver des solutions de logement adaptées.
- ◆ Périnatalité : prévention des IVG, suivi des grossesses, information sur la contraception, vaccination des enfants, accompagnements en PMI et aux centres de planning.
- ◆ Témoignages sur les conditions de vie, expulsions répétitives, obstacles dans l'accès aux soins et aux droits.

- ◆ Mobilisation des Comités de soutien aux familles Roms, acteurs de santé, municipalités, services de l'Etat.

Pour appréhender plus concrètement le travail de terrain de Médecins du Monde, prenons l'exemple de la **mission Rom de Strasbourg**.

Il y a une dizaine de terrains sur l'agglomération strasbourgeoise, avec sur chacun d'eux 4 familles environs ce qui représente environs 150 personnes sur l'agglomération.

Une demi-journée par semaine, avec un camping-car, **l'équipe** se rend sur chaque terrain :

- 1 médecin
- 1 infirmière ou sage-femme
- 1 conducteur
- 1 non médical (assistant social...)
- 1 interprète (pas toujours)

La plupart des Roms parle un peu le français, suffisamment pour des échanges sommaires mais pas assez pour approfondir un sujet de préoccupation. **L'interprète** est donc très précieuse pour les consultations car le praticien va à la fois mieux entendre et mieux expliquer les choses. Gabriela, interprète roumaine, s'est petit à petit investie de plus en plus sur la mission et sa présence est très utile, d'autant plus qu'elle connaît un peu le vocabulaire médical, ce qui est un plus incontestable.

Le **réseau partenarial**, primordial dans leur approche, est entre autre constitué de :

- ◆ Service Migration Santé : MDM a une convention avec eux, ils se déplacent pour assurer l'interprétariat
- ◆ PMI : vaccination des enfants de moins de 6 ans, ils se déplacent 1 fois/mois sur les terrains. Presque tous les enfants sont à jour de leurs vaccinations sur Strasbourg voire sur le département.
- ◆ PASS (plan d'accès aux soins de santé) => « La Boussole » est une permanence d'accès aux soins de santé où sont accueillies les personnes les plus démunies. Son équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmières, assistants sociaux, accompagnateurs médico-sociaux assure la prise en charge et l'orientation des patients.
- ◆ Conseil général
- ◆ Assistants sociaux de secteurs
- ◆ Associations : Caritas, ...

COMITE D'AIDE MEDICALE

Pays

France : Seine-Saint-Denis

Type de projet

Promotion de la santé et de l'accès aux droits des populations Roms.

Public

Roms migrants arrivés depuis le début des années 90, originaires de Roumanie.

Principaux points

Visite des terrains par un binôme constituée d'une infirmière et d'une interprète français-roumain, information sur les droits à la santé, orientation vers les services sanitaires, accompagnement dans les structures de soins.

En France, le Comité d'Aide Médicale intervient **depuis 2002** pour aider les populations les plus vulnérables. Parmi d'autres thématiques d'intervention (lutte contre le saturnisme infantile, hébergement de crise et d'urgence) l'association met en œuvre depuis cette année là un **programme de promotion de la santé et d'accès aux droits des populations Roms**. Actuellement, une infirmière et une interprète français-roumain travaillent en binôme sur ce programme.

Pour faciliter l'accès aux soins de ces populations, la première étape est pour elles d'établir une **relation de confiance** avec les familles. La famille est l'unité de base de l'organisation sociale (naissance, maladie, mort, conflits, éducation, réussite ou non des affaires) et tout se vit en collectivité familiale. L'écoute de l'autre est primordiale pour créer du lien et il faut accepter les différences et travailler dans le respect de la culture de l'autre.

Concrètement les activités suivent 3 axes d'intervention : l'information des Roms, l'accompagnement vers les structures sanitaires, et la coordination avec les autres acteurs.

◆ **Information sur le droit à la santé**

Ignorant les droits relatifs à l'obtention de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) elles leur indiquent les démarches à suivre et les preuves à fournir lors de l'instruction du dossier. Sur cet axe, elles jouent un rôle d'**aide et d'orientation** vers les différentes associations de domiciliations et de demande « AME ».

◆ **Accompagnement vers les différentes structures de soins**

Les accompagnements physiques sont souvent nécessaires car la **barrière de la langue** est un handicap. La présence d'une interprète rassure les patients et les met en confiance. C'est aussi une aide précieuse facilitant le diagnostic du médecin. Participer à la consultation leur permet d'effectuer un suivi de la personne et de leur apporter des réponses. Sur le terrain, elles prennent les rendez-vous et adaptent les orientations vers les services spécifiques en fonction des pathologies.

ALC SPRS

Pays

France : Alpes-maritimes

Type de projet

Prévention et prise en charge de la santé

Public

Roms migrants arrivés depuis le début des années 90, originaires de Roumanie. **Principaux**

points

Visite des terrains par un binôme constitué d'une infirmière et d'une interprète français-roumain, dispense de soins de première nécessité, orientation vers les services sanitaires.

