



# ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE MEDIATION SANITAIRE

# -ANNEXES-

Rapport final – Août 2016

# **Sommaire**

Annexe n°1 : Referentiel du Programme national de mediation sanitaire en direction des populations en situation de précarité3
Annexe n° 2 : Le dispositif du programme39
Annexe n° 3. : Méthodologie d'analyse des indicateurs environnementaux 45
Annexe n° 4 : L'évolution des conditions de vie sur les bidonvilles ciblés par la médiation sanitaire47
Annexe n° 5 : Les types d'habitat observés par les médiateurs entre 2013 et 2015 62
Annexe n° 6 : Questionnaire d'enquête auprès des partenaires du programme 63
Annexe n° 7 : Témoignages de médiatrices sur les recours autonomes aux soins et à la prévention
Annexe n° 8 : Témoignages de médiatrices sur les «actions-relais» effectuées par des personnes vivant en bidonvilles auprès de leur entourage
Annexe n° 9 : Témoignages de médiatrices sur le suivi par un médecin traitant 74
Annexe n° 10 : Fiche de recueil des indicateurs d'accès aux soins 76
Annexe n°11 : Fiche de recueil Etat des lieux terrain et environnement

# Annexe n°1 : Référentiel du Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité



ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS

# Référentiel

Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité Septembre 2014





# **SOMMAIRE**

Intro	oduction	6				
1. Les objectifs du programme8						
	Un projet répondant à des problématiques de santé liées à la précarité8					
	1.2. Expérimenter et évaluer la médiation sanitaire dans le cadre d'un prog					
associatif9						
2.	férentiel du programme					
	2.1.	La médiation en santé				
	2.1.1	Définition de la médiation en santé dans le cadre de la médiation sociale10				
2.1.2.		Distinction entre la médiation sanitaire et la médiation interculturelle10				
	2.1.3	La médiation spécifique en santé				
	2.1.4	Les finalités d'intervention en médiation sanitaire11				
	2.2.	Posture et profil du médiateur sanitaire12				
	2.2.3	Positionnement envers les institutions et les acteurs de santé14				
	2.2.4	Le profil des médiateurs sanitaires15				
	2.2.5	La formation des médiateurs16				
	2.3.	Délimitation du champ d'intervention				
	2.3.1	La spécificité de l'approche en santé d'un public en situation de précarité17				
2.3.2		Les axes d'intervention du médiateur sanitaire18				
	2.3.3	Distinction des fonctions : médiation en santé, travail social, professions de santé e				
interprétariat						
	2.3.4	Distinction entre fonction de médiation et métier de médiateur20				
	2.4.	Le cadre professionnel				
	2.4.1	La structure employeuse et l'encadrement				
2.4.2.		L'inscription de la médiation sanitaire dans une équipe pluridisciplinaire21				
	2.4.3	La mobilisation du réseau local territorialisé2				
	2.4.4	Les financements mobilisables22				
	2.4.5	Les contrats et statuts des postes de médiation24				
3.	. Le di	spositif du programme3				
	3.1.1	Le comité de pilotage national24				
	3.1.2	Un programme coordonné à l'échelle nationale25				
	3.1	.2.1. Les missions de la coordination25				
	3.1	.2.2. Une plus-value pour les projets locaux25				
3.1.2		.2.3. Des contraintes en termes de disponibilité26				

Conclusion			35
3.2.5	5.3.	Précarité de statut et manque de reconnaissance du métier de mé	diateur34
3.2.5	5.2.	Une passerelle vers la prise en charge par le droit commun	34
3.2.5	5.1.	La question de l'interprétariat	32
3.2.5.	Les	limites des actions de médiation	32
3.2.4	1.4.	L'émergence de « femmes relais » à Bobigny	31
3.2.4	1.3.	La production d'outils adaptés	31
3.2.4	1.2.	Les journées nationales d'échange de pratiques	30
3.2.4	l.1.	Les comités de suivis locaux	30
3.2.4.	Les	bonnes pratiques du programme	30
3.2.3	3.3.	Une efficacité avérée	29
3.2.3	3.2.	Les freins à une amélioration de l'accès à la santé	29
3.2.3	3.1.	Les avancées	27
3.2.3.	Synt	thèse des résultats de l'expérimentation	27
3.2.2.	Recu	ueil et analyse de données	26
3.2.1.	Obje	ectif et indicateurs	26

#### Introduction

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 de l'accès aux soins et à la prévention des habitants des squats et bidonvilles dits « Roms », originaires de l'Europe de l'Est. Au regard des expériences et des constats recueillis, et dans un objectif de santé publique, le développement d'expériences spécifiques de médiation en santé est préconisé depuis de nombreuses années par les associations membres de ce collectif, auprès des autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale.

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

En 2011 et 2012, dans le cadre d'un programme de recherche-action piloté au niveau national par l'AŠAV, des actions de médiation sanitaire ont été conduites sur quatre sites pilotes en France. Elles avaient pour objectif d'améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des femmes et jeunes enfants roms migrants vivant dans des conditions de grande précarité et de faciliter les relations entre professionnels et usagers.

Au terme de la phase expérimentale du projet, il est apparu important de rendre compte publiquement de ce dispositif de médiation sanitaire mis en place auprès des populations roms. Le document présent a notamment l'intérêt d'interroger la pertinence des choix qui ont guidé la construction du projet au regard des enseignements tirés de ces deux années d'expérimentation effective.

Le programme avait vocation, dès son origine, à être transposable à d'autres publics ayant des freins similaires d'accès à la santé. Il a été conçu en tenant compte de cet enjeu. Ainsi, ce référentiel se veut un outil sur lequel les acteurs peuvent s'appuyer pour initier et développer des projets de médiation sanitaire en direction de toutes les personnes éloignées des soins et de la prévention.

Ce projet apporte une réponse innovante, concrète et efficiente au problème des inégalités sociales de santé qui n'ont cessées de s'accroître dans notre société. Visant la promotion de la santé et son accès pour tous, il est basé sur les principes d'action et les valeurs éthiques et sociales défendues par la Charte internationale d'Ottawa<sup>1</sup>.

Enfin, le programme constitue un ancrage important pour la reconnaissance de la pratique de la médiation sanitaire. Un colloque consacré à cette question a clôturé la phase d'expérimentation du projet, « La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms »² organisé au Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Cet évènement a permis de réunir des acteurs associatifs, institutionnels et universitaires afin d'éclairer le débat sur les enjeux de la médiation sanitaire auprès des populations précarisées : quels sont le profil, la formation et le cadre professionnel les mieux adaptés au médiateur et quel cadre institutionnel permettrait la

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Charte adoptée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Les actes du colloque sont disponibles via le site internet du programme : http://www.mediation-sanitaire.org/evenements/le-colloque/

consolidation de la médiation. Ces échanges se sont ainsi attachés à dégager des perspectives d'action pour la reconnaissance du métier de médiateur.

Le plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adoptée le 23 janvier 2013<sup>3</sup> a marqué une première avancée avec l'inscription d'une mesure concernant : « la promotion de l'accès aux soins et à la prévention des Gens du voyage, à travers la mise en place et le développement de la médiation sanitaire ».

Fort de ses résultats expérimentaux positifs, l'enjeu du programme pourrait être dans les prochaines années, outre son développement en direction des populations vivant en squat en en bidonville, l'adaptation du dispositif de médiation sanitaire aux populations Gens du voyage en situation de précarité pour favoriser leur accès à la santé.

Laurent El Ghozi Président de l' AŠAV

Dr Françoise Sivignon Présidente de Médecins du Monde -France Par délégation

Frédéric Rouvière Directeur du pôle

André Dupon

Président de La Sauvegarde du Nord

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Plan pluriannuel adopté lors de la réunion du Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions sur la base des recommandations issues de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 10 et 11 décembre 2012

### Les objectifs du programme

#### 1.1. Un projet répondant à des problématiques de santé liées à la précarité

Les populations roms originaires des Pays d'Europe centrale et orientale représentent actuellement environ 15 à 20 000 personnes en France. Il s'agit en majorité de familles en provenance de Roumanie et de Bulgarie, ayant migré à partir des années 2000. Résidant dans des squats ou des bidonvilles, elles connaissent des conditions de vie très précaires.

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

Comme pour d'autres publics connaissant des conditions de vie précaires et des barrières à l'accès aux soins, les acteurs de terrain ont fait le constat d'un état de santé globalement très préoccupant des populations roms migrantes.

Le projet a été conçu dans l'objectif de lever les principaux obstacles à l'accès à la santé des populations en situation de précarité, confrontées à un usage inexistant ou limité des services de santé de droit commun en France :

- Des difficultés d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie
- Un manque d'information des personnes sur le système de santé
- Des difficultés de communication (langue étrangère, illettrisme...)
- Des ruptures de soins,
- Le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes
- Le manque d'éducation à la santé

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

Pour pallier ces difficultés et notamment améliorer l'accueil et le suivi de ces populations dans les structures de santé de droit commun, la médiation sanitaire a été perçue comme l'approche la plus pertinente à développer. Le programme expérimental a ainsi été créé, à partir d'une étude approfondie visant à déterminer ses modalités de mise en œuvre.

1.2. Expérimenter et évaluer la médiation sanitaire dans le cadre d'un programme interassociatif

Ce projet a adopté une méthode de recherche-action, il a été inscrit dans une démarche expérimentale où le processus d'évaluation tenait une place centrale : celui-ci devait aboutir à la validation ou non de l'intérêt de l'approche développée et de sa généralisation.

#### Le programme avait ainsi un double objectif :

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

Depuis 2010, le programme est coordonné au niveau national par l'AŠAV, en copilotage avec la Direction Générale de la Santé et avec le soutien méthodologique de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) qui a permis de construire le dispositif d'évaluation.

Au terme d'une année consacrée à réunir les conditions financières et humaines au démarrage du projet sur les territoires locaux, trois associations membres du collectif Romeurope ont mis en œuvre des actions de médiation sanitaires de 2011 à 2012, auprès d'environ 150 femmes roms et de leurs jeunes enfants, sur les sites d'intervention ciblés : l'AREAS (Association régionale d'étude et d'action sociale) dans le département du Nord (59), l'ASAV dans le Val d'Oise (95) et en Seine-St-Denis (93) et Médecins du Monde en Loire-Atlantique (44).

#### Les actions locales des médiatrices se sont déclinées en trois niveaux d'intervention :

- \* En direction du public ciblé :
  - Développer les connaissances des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun
- \* En direction des structures de santé :
  - Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance des populations roms pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public-cible au sein des structures
- \* En direction de l'environnement des sites de vie :
  - Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique

## 2. Le référentiel du programme

#### 2.1. La médiation en santé

#### 2.1.1. Définition de la médiation en santé dans le cadre de la médiation sociale

La médiation sanitaire ou la médiation en santé<sup>4</sup> est un des champs d'application de la médiation sociale.

La médiation se définit de manière globale 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 »<sup>5</sup>.

Dans le cadre de la médiation sociale, on parle souvent de médiation « créatrice », laquelle, selon Jean François Six (2002), « a pour but, de susciter entre des personnes ou des groupes des liens nouveaux ». Elle se distingue clairement de la gestion de conflit puisqu'elle se situe dans la construction de la relation entre les deux parties. On parle en revanche de médiation préventive, rénovatrice et curative lorsque celle-ci consiste à éviter l'éclatement d'un conflit, réactiver les liens distendus et faire émerger une solution dans le cadre d'une situation conflictuelle.

#### 2.1.2. Distinction entre la médiation sanitaire et la médiation interculturelle

La médiation interculturelle s'inscrit « comme une étape constructive dans une relation d'aide entre une institution et un migrant. Il s'agit donc d'établir des liens entre individus appartenant à des cultures diverses »<sup>6</sup>.

Dans le cadre de la médiation en santé, les éléments permettant d'analyser une situation ne relèvent pas uniquement de la culture dans laquelle le/a patient/e ne se reconnaitra d'ailleurs pas nécessairement. La grille de lecture du médiateur en santé est basée sur une approche multifactorielle de la situation qui prend en compte aussi bien les facteurs culturels et migratoires, que d'exclusion, de précarité et de pauvreté.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Dans le cadre de ce document, nous utiliserons indifféremment l'expression médiation sanitaire ou médiation en santé.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Séminaire européen "Médiation sociale et nouveaux modes de résolution des conflits de la vie quotidienne" - Créteil – septembre 2000

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Es-Safi Latifa, « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », Pensée plurielle, 2001/1 no 3, p. 27-34. DOI : 10.3917/pp.003.0027

#### 2.1.3. La médiation spécifique en santé

Le médiateur en santé « pratique ses activités de prévention, d'information individuelle et collective ou d'accompagnement des patients dans les hôpitaux ou les lieux de santé communautaire. Il facilite l'accès à la santé pour les personnes précarisées ou éloignées culturellement du système de soin médical. Il travaille en grande proximité avec les patients pour les mettre en confiance et les orienter vers les structures de soins en partenariat avec les professionnels de l'intervention sociale et médicale. »<sup>7</sup>

La médiation en santé consiste en effet à co-construire une relation entre un public cible et les acteurs de santé du territoire sur lequel il vit. Le médiateur sanitaire travaille au rapprochement de chacune des parties, en informant d'une part le public sur le système de santé et d'autre part les structures de santé sur le contexte de vie des personnes. Il met physiquement en lien les deux parties, en accompagnant les personnes dans les hôpitaux, les services de PMI, de prévention ou vers la médecine de ville, tout comme il accompagne les professionnels de santé sur les lieux de vie pour faciliter l'exercice de leur travail.

#### 2.1.4. Les finalités d'intervention en médiation sanitaire

L'objectif général de la médiation sanitaire est de favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention de la population éloignée du droit commun.

Une des missions du médiateur est d'assurer une meilleure intercompréhension entre les acteurs de santé et le public-cible. La médiation sanitaire favorise la rencontre, la connaissance mutuelle, le dialogue entre les personnes et l'institution, la prise en considération des codes et de la culture de chacun. Le médiateur sanitaire agit sur les mécanismes qui freinent le recours des personnes au système sanitaire et sur les difficultés de communication qui peuvent exister entre les institutions sanitaires et le public.

La personne médiatrice s'emploie également à prévenir et à lutter contre les traitements discriminatoires et à permettre l'égalité d'accès aux services de santé de droit commun. Le médiateur informe de leurs droits les personnes qu'elle accompagne et, si nécessaire, elle signale les discriminations qu'elle constate à leur encontre à sa hiérarchie. Cette dernière peut en rendre compte selon le cas au Défenseur des Droits, à l'Agence Régionale de Santé, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et aux différents conseils de l'ordre des professionnels de santé.

La médiation sanitaire s'inscrit dans une démarche « d'aller vers » un public ciblé en fonction de critères sociaux, liés au lieu de vie ou à une problématique de santé particulière. Pour autant, il s'agit bien d'une phase transitoire, une passerelle vers une prise en compte par les services de droit commun et cet objectif doit être constitutif de toute action du médiateur.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Rapport du groupe de travail interministériel et inter partenarial de décembre 2011 intitulé « médiation sociale : pour la reconnaissance d'un métier ».

De même, la médiation ne doit pas être considérée comme une fin en soi mais un moyen de **tendre vers l'autonomisation**. Dans cet objectif, la personne médiatrice construit un parcours type des démarches d'accès à la santé pour que celui-ci puisse être reproduit par les personnes qu'elle accompagne. Le médiateur sanitaire informe et/ou forme les professionnels de santé afin de développer leurs connaissances concernant les freins rencontrés par les personnes dans leur accès à la santé, leurs droits sociaux et administratifs ainsi que leurs conditions de vie. Il peut également s'agir de collaborer avec les professionnels de santé dans le cadre de la construction et de l'adaptation d'outils de prévention et d'information Les médiateurs favorisent ainsi une prise en considération du public dans l'accès aux organismes et structures de santé par une réelle adaptation des services qui se veut durable.

#### 2.2. Posture et profil du médiateur sanitaire

#### 2.2.1. Le cadre éthique et déontologique

La médiation sanitaire partage les principes déontologiques énoncés dans la charte de référence de la médiation sociale. Celle-ci a été établie et adoptée en 2001 par le comité interministériel des villes.

#### La charte de référence de la médiation sociale

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.

#### 1. Principes généraux

#### 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.

#### 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.

#### 2. Les attitudes du médiateur

#### La discrétion et les obligations du médiateur vis-à-vis de la loi

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 confidence 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.

#### Le désintéressement et la liberté du médiateur

La médiation est désintéressée : hormis la rémunération qu'il peut recevoir de son employeur, le médiateur 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 intervient.

En fonction de la situation, de la nature spécifique du conflit ou du problème, du lieu concerné ou des personnes impliquées, le médiateur a la possibilité de refuser une intervention dont il est saisi.

Dans certaines circonstances particulières, il peut également être conduit à interrompre une action qu'il a engagée. Il ne doit cependant pas prendre seul cette décision et, si les conditions sont réunies, il devra alors passer le relais.

#### 2.2.2. Positionnement envers le public-cible

Le lien de confiance essentiel à instaurer entre la personne médiatrice et le public cible s'établit dans le temps et comporte plusieurs facteurs de réussite :

- L'intelligibilité des missions du médiateur : lorsque le médiateur sanitaire se rend sur les lieux de vie des personnes, il est important qu'il présente sa mission et ses possibilités d'action. Cela permet de mieux cibler les demandes, d'être plus efficace, de ne pas créer de confusion avec d'autres intervenants éventuels et de ne pas suggérer un sentiment de toute-puissance concernant le rôle du médiateur.
- Le médiateur sanitaire **« va vers » les personnes identifiées en tant que public cible**, il se rend régulièrement sur les lieux de vie, partage un même « espace-temps que le public, sans procédures formalisées et différées de rencontre» et il entretient une proximité qui alimente le lien de confiance avec la personne accompagnée.
- La reconnaissance du médiateur en tant que professionnel et sa capacité à intervenir nécessite de sa part un juste équilibre entre cette proximité inhérente au métier de médiateur et la distance qu'il doit maintenir par rapport aux personnes accompagnées. Il doit pouvoir prendre du recul par rapport aux situations et contrôler ses propres affects. Les médiateurs eux-mêmes s'accordent à dire que la remise en question est indispensable dans leur métier pour avoir une posture juste et équilibrée, garder la distance appropriée et être équitable avec chacune des familles.
- Le médiateur sanitaire, du fait de sa présence régulière sur les lieux de vie et du suivi du parcours de santé de la personne, va avoir une connaissance approfondie de l'intimité des personnes et de sa famille. Il peut être observé et questionné par les autres membres de la famille ou du groupe et va asseoir sa crédibilité sur sa discrétion et sa vigilance au respect de la confidentialité des informations qu'il détient.
- Le **développement d'un réseau de « personnes ressources »** au sein des institutions, des structures de santé et la constitution d'un carnet d'adresses de spécialistes et de médecins de ville permet au médiateur d'orienter les personnes plus facilement vers le soin et contribue à sa reconnaissance par le groupe ciblé.
- La médiation sanitaire doit s'inscrire dans le temps pour l'établissement de liens efficaces avec le public et la construction d'un parcours de santé sur le moyen et long terme. Cela implique que le nombre de personnes accompagnées soit limité, que le médiateur soit suffisamment disponible pour rencontrer les personnes régulièrement et pour les accompagner dans les structures de santé lorsque cela est nécessaire.

#### 2.2.3. Positionnement envers les institutions et les acteurs de santé

Le médiateur sanitaire s'inscrit dans un réseau de santé de proximité. Il informe de sa présence les hôpitaux, les services départementaux de prévention (Protection Materno-infantile, Centres de dépistage IST/MST/tuberculose), services municipaux de santé (centres de santé, Ateliers Santé

\_

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Elisabeth Maurel, « la médiation sociale et culturelle : émergence et professionnalisation des adultes relais »

Ville), puis établit des temps de rencontre réguliers, formels ou informels avec ceux-ci. Cette démarche oblige la personne médiatrice à formuler son projet par écrit ou par oral et à développer un argumentaire qui présente ses missions, son cadre d'intervention et ses compétences. Tout comme elle peut l'être avec le public, la présentation du rôle et des limites d'exercice du médiateur aux acteurs et institutions de santé est essentielle pour construire les bases d'un partenariat et pour éviter certains écueils tels que la confusion avec le rôle de l'assistant social ou de l'interprète.

#### 2.2.4. Le profil des médiateurs sanitaires

La médiation sanitaire nécessite des compétences et une formation générale de base dans le domaine social, de la santé ou en ethnologie permettant à la personne médiatrice de prendre du recul par rapport aux situations des personnes accompagnées, d'être en capacité de bien communiquer autant avec le public qu'avec les partenaires et institutions, d'avoir une bonne connaissance des problématiques du public concerné et des connaissances de base en santé publique.

Lors du recrutement de la personne médiatrice, la structure porteuse du projet peut être amenée à se questionner sur l'opportunité de choisir ou non un profil de « médiateur pair ».

Ce critère supplémentaire dans le profil du médiateur peut être justifié dans un objectif de promotion de la personne et du groupe. Il s'agit par exemple de permettre à une personne de valoriser une expérience de vie ou la connaissance d'une langue à travers le salariat ou bien de valoriser le groupe par rapport aux institutions en confiant des responsabilités à l'un de ses membres. La connaissance intime du public par un médiateur « pair », du fait de la proximité géographique, identitaire ou encore la proximité liée à la trajectoire de vie de la personne (maladie, prostitution, consommation de drogues) peut également être un avantage pour être reconnu et identifié parmi le public cible.

Dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire, il a été décidé de ne pas retenir ce critère en ce qui concerne le recrutement des médiateurs au regard des écueils que la notion de médiateur pair peut comporter.

Lorsqu'un médiateur sanitaire travaille auprès de personnes de son entourage, « la faculté de distanciation nécessite une profonde lucidité » de sa part. « Il doit se demander si un des éléments de la situation n'éveille pas en lui des résonances insoupçonnées, qui le conduisent à s'identifier à un des médieurs, ou à le rejeter et donc à n'être plus tiers.» Il convient d'être attentif, d'une part, à ce que l'appartenance à la communauté supposée homogène ne fasse pas écran par rapport à d'autres grilles de lecture et, d'autre part, à ce que le rôle de médiateur sanitaire ne mette pas la personne en difficulté dans sa vie personnelle ou bien dans le respect de la déontologie du métier. En effet, il peut être difficile de distinguer la sphère personnelle et professionnelle, de faire respecter les horaires de travail ou bien de maintenir une posture de médiation, libérée des jeux d'influence et désintéressée, entre un professionnel de santé et une personne de son entourage. La relative distance par rapport

-

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Guillaume-Hofnung Michèle, *La médiation*, 6e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », réédition de janvier 2012.

au public cible s'avère cruciale lorsqu'il y a mise en danger entre les personnes accompagnées. En effet, comme le mentionne la charte de la médiation sociale, la personne médiatrice a « une obligation de dénoncer les crimes et les violences faites aux personnes fragiles ».