En 2006, à la suite d'un travail de recherche sur les mineurs étrangers isolés dans le département des Alpes Maritimes, l'association a été sollicitée par quelques membres d'une communauté Rrom pour intervenir sur une situation d'urgence médicale.

En 2007, un diagnostic sur la population Rrom présente dans les Alpes Maritimes a été réalisé dans le courant du second trimestre 2007.

Entre le 23 avril et le 14 juin 2007, l'association est rentrée en contact avec 90 personnes, dont 30 mineurs. Ces personnes vivaient dans plusieurs squats à Nice (essentiellement Nice Ouest) mais aussi et dans d'autres villes du département.

Elle a pu remarquer, tout au long de son intervention, la mobilité de ces personnes, une mobilité transfrontalière (entre la France et la Roumanie) mais aussi entre les villes du département, la répartition de la population dans les squats (la plupart des personnes se connaissent entre elles, étant originaires de la même région de Roumanie).

A partir de septembre 2007, l'action « MédiaRrom » a été mise en place par deux travailleuses sociales intervenant à mi-temps dans des communautés Roms. L'action MédiaRrom comprend quatre axes principaux :

- ◆ Santé
- ◆ Prévention de la traite des êtres humains
- ◆ Médiation culturelle et institutionnelle
- ◆ Etudes des migrations pendulaires

En septembre 2008 ce projet s'est terminé car les moyens étaient insuffisants et l'équipe mobile qui leur semblait indispensable était par là-même irréalisable. Aussi, elles auraient souhaité créer un réseau impliquant les acteurs investis dans le champ de la santé (MDM, Mutualité française,...), les relais des services sociaux (aide à l'enfance,...), les PMI, etc... afin de pouvoir apporter une réponse globale, adaptée et coordonnée aux besoins et à la mobilité de ce public.

Quant à l'**unité mobile** qu'elles avaient pour projet de monter (inspirée de celles de MDM à Paris), ses missions auraient été d'intervenir directement sur :

- ◆ La médecine d'**urgence** (intervenir si besoin, délivrer des ordonnances,...)
- ◆ L'**éducation à la santé** (présence régulière nécessaire)
- ◆ La **médiation** avec les institutions sanitaires (interprétariat, orientation)

Pour imaginer ce qu'aurait pu être leur projet s'il avait évolué comme elles l'auraient souhaité, voici leurs recommandations relatives à la santé et à la médiation :

◆ **Développer des actions de prévention et de prise en charge au niveau de la santé**

Face à la masse de demandes concernant la santé, aux besoins recensés dans ce domaine et à la nécessité d'une réponse immédiate, il leur a paru nécessaire de mettre en place une équipe mobile médicalisée qui, lors de tournées, pourraient traiter sur le terrain des demandes de soins de base et faire les orientations et accompagnements au CHU en cas de nécessité.

La diffusion de plaquettes sur le thème de la santé doit se poursuivre et des documents bilingues français/roumain pourraient être établis pour les professionnels afin de faciliter la communication.

◆ **Coordonner des actions d'un réseau partenarial au niveau de la santé**

Le tissu partenarial doit être préservé et renforcé pour poursuivre le travail entamé en matière de soins, de veille sanitaire et de prévention.

Il est indispensable de développer des liens avec l'ensemble des caisses d'assurance maladie du département. La famille et l'enfance entrant dans les missions leur étant imparties, une collaboration plus étroite est nécessaire pour améliorer le traitement de ces situations.

◆ **Favoriser et améliorer l'accès aux droits d'assurance maladie**

Une réflexion autour de ce problème avec la direction des Relations Internationales de la CPAM est à envisager pour aborder les problèmes d'accès aux droits rencontrés récemment, et tenter de trouver ensemble des solutions adaptées à la population concernée.

La mise en place d'un correspondant privilégié sensibilisé aux problématiques administratives de ce public est essentielle.

La désignation d'un lieu identifiable où la population peut être aidée dans les démarches administratives, comme l'AME, est essentielle.

◆ **Améliorer l'hygiène de vie**

La qualité de conditions de vie de cette communauté sur le plan de l'hygiène pourrait être améliorée avec la mise en place d'un dispositif de collecte des déchets par la mise à disposition de containers pouvant être vidés régulièrement.

La présence d'une autorité administrative sur les lieux de vie change les habitudes sanitaires, la visite d'un agent des services d'hygiène de la mairie, pourrait avoir une influence positive.

L'accès, réglementé, à des points d'eau potable pour l'alimentation et l'hygiène, serait également un point important en matière d'hygiène.

◆ **Favoriser l'implication active de la population en matière de santé**

La mise en place d'une équipe médico-sociale est confortée par ce point. De plus, la population a besoin d'établir une relation de confiance et de proximité pour se laisser guider et par la suite appliquer les conseils prodigués afin d'améliorer leur santé.