Enfin, si une équipe de médiation sanitaire est constituée, il peut être opportun de prévoir l'intervention d'un binôme médiateur/médiatrice. L'intervention de deux personnes de genre différent peut offrir un meilleur accès à l'ensemble du public cible et renforcer la possibilité d'agir sur un maximum de thématiques liées à la santé (en particulier en matière de santé sexuelle et reproductive). Le lien entre personnes du même genre peut faciliter la communication sur des questions relevant de l'intimité de la personne.

#### 2.2.5.La formation des médiateurs

A partir du profil décrit, la formation initiale et continue des médiateurs sanitaires doit leur permettre :

- de maîtriser l'organisation du système de santé, de l'offre de soins et du réseau de promotion de la santé. Le médiateur sanitaire doit identifier les droits auxquels les personnes qu'il accompagne peuvent prétendre. Il doit également repérer les réseaux institutionnels et associatifs à mobiliser au niveau local en fonction de la situation des personnes.
- d'être capable d'informer, d'orienter les personnes et de communiquer avec le personnel soignant en s'appuyant sur des connaissances en santé publique de base (santé materno-infantile, prévention, éducation à la santé, enjeux de la précarité sanitaire lié à l'environnement de vie : lieu de vie, activité professionnelle, consommation de drogues, etc)
- De disposer de clés de compréhensions sociologiques et ethnologiques sur le fonctionnement du public ciblé pour décrypter les situations. Ces connaissances permettent au médiateur d'avoir une prise en compte globale de la personne et de mettre en perspective les différents facteurs intervenant dans le parcours de santé
- D'être capable de s'appuyer sur des compétences en communication avec le public, pour conduire un entretien de médiation et gérer des situations de crise mais également avec les institutions, pour écrire des courriers, identifier les personnes ressources, présenter son action et formuler des intentions.

Actuellement, il existe des diplômes et titres professionnels en médiation sociale stricto sensu. Le réseau France Médiation recense notamment « le D.U. Métiers de la Médiation de l'Université de Bourgogne, le D.U en médiation sociale mis en place par l'IUT Carrières Sociales de Grenoble et celui de Paris 2 Panthéon Assas.». Il existe également des certifications et diplômes de niveau 4 et 5 tels que le CAP « Agent de prévention et de médiation », la certification du titre professionnel Agent de Médiation, Information, Services, le BAC Pro « Services de proximité et vie Locale » ainsi que le

diplôme de Technicien Médiation Services<sup>10</sup>. On ne recense en revanche aucune formation spécifique à la médiation en santé.

Enfin, qu'il s'agisse de médiation en santé ou plus globalement de médiation sociale, il n'existe pas de cursus professionnel spécifique permettant une réelle reconnaissance du métier.

### 2.3. Délimitation du champ d'intervention

#### 2.3.1. La spécificité de l'approche en santé d'un public en situation de précarité

La spécificité de l'approche en santé d'un public en situation de précarité ne peut exclure une approche intégrée des conditions de vie. « L'entrée par le public conduit à ce que des questions non sanitaires – logement, emploi, école, questions administratives en général – se présentent plus fréquemment que les questions de santé »<sup>11</sup>. Les médiatrices sanitaires du programme expérimental de l'AŠAV<sup>12</sup> confirment également cette difficulté : les demandes sont nombreuses et les liens tissés tout au long de leur intervention les positionnent comme interlocuteurs privilégiés des familles. Cela nécessite de recadrer régulièrement les priorités pour ne pas se laisser submerger par les demandes. Le médiateur sanitaire prend en compte la situation globale de la personne et il alerte et mobilise son réseau local et pluridisciplinaire compétent pour les demandes qui dépassent son champ d'action afin de se concentrer sur l'accès à la santé des personnes qu'il accompagne.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> D'après le rapport du groupe de travail interministériel et inter partenarial « Médiation sociale : pour la reconnaissance d'un métier », décembre 2011.

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Direction Générale de la Santé, Evaluation 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, juillet 2006

Entretiens avec les médiatrices sanitaires intervenant dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire en direction Roms en direction des femmes et jeunes enfants roms vivant en bidonvilles et en squat porté par l'association AŠAV, septembre 2012.

#### 2.3.2. Les axes d'intervention du médiateur sanitaire

#### Le médiateur sanitaire a deux objectifs principaux :

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

Les médiateurs assurent une « présence active de proximité ». Ils « vont à la rencontre des habitants, se font connaître et reconnaître en particulier des populations fragilisées ou isolées, y compris à leur domicile, afin d'aller au-devant des besoins latents à révéler ou exprimés.»<sup>13</sup>.

Le médiateur présente également le rôle, les conditions d'accès et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire : service de domiciliation si nécessaire, de sécurité sociale, hôpitaux (en particulier les services PASS, urgence et maternité), PMI, plannings familiaux, centres de dépistage, centres municipaux de santé, médecine de ville, etc.

Il favorise l'ouverture des droits à l'assurance maladie, développe les connaissances du public cible en éducation à la santé par des interventions individuelles, face à des groupes, seul ou avec l'intervention d'un intervenant extérieur compétent sur le sujet traité.

La personne médiatrice peut également mettre en place des outils d'information adaptés pour le public (par exemple dans sa langue ou très imagé pour les personnes qui rencontrent des difficultés à lire) qui peuvent être utilisés comme une interface entre les professionnels de santé et les personnes accompagnées.

En fonction de l'autonomie de la personne dans son parcours de soins, le médiateur l'oriente, prend rendez-vous pour elle ou peut l'accompagner dans le service de prévention ou de soins.

S'il l'oriente, il peut utiliser une fiche de liaison qui permettra au professionnel qui la reçoit de mieux identifier la demande, la problématique et d'avoir rapidement les informations les plus importantes (nécessité de demander un interprète, possession ou non d'une assurance maladie ou d'une AME, domiciliation administrative, etc.).

Dans le cadre d'un accompagnement, le médiateur peut développer les compétences de la personne en termes de mobilité en modélisant le parcours dans le service pour que la personne puisse y recourir à nouveau de manière appropriée et autonome. Le médiateur aide à la communication entre la personne et le professionnel (par le biais éventuel d'une traduction). Ces accompagnements sont l'occasion pour le médiateur de promouvoir le recours à l'interprétariat professionnel, d'identifier les éventuels blocages dans l'accès au service mais également de développer sa connaissance du fonctionnement et des personnes ressources du service.

- Mobiliser les acteurs de santé, favoriser leur mise en réseau et contribuer à une meilleure connaissance du public ciblé pour améliorer leur accueil et leur suivi au sein des structures :

18

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale Jean-Edouard Grésy/Hélène Duclos – Collection SC-CIV – collaboration groupe de travail France Médiation –année 2009

Le médiateur sanitaire agit comme une passerelle entre les acteurs de la santé et le public cible. Il organise des actions de sensibilisation et/ou de formation en direction des acteurs de santé afin de présenter son rôle, les freins rencontrés par les personnes qu'il accompagne dans leur accès à la santé, leurs droits sociaux et administratifs ainsi que leurs conditions de vie.

Il aide à réduire le décalage entre l'offre médicale et la situation des personnes, à trouver des pistes d'ajustement pour améliorer l'accueil et l'accès effectif des personnes au service (en incitant les structures à faire appel à des interprètes professionnels par exemple), pour renforcer la prise en compte globale de la situation des publics concernés mais il recueille également les suggestions des acteurs de la santé concernant l'utilisation du service.

Le médiateur mobilise les structures de santé pour intervenir sur les lieux de vie lorsque la situation le nécessite. Il peut participer aux actions de veille sanitaire, aux consultations de santé materno-infantile et aux campagnes de vaccination et de dépistage de la tuberculose. Il favorise également l'organisation d'actions d'éducation à la santé directement sur les sites de vie ou dans les lieux institutionnels.

# Le médiateur sanitaire participe indirectement à réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique des personnes.

Comme le rappelle la Charte d'Ottawa<sup>14</sup>, les conditions de vie et l'environnement des personnes ont un impact direct sur la santé. Il semble pertinent d'intégrer l'amélioration de l'environnement de vie aux objectifs de la médiation sanitaire. Il s'agit principalement d'alerter les collectivités et autorités compétentes en cas de difficultés d'accès à l'eau, à des sanitaires, à l'électricité, au ramassage des ordures, aux dispositifs sanitaires et aux services d'urgence ou bien en cas de danger lié à l'habitat (présence de plomb, insalubrité, etc...). On note en revanche que le dialogue avec les autorités peut être relativement difficile à instaurer en particulier lorsqu'il s'agit d'occupations sans droit ni titre en raison des enjeux locaux que celles-ci soulèvent.

D'après le rapport d'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire<sup>15</sup>, il apparait que l'intervention des médiatrices sanitaires ne soit pas en mesure, à elle seule, de faire évoluer les conditions d'habitat et l'environnement. Il semble ainsi plus pertinent d'intégrer l'objectif d'amélioration de la santé environnementale aux missions globales de la structure, dans le cadre d'un plaidoyer qui peut être concerté avec d'autres organisations, à partir des données de terrain collectées par le médiateur sanitaire.

# 2.3.3. Distinction des fonctions : médiation en santé, travail social, professions de santé et interprétariat

Le médiateur sanitaire intervient comme agent de proximité, au croisement de différents métiers mais il se situe bien **en complément des missions du travailleur social et du professionnel de santé** et ne s'y substitue pas. Cette condition d'exercice n'est pas aisée à respecter car les personnes qu'il accompagne préfèreront effectuer la démarche avec lui dans sa totalité.

19

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Charte adoptée à Ottawa le 21 novembre 1986 lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Association AŠAV, rapport d'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire, juillet 2013.

Les professionnels de santé et travailleurs sociaux peuvent, s'ils n'ont pas bien pris la mesure du rôle du médiateur, se sentir dépossédés d'une partie de leur travail ou au contraire tendre à se décharger sur le médiateur du traitement de certains cas. La personne médiatrice doit rester dans un rôle de passeur pour conserver sa capacité d'intervention.

Par ailleurs, la mission du médiateur sanitaire et ses compétences se distinguent bien de celles d'un interprète professionnel. Bien que le médiateur ait besoin de connaître la langue de son public et la langue du pays d'accueil pour assurer l'interface entre les personnes qu'il accompagne et les structures de santé, il n'a pas vocation à être sollicité par les structures de santé pour réaliser une traduction. Le médiateur sanitaire ne reçoit d'ailleurs pas de formation d'interprétariat professionnel pour réaliser une traduction technique. Il situe son action en amont et en aval de l'intervention de l'interprète. Dans son référentiel sur le dispositif « femmes relais », l'association Profession Banlieue confirme cette distinction et met en exergue la plus-value de la médiation : « dans des situations de stricte traduction littérale, celle-ci ne peut se faire dans un climat de confiance que du fait du travail explicatif réalisé en amont et en aval ; ce qui constitue une grande différence entre médiation et interprétariat »<sup>16</sup>.

#### 2.3.4. Distinction entre fonction de médiation et métier de médiateur

De nombreux professionnels du domaine sanitaire et social assurent une fonction de médiation sanitaire dans une partie de leurs missions. Celle-ci s'inscrit en général dans le cadre d'un accompagnement global des personnes en vue d'optimiser les interactions entre les acteurs de santé et le public qu'ils ciblent.