SICHEM

Pays

France : Var

Type de projet

Médiation sociale

Public

Roms migrants arrivés depuis le début des années 90, originaires de Roumanie. **Principaux**

points

Un médiateur va à l'encontre des Roms vivant dans des squats principalement, prend connaissance de leur situation, les accompagne vers les services de droit commun ; sensibilisation des interlocuteurs et médiation.

Le SICHEM (Service Inter associatifs de Coopération Humanitaire pour les Etrangers et les Migrants) existait déjà en tant que plate-forme associative pour travailler avec les migrants, il est depuis devenu une association à part entière et s'attache spécifiquement à la problématique Rom.

Le réseau Sichem a signé, **en décembre 2007**, une convention avec la préfecture pour réaliser un état des lieux de la situation des Roms sur l'aire toulonnaise. L'association apporte aide d'urgence et soutien pour leur garantir des conditions de vie acceptable. Ce travail se fait sans réels moyens propres et consiste finalement en un travail de prise de contact, de création de liens, d'accompagnement, et de médiation.

Un Comité de Pilotage a été créé pour suivre l'évolution de la situation. Il est composé de la Préfecture du Var (sous-préfecture chargée de la ville), de la Sous-préfecture de Draguignan, de l'ANAEM, de la DDT, de la DDE, de la DDASS,...

Le médiateur nous explique dans un entretien sa méthode et ses activités :

- ◆ **il travaille en réseau** grâce à l'UDV (Union Diaconale du Var) qui rassemble 29 associations

- ◆ il cherche toujours de l'aide au niveau du **droit commun** ; il relève d'ailleurs l'extrême importance des relations humaines avec les autorités et les institutions publiques.

- ⇒ Et s'il ne trouve pas, il se tourne alors vers l'associatif pour trouver des solutions.

- ◆ Quant à la **communication**, il trouve toujours quelqu'un dans le groupe qui parle un peu français; et passe naturellement par l'intercompréhension non verbale. La langue n'a pas du tout été une barrière pour lui.

- ◆ **il accompagne** les Roms : accès au logement / aux soins / à l'hygiène / aux droits.

- ◆ **il forme** les travailleurs sociaux, bénévoles et autres acteurs associatifs à la culture Rom, aux problèmes rencontrés par le groupe, etc.

- ◆ Il essaie de **faire comprendre** à la police que les Roms sont européens, et qu'ils ont donc des droits en tant que tels.

⇒ Aujourd'hui, les Roms sont reconnus et pris en compte par les pouvoirs publics.

Exemple de situation de médiation :

Le médiateur du Sichem rencontre une femme Rom enceinte, vivant dans un squat :

- ◆ Ils se rendent ensemble chez Promo Soins, une association médicale membre du réseau, qui rédige une fiche d'accueil social pour l'hôpital et indique au médiateur et au patient où se rendre et à qui s'adresser.
- ◆ Le médiateur accompagne la femme enceinte à la PMI où il pourra sensibiliser/rassurer l'interlocuteur. Ca se passe toujours très bien car les préjugés sont plutôt des appréhensions que des convictions. La PMI réoriente vers l'hôpital et le médiateur en profite pour chercher une solution d'hébergement
- ◆ Cette femme est finalement retournée en Roumanie, à sa demande, après son accouchement.

PARADA

Pays

France : Seine-Saint-Denis

Type de projet

Animation artistique et accompagnement social.

Public

Roms migrants arrivés depuis le début des années 90, originaires de Roumanie. **Principaux**

points

(Parallèlement à l'activité principale d'animation artistique et culturelle)

Conseil, orientation et accompagnement dans les démarches

avec les institutions sanitaires, sociales, scolaires.

L'association **Parada France est née en 2001**, afin de récolter des fonds pour financer les programmes de la Fondation Parada en Roumanie, et pour sensibiliser l'opinion publique aux conditions de vie des enfants des rues de Bucarest. Parallèlement elle cherche à apporter par tous les moyens matériels et intellectuels possibles, un soutien aux enfants et personnes en situation de rupture sociale partout où elle le peut.

En 2002, les autorités françaises contactent Parada France pour lui demander d'intervenir auprès des mineurs isolés roumains, de plus en plus nombreux dans les rues de Paris. L'association participe dès lors activement à la mise en place d'un dispositif visant à sortir les jeunes de la rue et à les orienter vers des structures existantes (foyer pour jeunes). Des dissensions entre les acteurs du projet font que Parada France se scinde en deux : l'association Hors la Rue voit le jour et continue de travailler avec les mineurs isolés à Paris, tandis que Parada France s'oriente vers un travail avec la population Rom en difficulté.