Cette fonction de médiation se distingue du métier de médiateur qui incarne la posture de médiation, en termes de déontologie et de conditions d'exercice. Les actions qu'il mène tendent à agir sur l'ensemble des déterminants de santé. Le médiateur est clairement identifié, formé et exerce dans le cadre d'un projet structuré de médiation. Le travail de médiation sanitaire nécessite une organisation et un investissement important ainsi qu'un champ assez large de compétences, justifiant qu'il soit assuré par un acteur dédié, à plein temps.

#### 2.4. Le cadre professionnel

#### 2.4.1. La structure employeuse et l'encadrement

Le statut de la structure qui porte le projet de médiation a un impact important sur les conditions d'exercice et la posture du médiateur sanitaire.

Si le portage institutionnel d'un projet de médiation peut permettre d'en assurer la viabilité et de favoriser son développement dans le droit commun, celui-ci laisse davantage de place à un risque

-

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Profession banlieue, référentiel femmes relais 1997 – réédition 2001.

d'instrumentalisation du médiateur. En effet, la médiation en santé requiert une certaine autonomie d'exercice par rapport aux deux parties ainsi qu'une flexibilité du cadre de travail. Il semble que le cadre professionnel qu'offre une association permette davantage de respecter ces conditions.

D'autre part, les structures employeuses doivent être en mesure d'offrir aux médiateurs du programme un cadre d'action locale efficient. L'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire de l'AŠAV<sup>17</sup> a permis d'identifier, parmi les critères de sélection des structures choisis au départ de l'expérimentation, ceux qui semblaient essentiels aux médiatrices dans l'exercice de leurs fonctions. Ainsi, après 18 mois d'expérimentation, les médiatrices estiment que l'efficacité du cadre d'action locale est favorisée par :

- Leur intégration dans une équipe pluridisciplinaire ou médicale
- Une inscription précise de l'action dans le projet d'établissement
- Des référents hiérarchiques clairement identifiés
- L'inscription dans un réseau associatif et institutionnel permettant des interventions coordonnées et une prise en charge globale des personnes
- Une expérience antérieure en direction du public-cible et/ou dans le champ sanitaire pour assurer la crédibilité de leur intervention auprès des partenaires mobilisés et favoriser la prise de contact avec les bénéficiaires eux-mêmes.

Les entretiens réalisés auprès des médiatrices du programme expérimental de médiation sanitaire<sup>18</sup> font également ressortir qu'une communication, en amont du projet, pour présenter la spécificité des missions des médiateurs sanitaires, autant en direction de l'équipe interne que des partenaires extérieurs, facilite considérablement la mise en œuvre de leur action et leur permet d'éviter de se faire absorber par les problématiques du reste de l'équipe.

Il apparaît enfin dans ces entretiens que l'encadrement, la précision du champ d'intervention et l'appui à la méthodologie de travail de la personne médiatrice garantissent un cadre de travail sécurisant dans lequel elle pourra développer son action.

#### 2.4.2. L'inscription de la médiation sanitaire dans une équipe pluridisciplinaire

Les échanges formalisés et réguliers du médiateur avec les membres de l'équipe semblent essentiels pour permettre une mutualisation des compétences, un déblocage et une objectivation des situations. Ces échanges favorisent les apports mutuels de compréhension et un renforcement du réseau partenarial.

<sup>18</sup> Entretiens avec les médiatrices sanitaires intervenant dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire en direction Roms en direction des femmes et jeunes enfants roms vivant en bidonvilles et en squat porté par l'association ASAV, septembre 2012.

Entretiens avec les médiatrices sanitaires intervenant dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire en direction Roms en direction des femmes et jeunes enfants roms vivant en bidonvilles et en squat porté par l'association AŠAV, plus d'informations sur le site du programme : <a href="www.mediation-sanitaire.org">www.mediation-sanitaire.org</a>.

Le **repérage de personnes-relais hors du champ d'action** du médiateur, que ce soit dans l'équipe (personnel médical, juriste, travailleurs sociaux) ou à l'extérieur (associations, collectifs, institutions), lui permet de réorienter les demandes, de se concentrer sur ses missions et de maintenir sa posture. En effet, « Les médiateurs sont saisis d'un certain nombre de situations qui nécessitent des passages de relais ciblés impliquant des professionnels qualifiés et constitués en réseau de partenaires au vu des besoins identifiés »(...) la posture de tiers décloisonne les prises en charge, facilite les échanges, dynamise le réseau partenarial dans une approche très transversale » <sup>19</sup>. Ces relais sont particulièrement importants lorsque la personne médiatrice est témoin ou recueille un récit de mise en danger par l'entourage, qu'il s'agisse de personnes mineures ou majeures. Le médiateur sanitaire doit assister la personne en danger en alertant les personnes compétentes mais il est préférable qu'il se retire des démarches de protection par la suite afin de ne pas perdre la confiance de son public cible.

#### 2.4.3. La mobilisation du réseau local territorialisé

La constitution d'un réseau de structures de santé locales est un des facteurs de réussite d'un projet de médiation sanitaire. La participation des acteurs locaux de la santé au suivi du projet de médiation favorise leur mobilisation sur le public concerné, l'évolution de leurs pratiques d'accueil et d'intervention et elle facilite la légitimation de la place du médiateur sur le territoire. L'implication des acteurs de santé au projet de médiation sanitaire peut être formalisée dans le cadre d'un comité de suivi impliquant les représentants des collectivités territoriales, des services départementaux de prévention, des structures de santé locales et de l'Agence Régionale de Santé.

Dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire porté par l'AŠAV, les associations porteuses des projets au niveau local ont mis en place des comités biannuels réunissant les structures et les services institutionnels sollicités dans le cadre des actions de médiation, sur les différents territoires. Les associations ont toutes souligné l'intérêt de cette démarche, ayant ainsi l'opportunité d'échanger avec les différents acteurs locaux en contact avec le public cible, de coordonner leurs actions et de réfléchir collectivement à leurs pratiques et aux possibilités d'adaptation pour dépasser les difficultés rencontrées<sup>20</sup>.

#### 2.4.4. Les financements mobilisables

Les Agences Régionales de Santé apparaissent comme les principaux bailleurs concernés par le financement des projets locaux de médiation sanitaire. La Direction Générale de la Santé, indiquait en juillet 2006 que « la présence de médiateurs/médiatrices devrait être requise dans certaines actions retenues par les politiques régionales de santé publique. (...) La réduction des inégalités en matière de santé doit en effet être l'un des objectifs de chaque PRSP, qui doit comporter un volet

<sup>19</sup> Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale Jean-Edouard Grésy/Hélène Duclos – Collection SC-CIV – collaboration groupe de travail France Médiation –année 2009.

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup>AŠAV, Rapport final d'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms, juillet 2013.

précarité dans chaque territoire. C'est dans ce volet que devraient le plus souvent s'inscrire les actions pour lesquelles la médiation est mobilisée<sup>21</sup>».

Le financement de projets de médiation sanitaire peut également s'inscrire dans la politique de lutte contre les discriminations des Conseils Régionaux.

La sollicitation de financements publics pour des projets de médiation sanitaire, en particulier en direction des Gens du voyage, apparaît d'autant plus pertinente qu'elle a été reprise parmi les recommandations de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (déc. 2012) puis dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale adopté officiellement par le gouvernement français le 21 janvier 2013.

Bien que la médiation sanitaire soit régulièrement citée parmi les axes d'intervention des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, la mobilisation des financements pour la mettre en œuvre présente des difficultés. Il peut être opportun, dans ce cas, de s'appuyer à la fois sur l'évaluation du programme expérimental<sup>22</sup> pour développer un argumentaire sur l'efficience des actions de médiation sanitaire et sur l'inscription de ces dispositifs dans les politiques publiques.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Direction Générale de la Santé, Evaluation 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, juillet 2006.

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> AŠAV, Rapport final d'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms, juillet 2013.

#### 2.4.5. Les contrats et statuts des postes de médiation

La stabilité au niveau du professionnel intervenant en médiation sanitaire facilite la construction d'une relation de confiance avec les professionnels de santé comme avec le public. De plus, le médiateur sanitaire étant très sollicité et en contact quotidien avec des personnes isolées et en grande précarité, il est nécessaire qu'il ait lui-même une certaine sécurité concernant son emploi et qu'il puisse avoir une vision de son travail à moyen terme. Dans cette mesure, il semble intéressant que les structures privilégient des contrats à durée indéterminée dans la mesure de leurs possibilités de financement.

D'autre part, le statut des médiateurs varie sensiblement en fonction des conventions collectives et des grilles de référence de chaque structure employeuse (travailleur social, médiateur socio-sanitaire ou animateur de prévention). Il paraît important que la structure employeuse prenne en compte l'ensemble des missions et compétences demandées ainsi que le niveau d'étude du médiateur dans la définition du statut afin que le salarié soit reconnu à sa juste valeur. La formalisation d'un référentiel métier du médiateur sanitaire consisterait une avancée essentielle pour la reconnaissance du métier.

### 3. Le dispositif du programme

#### 3.1. Pilotage et coordination

#### 3.1.1. Le comité de pilotage national

Un comité constitué de représentants d'institutions nationales, des bailleurs nationaux et locaux, de chercheurs et des associations partenaires a été mis en place pour suivre et piloter le programme<sup>23</sup>. Ces acteurs sont réunis une fois par an. Ont participé au comité :

- Direction Générale de la Santé (DGS)
- Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES)
- Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France (DRJSCS)
- Secrétariat général du Comité Interministériel des Villes (SG CIV)
- Agences Régionales de Santé des régions concernées
- Conseils régionaux impliqués dans les projets localement
- deux chercheurs (INSERM et IRIS)
- CCFD-Terre solidaire
- CNDH Romeurope
- Associations porteuses du projet au niveau national et local (ASAV, AREAS, Médecins du Monde)

#### 3.1.2. Un programme coordonné à l'échelle nationale

#### 3.1.2.1. Les missions de la coordination

La coordination nationale s'emploie à garantir l'homogénéité des actions de médiation portées par les différentes associations locales, en définissant avec elles dans une dynamique participative, un cadre commun d'action et un code éthique et déontologique de la pratique puis en veillant à son application.

Dans la phase de développement du programme donnant suite à l'expérimentation, une charte et une convention interne apparaissent être des outils nécessaires à la formalisation de l'implication des membres dans le programme.

La coordination assure également l'appui de ces structures dans la construction de leur projet de médiation, leur demande de financement auprès des bailleurs et leurs relations avec les partenaires si nécessaire.

Elle appuie les médiateurs dans leur pratique en mettant à leur disposition des outils de communication, en mettant en place des journées de formation en fonction des besoins et des temps d'échange de pratique.

Enfin, la coordination est chargée du suivi et de l'évaluation des interventions et il lui revient d'élaborer des recommandations et des actions de plaidoyer au niveau national pour l'amélioration de l'accès à la santé des publics visés et la reconnaissance de la médiation sanitaire.

#### 3.1.2.2. Une plus-value pour les projets locaux

Le programme national de médiation sanitaire vise au développement et à la professionnalisation de la médiation sanitaire en apportant notamment aux médiateurs un cadre commun auquel se référer et co-construit avec leurs référents au niveau local, une formation au commencement et tout au long de leur action adaptée à leurs besoins et un espace d'échange entre pairs, soutenu par une coordination nationale. Ce dispositif leur permet de faire évoluer leurs pratiques, de s'outiller au mieux et d'optimiser ainsi leurs actions.

Par ailleurs, le programme donne une visibilité plus large aux actions locales, les valorise et renforce ainsi la légitimité des actions de médiation auprès des bailleurs et des partenaires locaux. Cette référence nationale facilite les relations avec les instances dirigeantes des institutions et structures locales pour les associations participant au programme. Le rapport d'évaluation des actions élaboré au niveau national constitue un outil essentiel à la promotion des projets locaux.

Un programme coordonné à l'échelle nationale permet plus aisément à ses membres agissant localement de faire remonter leurs difficultés aux institutions gouvernementales et de bénéficier d'un plaidoyer mené à une échelle nationale.

#### 3.1.2.3. Des contraintes en termes de disponibilité

Intégrer un programme national suppose le respect d'un cadre commun défini qui peut impliquer l'adaptation de certaines pratiques locales par les structures participantes.

D'autre part, ces dernières sont amenées à contribuer au suivi et à l'évaluation nationale menés par la coordination à partir des remontées de terrain de chacune d'elles, et doivent donc dégager le temps nécessaire à ces tâches et accepter que leur action soit analysée par des acteurs extérieurs à leur structure.

#### 3.2. L'évaluation du programme expérimental

#### 3.2.1. Objectif et indicateurs

Ce projet se définit comme une recherche-action, il s'inscrit dans une démarche expérimentale où le processus d'évaluation tient une place centrale : celui-ci doit aboutir à la validation ou non de l'intérêt de l'approche développée et de sa généralisation.

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

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

#### 3.2.2. Recueil et analyse de données

Les données ont été recueillies sur chaque site par les médiatrices, en trois étapes : le diagnostic initial (0 à 3 mois), la phase intermédiaire (à 9 mois) et finale (18 à 24 mois).

Trois supports de recueil des données ont été élaborés puis remis aux médiatrices formées à leur utilisation :

- une fiche par femme et ses enfants de moins de 6 ans
- une fiche de suivi des grossesses
- un descriptif des sites d'intervention

- une grille d'entretiens initiaux avec les interlocuteurs des structures de santé, des services du Conseil général, de la Ville ou de la CPAM.

Les données recueillies ont été systématiquement transmises par chaque médiatrice à la coordination nationale du programme qui était chargée de les centraliser, de les traiter et de les analyser.

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

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

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

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

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

#### 3.2.3. Synthèse des résultats de l'expérimentation

#### 3.2.3.1. Les avancées

- L'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention

L'évaluation finale a révélé que les actions de médiation ont eu un impact très positif dans le développement de l'accès des femmes et jeunes enfants aux soins et à la prévention sanitaire, de l'ouverture des droits à leur mise en œuvre effective dans les structures de santé publiques.

Par ailleurs, les médiateurs, en leur permettant d'acquérir les connaissances nécessaires, ont favorisé le recours autonome des femmes aux services de santé de droit commun.

Pour citer quelques résultats particulièrement significatifs concernant l'évolution de l'accès à la santé du public ciblé (diagnostic versus phase finale) :

Après 24 mois de médiation, la grande majorité des femmes bénéficient désormais d'une couverture maladie (37% à 93%). La plupart d'entre elles ont connaissance d'un lieu où elles peuvent avoir accès à la contraception (17 % à 89 %). Les femmes enceintes ont été suivies à partir de leur 2<sup>ème</sup> - 3<sup>ème</sup> mois de grossesse, alors qu'aucune femme n'avait eu de suivi prénatal avant l'intervention des médiateurs.

Le suivi médical des enfants a augmenté, comme le montre la généralisation des carnets de santé (36 % à 98 %) et leur couverture vaccinale est beaucoup plus étendue.

- Un meilleur accueil et suivi dans les structures de santé

Les projets de médiation locale visaient parallèlement l'amélioration de l'accueil et du suivi du public ciblé dans les structures de santé. A cette fin, les médiateurs avaient pour mission de mobiliser les acteurs de santé et développer leur connaissance des populations roms.

L'effet positif de la médiation sanitaire sur l'évolution des pratiques professionnelles est avéré. Les structures tentent d'apporter des réponses plus adaptées en matière d'accueil, de prise en charge et de suivi des populations roms migrantes.

#### Il a été observé:

- Une meilleure compréhension des conditions de vie et des déterminants socioculturels du public ciblé par les professionnels de santé.
- La mise en place d'actions de prévention sur les lieux de vie.
- La conception d'outils traduits/imagés pour sensibiliser à la prévention sanitaire et pour faciliter l'accès au système de soins.
- L'adaptation des services pour un accueil facilité de ces populations, en particulier avec la mise en place de plages de consultations sans rendez-vous ou de plages horaires spécifiques.

L'appui des médiatrices est essentiel à l'impulsion et au développement de ces démarches, sans lequel la plupart des acteurs de santé ne pensent pas être en mesure de poursuivre les actions initiées. La majorité des partenaires sollicités espèrent au contraire voir se multiplier et s'amplifier les actions de médiation. Des freins importants persistent encore. Il semble donc prématuré d'envisager une autonomie des services de santé de droit commun dans la prise en charge et le suivi médical optimal de ces populations.

#### 3.2.3.2. Les freins à une amélioration de l'accès à la santé

Malgré ces avancées, des obstacles continuent d'entraver l'accès à la santé des populations roms.

La barrière de la langue constitue l'une des principales difficultés. En effet, malgré le plaidoyer des médiateurs en sa faveur, le recours à l'interprétariat par les services de santé reste insuffisant, faute de financement.

D'autre part, les actions de médiation visaient la réduction des risques sanitaires sur les lieux de vie du public ciblé. Au terme de ces 24 mois d'actions, la présence des médiatrices n'a eu globalement qu'un effet marginal sur les conditions de résidence des familles, tant au regard de l'instabilité des sites de vie, qui ont fait l'objet d'expulsion, que de l'environnement sanitaire immédiat :

- Les services mis en place par les communes en terme d'enlèvement des ordures sont insuffisants par rapport au nombre d'habitants sur la majorité des sites.
- Le nombre de sanitaires demeure lui aussi largement insuffisant sur tous les sites. Huit terrains sur treize en sont même totalement dépourvus.
- Les familles n'ont toujours aucun point d'eau sur la grande majorité des terrains.
- Elles n'ont aucun accès à des installations électriques légales.
- Le programme n'a pas empêché les expulsions et leurs conséquences néfastes sur le suivi sanitaire: le désinvestissement de certaines familles sur les questions de santé, l'augmentation des actes médicaux d'urgence et la perte de contact de certains foyers par les médiatrices. Sur les 13 terrains d'intervention, seulement six n'ont pas été évacués au cours du programme.

L'action de la médiatrice ne peut donc être considérée comme un levier suffisant dans l'amélioration des conditions de vie des personnes. Celle-ci ne peut être envisagée sans qu'existent une volonté de stabilisation des familles et un investissement de la part des collectivités et des acteurs publics.

Au vu de ces conclusions, il pourrait être pertinent que le plaidoyer visant l'amélioration de l'environnement des populations soit désormais assuré dans les associations locales par les instances dirigeantes, à partir des remontées de terrain des médiateurs.

#### 3.2.3.3. Une efficacité avérée

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

D'autre part, l'adaptation du programme à destination d'autres publics connaissant des freins similaires à l'accès à la santé, semble tout à fait pertinente. En outre, certaines actions, outils et dispositifs élaborés dans le cadre des projets de médiation sanitaire locaux concernent plus

largement tout public en situation de précarité. On peut citer parmi ceux-ci : la sensibilisation aux déterminants socio-économiques liés à la précarité et leur impact sur la santé, le plaidoyer pour le recours aux interprètes dans les structures et institutions du champ sanitaire, les outils plurilingues et imagés visant à favoriser l'accès aux soins des publics allophones ou/et illettrés.

#### 3.2.4. Les bonnes pratiques du programme

#### 3.2.4.1. Les comités de suivis locaux

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

Les associations porteuses des projets au niveau local ont mis en place sur les différents territoires des comités biannuels réunissant les structures et les services institutionnels sollicités dans le cadre des actions de médiation (CHU, PASS, CPEF, PMI, ARS etc). Ces derniers ont tous souligné l'intérêt de cette démarche, ayant ainsi l'opportunité d'échanger avec les différents acteurs locaux en contact avec le public-cible, afin de coordonner leurs actions et de réfléchir collectivement à leurs pratiques et aux possibilités d'adaptation pour dépasser les difficultés rencontrées. Ils souhaitent que ces comités perdurent et s'élargissent en y associant d'autres acteurs, en particulier des médecins de ville, pour faciliter l'orientation des patients roms vers un accueil et un suivi individualisé de proximité. Ces comités tendent même, dans certaines localités, à la constitution de réseaux santé précarité.

#### 3.2.4.2. Les journées nationales d'échange de pratiques

Organisées trois fois par an par la coordination nationale, ces journées permettent aux médiateurs d'analyser et d'échanger sur leurs pratiques avec des pairs travaillant dans un contexte et auprès d'un public similaire. Les journées réunissant les médiateurs du programme agissant sur des territoires différents permettent de fédérer ces intervenants autour d'un cadre de référence commun, de décloisonner leurs pratiques et de mener une réflexion collective autour de leur positionnement et des solutions à construire dans les situations problématiques. Elles contribuent à rompre un sentiment d'isolement ressenti par les médiateurs. Celui-ci s'explique par une forte sollicitation de la part du public pour lequel le médiateur est généralement l'interlocuteur privilégié et dans la plupart des cas le seul mais également par la difficulté à tenir un rôle d'intermédiaire entre des professionnels de santé et un public lui-même très isolé.

Les médiateurs ont d'ailleurs exprimé le souhait d'augmenter la fréquence de ces journées communes et de les compléter avec une analyse de la pratique animée par un psychologue.

Il apparaît en effet essentiel de prévoir des temps d'échange dans la construction d'un projet de médiation sanitaire afin de favoriser le transfert d'expériences entre médiateurs et de construire collectivement une posture professionnelle.

#### 3.2.4.3. La production d'outils adaptés

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

Les médiatrices ont également participé à la construction d'outils de prévention santé sur différentes thématiques : les vaccinations, la tuberculose, et le suivi de grossesse.

Les médiatrices et leurs partenaires ont exprimé le souhait que des outils de prévention et d'éducation à la santé soient mutualisés, créés ou adaptés pour un public allophone et/ou illettré et au territoire visé.

Ainsi, il pourrait être envisagé dans la phase de développement du programme de créer un groupe de travail comportant des acteurs nationaux et locaux de la prévention/éducation à la santé (IREPS, CRIPS, CODES) et les associations travaillant dans le cadre de la prévention auprès de publics migrants ou illettrés. Le premier objectif pourrait être de collecter et de sélectionner les outils de prévention qui pourraient être adaptés à différents territoires français et à un public illettré et/ou allophone, en y associant un expert de l'INPES.

#### 3.2.4.4. L'émergence de « femmes relais » à Bobigny

Indépendamment des axes communs d'intervention du programme, une médiatrice de l'ASAV a mené une expérience spécifique auprès de femmes vivant sur un terrain à Bobigny. Cette action visait à favoriser l'émergence de personnes qui pourraient faire le relais entre les habitants du bidonville et les structures de santé de proximité.

Vingt femmes ont participé bénévolement à un programme d'autonomisation conduit par la médiatrice, en parallèle du projet de médiation sanitaire. Cette participation leur a permis de développer leurs connaissances concernant leurs droits, le système et les structures de santé. Les femmes sont ainsi progressivement devenues des relais d'information pour les autres habitants du bidonville.