Parada France organise depuis des **ateliers ou événements culturels et artistiques**. Son public privilégié est les enfants mais ils sont beaucoup sollicités par les parents pendant la journée et s'occupent de leurs problèmes après la fin de leurs activités avec les enfants. Les demandes portent par exemple sur :

◆ **l'obtention de l'AME**

⇒ ils réorientent sur les CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientations) de Médecins du Monde qui peuvent s'occuper de la domiciliation

➔ Ce serait bien d'avoir quelqu'un qui puisse suivre les papiers, anticiper les démarches et les accompagner; certains y arrivent, d'autres non (par découragement, car des documents sont perdus, car ils ne savent pas lire)

◆ **la reprise de rendez-vous manqués**

⇒ quand il s'agit de rendez-vous pour un enfant, ils s'y rendent avec les parents, quand le rendez-vous est pour les parents, ils les laissent y aller seuls.

◆ **les recours suite à réception d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF)**

⇒ ils prennent en charge les recours pour les familles avec enfants, comme l'organisation d'un bus pour faire l'aller-retour en Belgique et faire tamponner les OQTF

◆ **les démarches pour effectuer des visites en prison**

⇒ ils expliquent les papiers à fournir, les aident à les rassembler et les envoyer à la prison, en général ils prennent rendez-vous pour eux, enfin les personnes s'y rendent généralement seules.

Ils pratiquent donc diverses activités de médiation : médiation scolaire avec les enfants, médiation sanitaire, médiation administrative.

Globalement leur **approche est plutôt liée au groupe qu'au territoire** ; c'est-à-dire qu'ils suivent les gens avec lesquels ils travaillent si ceux-ci changent de lieu de vie.

Parada travaillant au plus près des Roms et cherchant toujours à les impliquer dans ce qui les touche, l'association s'est portée « naturellement » vers le choix d'un **médiateur Rom** ; ou aussi, par le passé et pour la médiation scolaire, vers le choix d'un **binôme constitué d'un Rom et d'un non-Rom**.

LE PROGRAMME DE L'IMEA

L'**Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA)** a été, de **2000 à 2005**, l'opérateur d'un programme expérimental de formation et de suivi de « **médiateurs de santé publique** » financé et piloté par le Ministère de la Santé, la DGS, le Bureau de la lutte contre le VIH et les IST (infections sexuellement transmissibles). Ce programme a touché 4 sites : l'Ile-de-France, la Guyane, Marseille et Nice.

Le terme, forgé par IMEA pour l'occasion, de médiateurs de santé publique (MSP), désigne des **personnes œuvrant à l'interface entre le système de santé et les publics présentant des difficultés particulières dans l'accès à la prévention et aux soins**.

La plupart d'entre eux travaillent dans des associations à vocation sociale, et les questions de santé représentent une activité parmi d'autres interventions ; un nombre plus restreint de médiateurs intervient auprès d'établissements de santé, à la demande de médecins responsables et/ou en partenariat avec eux, et contribuent à l'adaptation des établissements à des publics nouveaux ; et ce, au point d'être jugés indispensables par la hiérarchie médicale et d'être très largement sollicités par les patients concernés.

Plus de **150 médiateurs** ont reçu, **entre 2000 et 2003**, une formation initiale d'environ 480 heures (en alternance avec leur site professionnel) dans leur région, et ont bénéficié par la suite de formations continues et d'un suivi individuel par l'IMEA. D'autres activités de suivi, de capitalisation ou de valorisation ont eu lieu, dont un colloque sur la médiation en santé, organisé par l'IMEA et marquant la fin du programme, au Ministère de la Santé et des Solidarités le 3 octobre 2005.

Une fois le projet mené par l'IMEA terminé, les médiateurs de la région parisienne se sont regroupés au sein du **Collectif des médiateurs en santé publique d'Ile-de-France**.

Le Collectif est composé de 7 membres actifs, malades et non malades, riches de diverses expériences et spécialisations médicales (VIH, Hépatite, Cancer,...). Les objectifs principaux de ce collectif sont la reconnaissance du métier de médiateur en santé publique et une place plus importante faite au patient avant/pendant/après l'hospitalisation.

De tels collectifs ont également vu le jour dans les autres lieux concernés par le projet : Marseille, Nice et la Guyane.

Pays

France

Type de projet

Médiation en Santé Publique

Public

Potentiellement, tous patients.

Principaux points

Accompagnement, aide à la communication, information sur les droits à la santé, sensibilisation, suivi des personnes en traitement.

L'intervention des médiateurs consiste, pour la majorité de leur temps de travail, à aider des personnes connues d'eux comme ayant une problématique de santé.

Après de ces personnes déjà identifiées, l'intervention des MSP prend typiquement les formes suivantes :

- ◆ Accompagnement physique, aide à la communication entre la personne et un professionnel (explication à l'un des propos de l'autre au moyen, éventuellement, d'une traduction) ;
- ◆ Appui administratif et informatif à l'accès aux droits ;
- ◆ « Counselling », sensibilisation, incitation au dépistage, suivi d'une personne sous traitement, incitation à l'observance ;
- ◆ Et pour certains MSP, intervenant dans des structures médicales ciblant les personnes les plus marginalisées, participation à la prise en charge de ces patients - le suivi médical stricto sensu restant naturellement le fait du personnel médical et non des MSP.