Ces « femmes relais » sont à distinguer des médiatrices sanitaires qui, elles, ont été recrutées selon des critères tels que définis dans le cadre du programme national, sont des professionnelles encadrées par une association et bénéficiant d'une formation continue en médiation sanitaire.

La mise en œuvre de ce projet d'autonomisation a été rendue possible par la stabilité du lieu de vie des familles, mis à disposition par la ville de Bobigny. Sans crainte d'expulsion, les femmes étaient dans des conditions favorables pour fournir l'investissement nécessaire à une telle initiative. En outre, elle a été facilitée par la proximité immédiate du terrain avec certaines structures de santé.

Six des vingt femmes ayant participé aux séances d'information animées par la médiatrice, sont désormais autonomes dans leur propre parcours de soins et en capacité d'être un relais pour d'autres femmes auprès des structures de santé auxquelles elles sont familiarisées.

Trois d'entre elles ont été admises à la formation Romed organisée sous l'égide du Conseil de l'Europe, constituant un cursus de courte durée préparant à la posture de médiateur auprès de la communauté.

La promotion de femmes relais apporte un levier supplémentaire à un dispositif de médiation sanitaire pour améliorer l'accès à la santé d'un public ciblé. Elle permet de démultiplier les connaissances en santé des habitants, de mieux prendre en compte leurs besoins et de valoriser le parcours des personnes relais. Il convient cependant de donner un cadre précis à un tel projet afin de ne pas entraîner une confusion entre le rôle du médiateur sanitaire et celui de la personne relais.

#### 3.2.5. Les limites des actions de médiation

#### 3.2.5.1. La question de l'interprétariat

Les problèmes de communication liés à la langue représentent les principales difficultés mentionnées par les structures de santé dans l'accueil et le suivi médical des familles roms au sein de leurs services.

Le recours à l'interprétariat professionnel par les acteurs de santé conditionne de façon déterminante la possibilité pour les familles roms d'une transition vers un accès autonome aux soins. Des arguments déontologiques et budgétaires, études à l'appui<sup>24</sup>, attestent du bien-fondé de cette pratique: obligation de recueillir le consentement éclairé du patient (charte du patient hospitalisé), confidentialité des entretiens, réduction des erreurs de diagnostics, des examens inutiles, des traitements inadaptés, amélioration de l'observance thérapeutique etc.

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

32

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Joan Muela Ribera, Susanna Hausmann-Muela, Koen Peeters Grietens & Elisabeth Toomer, Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Présentation d'études réalisées aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence et le coût de l'interprétariat en milieu de soins, Mars 2008.

Lors des premiers mois de leur action, il apparaissait clairement que les médiatrices étaient avant tout considérées et reconnues par les services de santé pour leur qualité d'interprète et surinvesties dans ce rôle, parfois au dépend de leurs autres missions. Après deux années de mise en œuvre, cette confusion des rôles est moins marquée, la distinction et la complémentarité de missions entre un médiateur et un interprète semblent à présent claires pour la majorité des partenaires : la médiatrice facilite le travail des soignants en les informant au préalable des conditions de vie et de la situation médicale des personnes, principalement dans les cas difficiles, rendant la mission d'interprétariat et la prise en charge par les professionnels de santé plus efficientes.

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

Le recours aux services d'interprétariat par les structures de droit commun a progressé avec l'action des médiatrices. Cette évolution concerne essentiellement les structures nantaises, ayant à leur disposition un service associatif d'interprétariat local, l'ASAMLA<sup>25</sup>. Les interprètes sont sollicités pour assurer la traduction soit lors des consultations, soit pour les actions menées par les acteurs de santé sur les terrains. Tout type de structure, que ce soit la CPAM, la PMI ou les services hospitaliers ont recours à ce service, plus abordable et plus efficient que l'interprétariat téléphonique.

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

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

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

\_

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> « Association Santé Migrant Loire Atlantique ».

#### 3.2.5.2. Une passerelle vers la prise en charge par le droit commun

Le médiateur joue un rôle **d'interface temporaire** entre le public ciblé et les acteurs de santé afin de permettre une compréhension meilleure et durable entre les acteurs du système de santé et leurs publics, créer des liens entre ces deux parties et construire ainsi l'accès au système de santé de droit commun. Le médiateur n'a pas vocation à se substituer mais bien à travailler en articulation, concertation et complémentarité avec les autres professionnels concernés. Il se doit de mobiliser les acteurs de santé, de les informer, les sensibiliser et les former pour leur permettre d'améliorer leur accueil et leur accompagnement des publics marginalisés.

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

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

L'appui des médiatrices est essentiel à l'impulsion et au développement de ces démarches, sans lequel la plupart des acteurs de santé ne pensent pas être en mesure de poursuivre les actions initiées. La majorité des partenaires sollicités espèrent au contraire voir se multiplier et s'amplifier les actions de médiation, des freins importants persistant encore. Il semble donc prématuré d'envisager une autonomie des services de santé de droit commun dans la prise en charge et le suivi médical optimal de ces populations, et par là même le retrait des médiateurs.

#### 3.2.5.3. Précarité de statut et manque de reconnaissance du métier de médiateur

Exercer en tant que médiateur en santé publique requiert des compétences, des connaissances et des capacités spécifiques. Il s'agit donc bien d'un métier à part entière, nécessitant une formation diplômante. Malgré ces constats, partagés au niveau national depuis de nombreuses années, il n'existe pas de statut spécifique ni de cursus professionnalisant reconnus d'un point de vue institutionnel en France.

Ainsi, pour pallier ces manques, le programme propose un cadre national structuré à la pratique de la médiation sanitaire, en apportant notamment une formation et des outils aux médiateurs, les plus adaptés possibles aux réalités de terrain auxquelles ils sont confrontés. Il propose des modules spécifiques à l'exercice de la médiation dans le champ de la santé publique en s'axant également sur une connaissance particulière des publics visés.

Par ailleurs, il participe au niveau national, en lien avec d'autres associations au plaidoyer pour la reconnaissance du métier de médiateur.

#### Conclusion

Au regard des acquis de la phase expérimentale du programme et des résultats de son évaluation finale, le développement des projets de médiation en santé publique est préconisé pour améliorer l'accès à la santé des migrants en situation de précarité dont les populations roms vivant en squat en en bidonville et tout public connaissant des freins similaires. Cela ne peut se concevoir sans un dispositif d'accompagnement et de professionnalisation des médiateurs à travers la formation et les temps d'échanges de pratique.

D'autre part, un soutien à l'échelle nationale est recommandé pour appuyer les structures locales dans le développement et la pérennisation de leurs actions de médiation sanitaire. Par ailleurs, il paraît essentiel pour consolider cette pratique innovante que la réflexion commune initiée sur la posture du médiateur, les principes et la reconnaissance de ce métier puissent se poursuivre. Ainsi un cadre de référence partagé entre les différentes structures pratiquant la médiation pourrait notamment être maintenu et rendrait possible l'évaluation des actions à l'échelle nationale permettant d'objectiver et de promouvoir le travail réalisé. Le plaidoyer alimenté par les acteurs locaux doit pouvoir être relayé auprès des institutions nationales.

L'expérimentation a d'ailleurs mis en exergue des freins persistants à l'accès à la santé des populations ciblées et à l'exercice de la médiation sanitaire. Il apparaît donc nécessaire que des mesures particulières soient impulsées afin de lever ces obstacles : stabiliser les lieux de vie dans un objectif de santé publique, développer le recours à l'interprétariat dans les structures de santé et les services de la ville et inscrire les actions de médiation sanitaire dans les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) des Programmes régionaux de santé (PRS). L'évolution positive de l'accès à la santé des personnes en situation de précarité réside également dans les initiatives qui visent l'amélioration des conditions de vie de ces populations, l'application de tous les droits en matière de domiciliation et d'accès aux services de santé et dans le recours aux médiateurs pour aller vers et pour que les besoins soient pris en compte dans les pratiques des services de santé de droit commun.

#### **Perspectives**

En 2013, la Direction Générale de la Santé a reconnu l'efficience du dispositif mis en place lors de la phase expérimentale. Ainsi, le programme de médiation sanitaire entre dans une phase de généralisation à l'échelle nationale avec le soutien du Ministère de la Santé. Suite à son inscription dans le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le projet est étendu d'un point de vue géographique et populationnel. Il s'ouvre à présent à d'autres territoires à travers le développement de nouveaux projets locaux de médiation sanitaire, ne se limitant plus à la santé materno-infantile mais en visant toute la population rom. Durant cette période, le programme s'attachera également à construire et diffuser la pratique de la médiation sanitaire auprès d'un public Gens du voyage en situation de précarité tel que préconisé par le gouvernement.

L'émergence de la médiation sanitaire s'inscrit dans un contexte politique en mutation, marqué notamment par le projet de loi de santé publique qui fait de la lutte contre les inégalités d'accès une de ses priorités pour la décennie à venir. Il semble tout à fait pertinent que la médiation sanitaire figure dans ce texte et y soit reconnue comme un des leviers incontournables à la réduction des inégalités sociales de santé pour tous les publics concernés.

### Annexe au référentiel

# **Programme expérimental de médiation sanitaire – 2011/2012**

# **FORMATION DES MEDIATRICES/EURS SANITAIRES**

Les formations initiale et continue avaient pour objectif de permettre aux médiatrices/eurs de :

- 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

#### Journée 1 : Cadre général de la médiation médiation en santé publique et conduite d'entretien

Intervenantes : Léa LI YUNG (FIA-ISM) et Hélène DELAQUAIZE (Collectif des médiateurs en santé publique)

- Présentation des 4 structures d'accueil et positionnement des médiateurs dans chacune de ces structures
- Cadre de la médiation : définition, charte, principes déontologiques
- La médiation sanitaire : contexte et enjeux/aperçu en France et en Europe
- La difficile reconnaissance du métier
- Place du médiateur sanitaire dans le champ médico-social
- Conduites d'entretien vis-à-vis des professionnels de santé /des institutions sanitaires/collectivités territoriales : la posture de négociations
- Conduite d'entretien vis-à-vis des publics (groupe et individuelle) : comment faire passer l'information ? (cadre général : reformulation, l'écoute, counselling ....).

#### Journée 2: Populations roms en France, accès aux soins en Roumanie, rapport à la santé

Intervenants : Martin OLIVERA (Rue et cités) et Antoaneta POPESCU (Hors la rue)

- Aperçu historique sur la situation des populations roms en Europe
- Approche interculturelle axée sur les thématiques de santé
- Enjeux politiques autour de l'accueil de ces populations par les collectivités et administrations du pays d'accueil
- Conditions de vie dans le contexte des migrations récentes en France
- Incompréhensions liées aux écarts avec le système de santé du pays d'origine
- Diversité des situations familiales liées au contexte des régions d'origine
- Approche concrète des principales thématiques autour de la santé materno-infantile sur les terrains.

# Journée 3: Droits sociaux des ressortissants communautaires en France (couverture maladie notamment) / structures de santé

Intervenants : Antoine MATH (Gisti) et Benjamin DEMAGNY (Comede)

- Droit au séjour et droit au travail
- Droit à la couverture maladie (AME, CMU, fonds pour les soins urgents et vitaux)
- Domiciliation
- Organisation des structures de santé (Hôpitaux (fonctionnement PASS, maternité, urgences...), PMI, CLAT, Centres de dépistage, centres de planification familiale, médecins de ville (spécialités et accès), ASV...
- Services sociaux mobilisables : CCAS, services du CG : ASE, CMS
- L'interprétariat professionnel de santé.

#### Journée 4 : Connaissances médicales de base en santé materno-infantile / prévention et éducation à la santé

Intervenant : Julien SALLE (Comede)

- Connaissances médicales de base concernant la santé maternelle et infantile: suivis de grossesse, contraception, IVG, MST et transmission à l'enfant, suivis des jeunes enfants de 0 à 6 ans, alimentation de la femme enceinte et des jeunes enfants, observance des traitements, vaccination, tuberculose et saturnisme.
- Prévention et éducation à la santé (materno-infantile)
   : définition du cadre, acteurs, outils.

### Journée 5 : Les interventions de médiation sur les terrains et squats

Intervenante : Dana CERNAUTANU (ASAV)

Retour sur les questions et thématiques abordées dans les échanges au cours des journées de formation précédentes afin de :

- Se distinguer de la fonction d'interprète
- Traiter des questions qui peuvent être blessantes au regard des conditions de vie (hygiène, gestion des ordures...)
- Conserver une distance par rapport aux sollicitations en urgence et à toute heure,

 Aborder certains sujets indirectement.

#### Journée 5 : Formation à la logique des projets de promotion de la santé

Intervenante : Jeanine ROCHEFORT (Médecins du Monde)

- Formation aux objectifs et indicateurs d'évaluation de l'action
- Appropriation des outils de recueil des données.

#### PROGRAMME DE FORMATION INITIALE (DECEMBRE 2010)

#### **PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE 2011-2012**

#### Journée 1: 21 juin 2011

### 1) Droits sociaux et structures de santé – évolution du cadre légal et règlementaire depuis décembre 2010

Intervenant: Benjamin DEMAGNY - Comede

- Présentation de la réforme AME de fin 2010 et textes d'application
- Les principaux points de la réforme AME en 2010
- La mise en œuvre du droit annuel de 30 euros par bénéficiaires majeur de l'AMF
- Synthèse sur le panier de soins et le niveau de couverture des bénéficiaires de l'AMF
- Rappel sur les décrets et circulaires à venir
- Retour sur les principales dispositions de la nouvelle loi sur l'immigration promulguée le 16 juin 2011
- Dispositions concernant les ressortissants communautaires
- Dispositions générales (durée de rétention, IRTF, délai de recours, droit au séjour pour soins)

#### 2) L'interprétariat professionnel en milieu médical

Intervenant : Aziz TABOURI (Directeur Adjoint – ISM interprétariat)

- Construction de l'argumentaire de plaidoyer pour le recours à l'interprétariat professionnel en milieu médical
- Présentation du fonctionnement de l'interprétariat professionnel et plus particulièrement de celui d'ISM interprétariat

Journée 2 : 22 mars 2012

1) La santé mentale et les publics précaires et/ou étrangers : « Les pièges de la relation d'aide »

Intervenant : Jean Maisondieu, pédopsychiatre

- Distinguer les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques / les facteurs socio-culturels déterminants
- Quelle orientation et quel positionnement du médiateur dans l'accompagnement en cas de « mal être » de la personne suivie ?
- 2) Education thérapeutique, une démarche pour conduire les personnes à devenir acteurs de leur santé

Intervenants : Pascal Revault, Direction opérationnelle, médecin coordinateur (COMEDE)- Khalda Vescovacci, médecin de santé publique (COMEDE)

- Fondements théoriques de l'éducation thérapeutique
- Présentation d'une expérience concrète
- Mise en situation des médiateurs à partir de cas pratiques

#### Annexe n° 2: Le dispositif du programme

Dispositif du Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS) proposé aux structures porteuses de projet de médiation sanitaire

#### 1. Pilotage du programme

Un comité constitué de représentants d'institutions nationales, des bailleurs nationaux et locaux, de chercheurs et des associations partenaires a été mis en place pour suivre et piloter le programme. Ces acteurs sont réunis une fois par an. Sont invités au comité :

- Direction Générale de la Santé (DGS)
- Agence Santé Publique France (anciennement INPES)
- Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France (DRJSCS)
- Secrétariat général du Comité Interministériel des Villes (SG CIV)
- Agences Régionales de Santé des régions concernées
- Conseils régionaux impliqués dans les projets localement
- CNDH Romeurope
- FNASAT Gdv
- Associations porteuses du projet au niveau national et local

#### 2. Coordination nationale du programme

La coordination s'emploie à garantir l'homogénéité des actions de médiation portées par les différentes associations locales, en définissant avec elles dans une dynamique participative, un cadre commun d'action et un code éthique et déontologique de la pratique.

La coordination assure également l'appui de ces structures dans la construction de leur projet de médiation, leurs demandes de financement auprès des bailleurs et leurs relations avec les partenaires si nécessaire.

Elle appuie les médiateurs dans leur pratique en mettant à leur disposition des outils de communication, de prévention, en mettant en place des journées de formation en fonction des besoins et des temps d'échange de pratiques.

Enfin, la coordination est chargée du suivi et de l'évaluation des interventions et il lui revient d'élaborer des recommandations et des actions de plaidoyer au niveau national et européen pour l'amélioration de l'accès à la santé des publics visés et la reconnaissance de la médiation sanitaire.

### 3. Les rencontres nationales des médiateurs sanitaires organisées dans le cadre du programme

Organisées en moyenne cinq fois par an en session de deux jours (+ une formation initiale d'une semaine) par la coordination nationale, les rencontres nationales des médiateurs sont composées :

• Des temps d'échange de pratiques : animés par la coordination du PNMS, ils permettent aux médiateurs d'analyser et d'échanger sur leurs pratiques avec des pairs travaillant dans un contexte et auprès de publics rencontrant des freins similaires. Réunissant les médiateurs du programme qui agissent sur des territoires différents, ces journées permettent de fédérer ces intervenants autour d'un cadre de référence commun, de décloisonner leurs pratiques et de mener une réflexion collective autour de leur positionnement et des solutions à construire dans les situations problématiques. Elles contribuent à rompre un sentiment d'isolement ressenti par les médiateurs. Celui-ci s'explique par une forte sollicitation de la part du public pour lequel le médiateur est généralement l'interlocuteur privilégié voire le seul, mais également par la difficulté à tenir un rôle d'intermédiaire entre des professionnels de santé et un public lui-même très isolé.

#### • Des temps d'analyse de la pratique animés par une psychologue.

L'analyse part toujours des situations réelles rencontrées dans la pratique. L'approche par «cas», situations-problèmes permet de mettre en lumière les différentes dimensions du travail et ses résonances émotionnelles.

Ce dispositif vise plus spécifiquement à :

- analyser ensemble, entre pairs exerçant la même activité professionnelle, les conditions et modalités de travail
- comparer les situations et les pratiques afin de repérer les points communs et les différences
- favoriser le transfert d'expérience et l'intégration des nouveaux médiateurs recrutés
- explorer les pratiques alternatives susceptibles de lever les obstacles rencontrés
- construire collectivement le métier, c'est à dire les règles, principes, repères guidant la pratique professionnelle
- réduire le sentiment d'isolement et de solitude dans le travail de terrain

#### Des temps de travail sur les outils de prévention

Afin de développer l'autonomie des personnes accompagnées, des outils sont développés par les acteurs de santé en collaboration avec les médiatrices/teurs, dans le but par exemple de permettre au public-cible de mieux connaître le système de soins français, les démarches à effectuer pour y avoir accès et l'emplacement des structures auxquelles s'adresser.

Les médiatrices/teurs participent également à la construction d'outils de prévention santé sur différentes thématiques : la tuberculose et le suivi de grossesse, la santé sexuelle et reproductive.

Afin de développer l'autonomie des personnes accompagnées, des outils sont développés par les acteurs de santé en collaboration avec les médiatrices/teurs, dans le but par exemple de permettre au public-cible de mieux connaître le système de soins français, les démarches à effectuer pour y avoir accès et l'emplacement des structures auxquelles s'adresser.

Les médiatrices/teurs participent également à la construction d'outils de prévention santé sur différentes thématiques : la tuberculose et le suivi de grossesse, la santé sexuelle et reproductive.

Un groupe de travail réunit deux fois par an les médiatrices/teurs du programme ainsi que des représentants de l'Inpes<sup>26</sup>, afin de mutualiser, créer et adapter à un public allophone et/ou illettré ou à un territoire visé, des supports de prévention et d'éducation pour la santé. Les médiateurs participent également au test des outils réalisés par l'Inpes pour en améliorer l'accessibilité.

#### Des temps de formation sont organisés par la coordination nationale et animés par différents acteurs extérieurs au programme

La formation initiale et continue des médiateurs sanitaires a pour objectif de leur permettre :

- de maîtriser l'organisation du système de santé, de l'offre de soins et du réseau de promotion de la santé. Le médiateur sanitaire doit identifier les droits auxquels les personnes qu'il accompagne peuvent prétendre. Il doit également repérer les réseaux institutionnels et associatifs à mobiliser au niveau local en fonction de la situation des personnes.
- d'être capable d'informer, d'orienter les personnes et de communiquer avec le personnel soignant en s'appuyant sur des connaissances en santé publique de base (santé maternoinfantile, prévention, éducation à la santé, enjeux de la précarité sanitaire lié à l'environnement de vie : lieu de vie, activités professionnelles, consommation de drogues, etc)
- De disposer de clés de compréhension sociologique et ethnologique sur le fonctionnement du public ciblé pour décrypter les situations. Ces connaissances permettent au médiateur d'avoir une prise en compte globale de la personne et de mettre en perspective les différents facteurs intervenant dans le parcours de santé,
- D'être capable de s'appuyer sur des compétences en communication avec le public, pour conduire un entretien de médiation et gérer des situations de crise mais également avec les institutions, pour écrire des courriers, identifier les personnes ressources, présenter son action et formuler des intentions.

#### 4. Evaluation du programme

En intégrant le Programme National de Médiation Sanitaire, les projets de médiation sanitaire font l'objet d'une évaluation commune réalisée par des prestataires externes (cabinet G2C, maîtrise d'ouvrage et Novascopia, maîtrise d'œuvre).

#### 4.1. Objectifs de l'évaluation du programme national 2013-2016

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

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, actuellement partie de l'Agence Santé Publique France.

#### 4.2. Méthodologie et calendrier de recueil de données

• Auprès des populations roms vivant en squat et en bidonville

#### - Les outils :

Concernant les actions de médiation auprès du public rom, **les fiches d'indicateurs** élaborées par la coordination en lien avec les associations, servent de support au recueil de données sur les terrains:

- fiche descriptive des lieux de vie (une par terrain d'intervention)
- fiche générale d'indicateurs d'accès aux soins et à la prévention (une par projet local de médiation)

#### - Le recueil:

Le(s) médiateur(s) de chaque structure compilera une fois par an les informations collectées (en fin d'année de 2013 à 2015) et les communiquera à la coordination du programme, chargée de les centraliser. Ces données seront ensuite transmises au prestataire responsable de la réalisation opérationnelle de l'évaluation (Novascopia) pour qu'il les agrège et les analyse.

#### • Auprès des populations de Gens du voyage en situation de précarité

L'objectif de promotion de la médiation sanitaire auprès des Gens du voyage, inscrite dans le PNMS 2013-2016, sera évalué à partir d'indicateurs de processus. Ceux-ci portent sur la mobilisation des associations en vue de développer un projet local de médiation sanitaire. L'évaluation s'appuiera également sur des entretiens réalisés auprès des responsables des projets.

Par ailleurs, les projets de médiation auprès des Gens du voyage démarrés suffisamment en amont (premier semestre 2015) feront l'objet d'une évaluation à partir d'indicateurs d'activité et de résultats, concernant l'accès aux soins et à la prévention et d'indicateurs sur l'état sanitaire des lieux de vie. Ils seront collectés au moyen de fiches de recueil.