MEDECINS DU MONDE PAYS-BAS

Les Roms aux Pays-Bas

La première arrivée de Roms aux Pays-Bas date des années 60. Originaires d'Italie, Grèce et Espagne, ils ne rencontrent pas de problèmes particuliers et sont bien insérés dans la société. La deuxième arrivée date des années 70. Ils sont originaires principalement de Serbie et de Macédoine. C'est cette population qui rencontre le plus de problèmes et avec laquelle MDM travaille. La troisième vague date des années 90 et ils viennent des Balkans. Globalement ils ont un niveau d'éducation supérieur qui a facilité leur insertion et ils ne rencontrent pas trop de problèmes malgré leur arrivée plus récente.

Médecins du Monde Pays-Bas travaille donc principalement avec ceux arrivés dans les années 70. Parmi eux 5000 (sur 10 000) ont été régularisés à leur arrivée et les autres sont pour la plupart restés clandestinement. Il est donc très difficile de donner une estimation fiable de leur nombre mais certaines organisations parlent de 50 000 personnes.

Contrairement aux Roms migrants de France, ils ne sont pas regroupés et vivent dans des maisons.

La plupart d'entre eux parlent néerlandais et romanes, le néerlandais étant irrégulièrement maîtrisé mais pratiqué par tous, plus ou moins bien donc. Certains parents sont apatrides car nés sur la route avant d'arriver aux Pays-Bas ; leurs enfants naissant aux Pays-Bas sont donc apatrides eux-mêmes : pas d'école, pas de soins, etc.

Pays

Pays-bas

Type de projet

Promotion de la santé.

Public

Roms et Sintis arrivés de Serbie et Macédoine dans les années 70, parlant néerlandais.

Idée directrice

Le projet s'appuie sur les femmes Roms et Sintis membres des associations partenaires pour promouvoir la santé ainsi que la position sociale des femmes au sein de la communauté et des individus au sein de la société.

Depuis Mars 2005 Médecins du Monde Pays-Bas s'est engagée dans un projet en collaboration avec les associations rurales de Roms et de Sinti pour **renforcer leurs capacités et aider à la promotion de la santé chez les Roms et Sinti**. Les activités de ce projet sont :

- ◆ Développer des méthodes d'information sur la santé
- ◆ Organiser et appuyer des activités d'information pour les femmes Roms
- ◆ Former les femmes Roms pour intercéder dans la promotion du bien-être
- ◆ Construire et appuyer un réseau dans lequel Roms et Sintis s'investisse pour leur promotion sociale
- ◆ Informer la société et en particulier les institutions sanitaires sur les Roms par des publications et des réunions d'information.

Concrètement Ils ont commencé par travailler avec une association de Roms du sud du pays avec qui ils ont monté un partenariat avec pour objectif de former des femmes Roms à dispenser des réunions-formations sur le système de soins néerlandais. Dans le cadre de ce partenariat, 7 personnes ont été formées, 900 personnes environs ont suivi une réunion-formation.

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE AU SEIN DES MINORITES ETHNIQUES DE NAVARRE

Pays

Espagne

Type de projet

Promotion de la santé par la sensibilisation et la médiation.

Public

Communauté gitane espagnole.

Idée directrice

Le projet forme des médiateurs issus de la communauté et désignés par celle-ci à la sensibilisation à la santé, à l'accompagnement et à la médiation auprès des institutions.

L'objectif du programme est de réduire les inégalités en matière de santé par l'amélioration de l'état de santé des Roms. Cela en prenant en compte les forces de la communauté Rom et en adoptant une approche participative pour améliorer la situation sanitaire, aborder les déterminants environnementaux et socio-économiques de la santé, et favoriser l'accès aux soins.

Le programme dispose de 12 médiateurs sanitaires Roms et d'un coordinateur et est entièrement financé par l'Institut Public de la Santé de Navarre. Sa mise en œuvre s'articule autour de 3 partenaires majeurs :

- ◆ L'Institut de Santé publique met à disposition un travailleur social qui, avec d'autres techniciens, appuie les médiateurs and coordonne le choix des zones d'intervention, le formation des médiateurs, le suivi et l'évaluation.
- ◆ Le groupement d'associations gitanes de Navarre Gaz Kalo s'occupe de la formation et du suivi technique des médiateurs
- ◆ Les services centraux sociaux, d'éducation et de la santé

Une commission locale est chargée d'analyser la situation de la communauté, d'enregistrer les besoins et requêtes du public, de contrôler les activités et d'évaluer le programme. Il y a une commission par zone de santé et elles sont composées ainsi :

- ◆ Les centres de soins de santé primaires, dont un travailleur social est le responsable ainsi que l'interface avec le coordinateur général.
- ◆ Les services sociaux municipaux
- ◆ Les centres éducatifs
- ◆ Une association gitane
- ◆ Le médiateur de la zone concernée

Les activités principales du projet sont:

- ◆ Médiation sanitaire par des médiateurs gitans
- ◆ Coordination et collaboration avec les autorités locales et centrales
- ◆ Education de pair à pair
- ◆ Renforcement et participation de la communauté gitane
- ◆ Formation complète des médiateurs

La méthodologie employée se décompose ainsi:

- ◆ Recensement par les médiateurs de toutes les familles de la communauté
- ◆ Evaluation des besoins et requêtes

- ◆ Création d'un carnet de santé confidentiel pour chaque famille : état vaccinal, habitudes alimentaires et nutritionnelle des enfants, planning familial et contrôle des grossesses.
- ⇒ La première année la priorité est donnée à la santé des femmes et des enfants et à la formation des médiateurs. Ces derniers y consacrent 50% de leur temps, puis 30% la deuxième année, puis de moins en moins les années du programme passant. A partir de la troisième année le médiateur est autonome pour mettre en place le plan d'action en collaboration avec les services concernés.

Les évaluations relèvent l'évidence que ce programme a eu un impact très positif sur la santé des bénéficiaires, et même au-delà. Le taux de couverture des besoins en soins est beaucoup plus élevé, la santé de la reproduction a été améliorée tout comme l'état de santé des enfants. La participation aux programmes de sensibilisation a augmenté et le taux de scolarisation a connu une hausse sans précédent pour atteindre 90%. En 2004 le projet a même reçu le prix européen de la bonne pratique quant à l'égalité dans la santé.

PROGRAMME DE PROMOTION DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE LA MINORITE ROM

Pays

Slovaquie

Type de projet

Promotion de la santé et de l'accès aux soins.

Public

Roms séculaires.

Principaux points

Le projet forme des formateurs à la formation du personnel médical et à la promotion de la santé.

Réhabilitation de centres de santé, création d'unités médicales mobiles

Le ministère de la Santé Slovaque est responsable de la mise en place et de la coordination d'un programme dont l'objectif général est l'amélioration de l'état de santé des Roms.

Pour ce faire le programme vise à **favoriser l'accès aux soins de santé et à améliorer les connaissances en santé des Roms** grâce à des activités de :

- ◆ **Formation du formateurs** : 30 travailleurs de terrain expérimentés sont formés à devenir eux-mêmes formateurs sur les thèmes tels que :
 - Coordination d'une campagne de prévention sanitaire ou de vaccination
 - Méthodes de promotion à la santé
 - Veille sanitaire
 - Moyens de favoriser l'accès aux soins de santé des Roms⇒ Ils formeront ensuite les médecins, infirmiers et autre personnel de santé dans les régions cibles.
- ◆ **Réhabilitation de centres de santé** : dans 10 villages reculés où sont installés principalement des Roms seront réhabilités des petits centres de santé où des médecins, des gynécologues, des pédiatres et d'autres praticiens se rendront quotidiennement ou du moins régulièrement.
- ◆ **Prévention de la santé** : les jeunes Roms seront sensibilisés aux questions de santé par des formations dispensées par le personnel formé dans le cadre du programme :
 - Conditions de vie et hygiène
 - Prévention sur l'usage de drogues
 - Conscientisation sur la santé de la reproduction
 - Risques sanitaires fréquents
 - Etc...
- ◆ Mise en place de 10 **unités médicales mobiles**: des ambulances équipées avec les appareils médicaux standard, des consommables et des tentes médicales seront déployées dans les secteurs isolés des centres de santé.

Le projet vise donc à atteindre les résultats suivants:

- ◆ Du personnel qualifié et en nombre suffisant par rapport à la population Rom ciblée est formé pour permettre l'accès des Roms aux soins de santé, à la médecine préventive et à l'éducation sanitaire.
- ◆ Augmentation du nombre de Roms examinés et a traités et du nombre de Roms vaccinés, menant à un meilleur état de santé global.
- ◆ Déploiement des unités médicales mobiles et des centres médico-sociaux permanents dans les secteurs isolés.
- ◆ Éducation sanitaire des jeunes Roms. Création d'outils éducatifs sur des questions de santé et formation des professeurs locaux à l'utilisation de ces outils éducatifs.

PRAKSIS

Pays

Grèce

Type de projet

Promotion de la santé.

Public

Populations vulnérables dont Roms séculaires.

Principaux points

Réunions d'information avec étudiants et parents, sensibilisation de la communauté par des interventions publiques et le travail en réseau.

L'ONG Praksis travaille quotidiennement au contact des **populations rencontrant des problèmes d'exclusion sociale et économique**, tels les réfugiés, les migrants, les Roms, etc...

L'objectif final de l'association est l'inclusion des groupes vulnérables dans la société grecque en favorisant **l'accès aux services de droit commun** en matière de santé, d'emploi, d'éducation, de logement et de justice.

Parmi de nombreux programmes menés dans ces secteurs, Praksis a notamment mis en place en 2008 un **projet d'éducation à la santé**. Cofinancé par le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales et par le Fonds Social Européen, la ligne directrice du projet est la mobilisation des populations vulnérables pour l'amélioration de leurs conditions de vie et la promotion de la santé. Les activités principales de ce projet mis en place en collaboration avec une école multiculturelle d'Athènes sont :

- ◆ **Promotion de la santé** auprès des étudiants et de leurs parents par des campagnes sanitaires auprès des étudiants (contrôle dentaire par exemple) et des réunions avec les parents d'élèves.
- ◆ **Sensibilisation de la communauté** par des interventions directement dans la rue et la distribution de livret d'information
- ◆ **Création d'un réseau local** mobilisant les acteurs de la santé

OPERA NOMADI

Pays

Italie

Types de projets

Médiation culturelle et promotion de la santé.

Public

Roms, Sintis et Voyageurs séculaires.

Principaux points

Médiation culturelle avec les institutions, notamment scolaires et sanitaires.

Sensibilisation à la santé et accès aux soins.

Opera Nomadi est la plus ancienne organisation italienne à avoir travaillé au niveau national sur les conditions de vie des Roms, des Sintis et des Voyageurs.

L'organisation, **créée au début des années 60**, est indépendante des parties politiques et s'appuie sur le travail de bénévoles. La composition de l'association est mixte et encourage la participation active des Roms par la promotion des initiatives visant à lutter contre l'état aigu de marginalisation de la communauté avec des projets focalisés sur des initiatives culturelles, sociales et politiques.

L'association travaille en collaboration avec les établissements publics de la région de Milan, lieu de sa création, et au niveau national avec le Ministère de l'Education et le Ministère de l'égalité des Chances.

Les programmes qui sont actuellement en activité **interviennent dans les domaines de l'habitat et du logement, de l'éducation, de la santé, de la formation et de l'insertion professionnelles des jeunes et adultes Roms et Sintis.**

La base de Milan a signé en 2007 un accord avec la Region Lombarde, la ville de Milan et son agglomération, et la municipalité de Pavie pour la formation et le placement de 15 **médiateurs culturels** dans les services éducatifs. Un autre accord avec la municipalité de Milan a permis d'offrir des cours de soutien aux mineurs Roms par les médiateurs culturels Roms. Un autre projet se développe en collaboration avec la municipalité de Rho qui vise la **promotion sociale de la communauté Rom**. 6 autres projets visant la **promotion de la santé** des familles sont mis en œuvre dans le Legnano, à Milan et à Bergame.

LES FEMMES-RELAIS ET LA MEDIATION SOCIALE INTERCULTURELLE

Pays

France

Type de projet

Médiation sociale interculturelle.

Public

Population immigrée de toutes origines.

Principaux points

Orientation, information, sensibilisation des intervenants institutionnels et associatifs, accompagnement et suivi des familles.

1981 : Les étrangers obtiennent le droit de monter une association ce qui entraîne une vague d'associations de quartier montées par des femmes immigrés dans les années 80.

1987 : Création du réseau **FIA-ISM (Femmes Inter Associations - Inter Service Migrants)** qui est un réseau national d'associations de femmes (100 associations environs aujourd'hui) dont l'objet est de les coordonner, de les renforcer (formation en recherche de financements par exemple) et de capitaliser sur leurs expériences.

1990 : FIA-ISM se penche déjà sur la médiation en commanditant une première étude menée par N. FERRIE et S. RADI, à Marseille : "**Les médiatrices : une communication de proximité, fonction et statut**". L'objectif était de mieux appréhender la fonction, les missions, de suggérer un statut et une organisation de la "profession".

1992 : Démarrage par FIA-ISM de l'activité de formation à la médiation sociale et culturelle.

1995 : L'association rédige la première « Charte de la Médiation Sociale et Culturelle »

1996 : Organisation des femmes-relais en collectif avec pour but la reconnaissance du métier de femmes-relais.

Mais cette terminologie s'avère réductrice et inappropriée aux tâches accomplies. En effet, le concept de femmes-relais induit la simple transmission d'information entre 2 parties et occulte la réalité des nécessaires stratégies mises en œuvre. Cette prise en compte a été rendue difficile notamment par la prédominance de l'oralité chez les « femmes-relais », rendant ainsi l'identification des stratégies difficile pour des observateurs n'ayant pas ce trait culturel.

1999 : Création du dispositif adultes-relais. Les femmes-relais, sous statut CES (Contrat Emploi Sécurisé) puis CEC (Contrat Emploi Consolidé), arrivent à la fin des durées légales prévues par ces statuts. Pourtant les besoins sont toujours là, l'activité est reconnue et de nombreuses associations dépendent de cette activité de médiation.

LE DISPOSITIF ADULTE-RELAIS

Devant la nécessité de maintenir cette fonction sociale vivante, le dispositif adulte-relais a été créé par le Comité interministériel des villes du 14/12/1999.

L'article L.12-10-1 du code du travail définit les activités exercées par les adultes relais comme visant « à améliorer, dans les zones urbaines sensibles et les autres territoires prioritaires des contrats de ville, les relations entre les habitants de ces quartiers et les services publics ainsi que les rapports sociaux dans les espaces publics ou collectifs ».

Les emplois sont soutenus pour 3 ans et le financement des postes est réparti ainsi :

- ◆ 80% du SMIC par le dispositif.
- ◆ 20% par la structure (fonds propres ou subvention d'une collectivité)

Les conditions requises pour postuler à un emploi adulte-relais sont de :

- ◆ résider dans une zone urbaine sensible ou dans un quartier inscrit en Politique de la ville.
- ◆ être âgées d'au moins 30 ans à la date de signature du contrat de travail.
- ◆ être sans emploi, à l'exception de personnes bénéficiant d'un contrat emploi solidarité ou d'un emploi consolidé.

Concrètement il s'agit de restaurer le lien social au travers de diverses activités :

- ◆ accueil, information, accompagnement dans les démarches
- ◆ aide au dialogue entre les services publics et les usagers
- ◆ aide au dialogue entre les générations
- ◆ accompagnement et renforcement de la fonction parentale
- ◆ amélioration ou préservation du cadre de vie
- ◆ résolution des petits conflits de la vie quotidienne
- ◆ actions de médiation sociale
- ◆ participation au renforcement de la vie associative de proximité
- ◆ alphabétisation, soutien scolaire à domicile

2007 : 6 900 conventions adulte-relais ont été signées depuis la création du dispositif.

Annexe 2 : BIBLIOGRAPHIE

CHARTRE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001

Centre d'Etude de l'Emploi, Connaissance de l'emploi n°55, Adultes-relais : l'évolution d'une politique de la ville, Juin 2008

Commission nationale consultative des droits de l'homme, « Etude et propositions sur la situation des Roms et des gens du voyage en France », texte adopté en assemblée plénière le 7 février 2008.

CNDH Romeurope – Rapport 2007-2008, septembre 2008

Direction générale de la santé, GROUPE DE TRAVAIL « TUBERCULOSE ET MIGRANTS » Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France, 07/06/05

Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006

Direction générale de l'action sociale, Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, Avril 2005- Janvier 2006

Femme Inter Associations – Inter service migrants, Charte de la Médiation Sociale et Culturelle

Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne, vaincre les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique, septembre 2003

INPES, Actes des Journées de la prévention 2008, Session 7, la médiation interculturelle en santé

Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 24 mars 2009, Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007

Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 18 novembre 2008, Dépistage du saturnisme chez l'enfant en France depuis 1995 : pratiques, résultats, évolutions, recommandations

Institut de veille sanitaire, EuroTB, Surveillance européenne de la tuberculose : description du réseau et résultats récents, 2005 Dans l'Union européenne élargie (UE)

Médecins du Monde, Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms – Publication d'Octobre 2007

Médecins du Monde, Dossier de presse « Médecins du Monde auprès des femmes Roms » mars 2008

Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2006.

Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde, rapport 2007.

Médecins du Monde, Farid Lamara, Projet Romeurope - L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe – Espagne, France, Grèce, Etude qualitative – approche ethno-sociologique, Juin 1999

Médecins du Monde, Cadre de référence - Education Pour la Santé, Document interne, Janvier 2009

Maria Maïlat, Evaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par ROMANI CRISS partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – SYNTHÈSE, décembre 2005

Romani C.R.I.S.S. - Centrul Romilor pentru Interventie Sociala si Studii, Magda MATAACHE, directeur executiv, STANDARD OCUPAȚIONAL - Ocupația: MEDIATOR SANITAR, Domeniul: Sănătate, igienă, servicii sociale Cod COR: 513902, 2007

Annexe 3 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES INTERVIWEES

Andria Manalina et Patrick Vigneau, AREAS (Nord)
Antoaneta Popescu, Médecins du Monde (Ile-de-France)
Arianna de Jong, Lidie Voorend, Médecins du Monde (Pays-Bas)
Edwige Burnens et Dorinella Lucas, Comité d'Aide Médicale (Seine-Saint-Denis)
Fernand Koko, SICHEM, (Var)
Florin Iamandita et Yves Aubry, Une famille un toit 44 (Nantes)
Germain Mignot, Médecins du Monde (Strasbourg)
Hélène Delaquaize, Collectif des médiateurs sanitaires (Ile de France)
Ivailo Tournev, Etnic Minorities Health Problems Foundation (Slovaquie)
Julien Radenez, ASET 93, (Seine-Saint-Denis)
Katia Lurbe y Puerto, Laboratoire IRIS
Léa Li Yung-Ramielson, FIA-ISM (France)
Lenka Raposova, PDCS (Slovaquie)
Marie-Dominique Pauti, Médecins du Monde (France)
Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie)
Philippe Jarrousse, Sylvie Chapelais, Sylvaine Devriendt, Médecins du Monde (Nantes)
Roxana Boldor et Eugénie Avouac, ALC SPRS, (Nice)
Sophie Poisson, Médecins du Monde (France)
Tzanetos Antypas, Praksis (Grèce)
Yannick Lucas, ASAV (ile-de-France)