Des rapports intermédiaires d'évaluation sur les deux volets du programme (Gdv et Roms) seront produits chaque année de 2013 à 2016 et un rapport final sera réalisé en 2016.

### 5. Intégration au Programme National de Médiation Sanitaire d'une structure qui porte un projet de médiation sanitaire

#### 5.1. Les prérequis

Le statut de la structure qui porte le projet de médiation a un impact important sur les conditions d'exercice et la posture du médiateur sanitaire.

Si le portage institutionnel d'un projet de médiation peut permettre d'en assurer la viabilité et de favoriser son développement dans le droit commun, celui-ci laisse davantage de place à un risque d'instrumentalisation du médiateur. En effet, la médiation en santé requiert une certaine autonomie d'exercice par rapport aux deux parties (le professionnel de santé et la personne accompagnée), ainsi qu'une flexibilité du cadre de travail.

Il semble que le cadre professionnel qu'offre une association permette davantage de respecter ces conditions.

D'autre part, les structures employeuses doivent être en mesure d'offrir aux médiateurs du programme un cadre d'action local efficient, qui est favorisé par :

- L'intégration des médiateurs dans une équipe pluridisciplinaire ou médicale
- Une inscription précise de l'action de médiation dans le projet d'établissement
- Des référents hiérarchiques clairement identifiés
- L'inscription dans un réseau associatif et institutionnel permettant des interventions coordonnées et une prise en charge globale des personnes
- Une expérience antérieure en direction du public-cible et/ou dans le champ sanitaire pour assurer la crédibilité de leur intervention auprès des partenaires mobilisés et favoriser la prise de contact avec les bénéficiaires eux-mêmes.

#### 5.2. Les étapes d'intégration

L'intégration au PNMS se déroule en différentes étapes :

- échange avec la coordination sur le projet associatif de la structure et sur le fonctionnement du programme (sur la base de documents de présentation du PNMS et du rapport d'activité de l'association)
- montage du projet de médiation sanitaire en adéquation avec les objectifs du PNMS, en parallèle d'une prise de contact avec les financeurs potentiels
- dépôt du ou des dossiers de demande de subvention
- signature d'une convention de partenariat entre l'AŠAV et la structure porteuse du projet au moment du démarrage du projet.

#### 6. Le calendrier du PNMS 2015 – 2016

#### 6.1. Rencontres des médiateurs

Rencontres prévues en 2016

- 4 journées d'analyse de la pratique et d'échange de pratiques
- 2 réunions « groupe outils de prévention »
- 2 journées de formation continue
- Une semaine de formation socle (avril 2016)

#### 6.2. Rencontres nationales

Les responsables des structures associatives et les médiateurs participant au programme sont conviés aux réunions du comité de pilotage du PNMS et à une rencontre inter-associative qui ont lieu au terme de chaque année.

#### 6.3. Évaluation

- Remontées des données par les médiateurs à la coordination fin 2014 et fin 2015 (entretiens des acteurs impliqués par Novascopia au cours de l'année 2015-début 2016) et juin 2016 pour le volet Gdv.
- Rapport final réalisé en 2016.
- Restitution lors du colloque le 12/12/2016.

Pour toute information concernant l'intégration au PNMS, veuillez contacter :

Lucile Gacon - lucile.gacon@asav92.fr / Tél. 07.82.42.05.75

www.mediation-sanitaire.org

## Annexe n° 3. : Méthodologie d'analyse des indicateurs environnementaux

- Chaque indice est constituée à partir de plusieurs données qualitatives : par exemple pour l'indice de salubrité / insalubrité :
  - o Bennes, containers, ou poubelles en nombre insuffisant/ suffisant
  - Périodicité du ramassage insuffisante/ suffisante
  - o Présence / absence d'ordures sur le terrain
  - Absence/ présence de toilettes utilisables sur le terrain
  - o Présence / absence de nuisibles
  - Etat du sol par temps pluvieux
- Chaque donnée qualitative se voit attribuer une valeur numérique (par exemple : poubelles en nombre suffisant est codé 1 et poubelles en nombre insuffisant est codé 0).
- Un indice est obtenu par addition des valeurs numériques des données qui le composent (par exemple, pour l'indice de salubrité on additionne les valeurs des 6 critères pris en compte).
- Les indices obtenus sont représentés graphiquement sous forme d'une échelle de 1 à 5 niveaux (quel que soit le nombre de données qualitatives prises en compte pour constituer l'indice.

#### Composition de l'indice insalubrité :

- Bennes, containers, ou poubelles en nombre insuffisant/ suffisant
- Périodicité du ramassage insuffisante/ suffisante
- Présence / absence d'ordures sur le terrain
- Absence/ présence de toilettes utilisables sur le terrain
- Présence / absence de nuisibles
- Etat du sol par temps pluvieux

Pour chaque site, les notes obtenues pour chacun des différents critères sont ensuite additionnées pour calculer le score global en matière d'insalubrité. Les scores des sites varient de 1 (du plus insalubre) à 5 (au moins insalubre).

#### Composition de l'indice eau/ énergie:

- Présence / absence de points d'eau sur le terrain ou proximité, avec distinction potable / non potable
- Accès / absence d'accès à l'électricité et nature de l'accès à l'électricité (branchement officiel / branchement non officiel / groupe électrogène).

Pour chaque site, les notes obtenues à partir de l'analyse des différents critères sont ensuite additionnées pour calculer le score global en matière d'accès à l'eau et à l'énergie. Les scores des sites varient de 1 (absence de point d'eau et aucun branchement d'électricité) à 5 (niveau le plus fort par rapport à l'accès à l'eau et à l'énergie).

#### Composition de l'indice accessibilité :

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

Pour chaque terrain, les notes obtenues à partir de l'analyse des différents critères sont ensuite additionnées pour calculer le score global en matière d'accessibilité aux services de santé et d'accès aux droits. Les scores des sites varient de 1 (niveau d'accessibilité très faible) à 5 (niveau le plus fort qui correspond à un site sur lequel un arrêt de transport collectif se trouve à proximité, et les services sont accessibles rapidement à pieds ou en transports collectifs).

#### Composition de l'indice insécurité :

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

Pour chaque site, les notes obtenues à partir de l'analyse des différents critères sont ensuite additionnées pour calculer le score global en matière de sécurité / insécurité de l'environnement. Les scores des sites varient de 1 (environnement insécurisé) à 5 (qui correspond à un site qui ne comporte pas d'éléments de danger tels que listés ci-dessus dans la composition de l'indice).

## Annexe n° 4 : L'évolution des conditions de vie sur les bidonvilles ciblés par la médiation sanitaire

L'analyse des indicateurs de terrain présentée ci-après porte sur le total des lieux de vie, pour lesquels une fiche descriptive des conditions de vie a été renseignée systématiquement et transmise par les associations. Les données présentées ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des lieux de vie (squats/bidonvilles) d'un territoire ciblé.

Les indicateurs présentés ci-après permettent de rendre compte de :

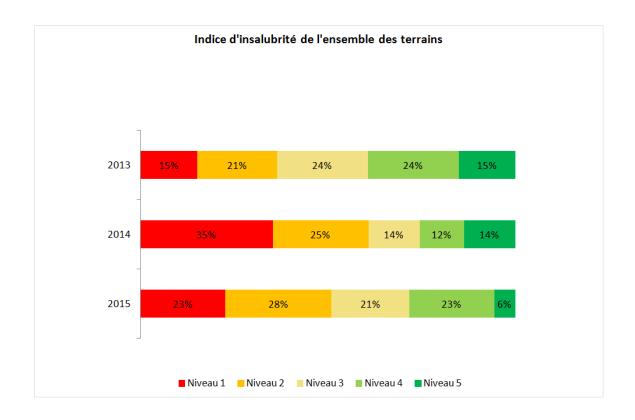
- L'évolution des conditions de vie générales des populations suivies dans le cadre du programme entre 2013 et 2015.
- Des écarts qui peuvent être observés entre les sites ainsi qu'entre les départements.

Conformément au référentiel d'évaluation, les conditions de vie dans les bidonvilles ciblés par le programme sont mesurées et qualifiées au regard de quatre indices :

- Indice de salubrité / d'insalubrité
- Indice d'accès à l'eau et à l'énergie.
- Indice d'accessibilité aux services de santé et d'accès aux droits.
- Indice de sécurité / insécurité environnementale.

N.B: l'obtention d'une note « favorable » sur un ou plusieurs indices signifie que le lieu offre des conditions de vie meilleures que sur les autres lieux de vie ; il ne faudrait pas déduire de ce système de notation que les lieux ayant des notes 4 et 5 présentent pour autant des conditions de vie satisfaisantes, il convient de garder à l'esprit qu'il s'agit de « bidonvilles ».

Une majorité de sites insalubres et un relatif statut quo depuis 2013 ; une évolution variable selon les départements



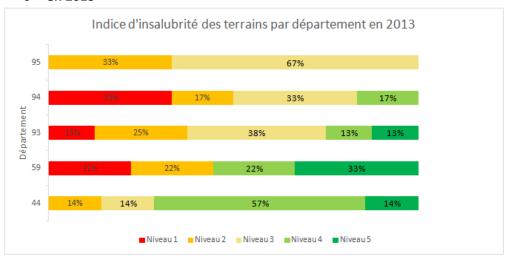
Si tous les sites sont insalubres, selon les années entre 60 et 70% des lieux de vie obtiennent un score inférieur ou égal à 3 :

La part des sites ayant un score de 1 (ne satisfaisant aucune des conditions sanitaires) a baissé en 2015, après une forte hausse en 2014. Il convient de noter qu'en 2015, ces sites représentent encore près d'un ½ de l'ensemble des lieux d'intervention.

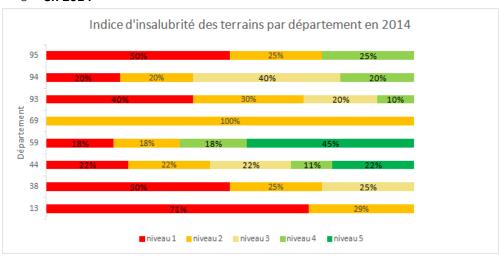
Le nombre de sites obtenant un score de 5, constituant les lieux d'intervention les « moins insalubres » (poubelles en nombre et fréquence suffisants, présence d'ordures contenue, accès à des toilettes fonctionnels, absence de nuisibles problématique et un sol viable) est limité et leur part est à la baisse en 2015 (15% en 2013, 14% en 2014 et <u>6% en 2015</u>). Seulement 3 terrains en 2015 ont un score de 5.

#### Indice d'insalubrité des lieux d'intervention par département

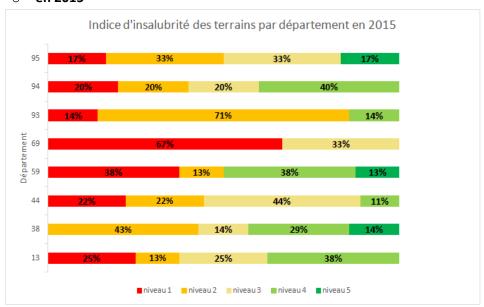
#### o en 2013



#### o en 2014



#### o en 2015



N.B.: l'utilisation de pourcentages est nécessaire pour pouvoir comparer les années entre elles; cependant, il convient d'être prudent dans les analyses dans la mesure où le volume de lieux d'intervention concernés sur certains départements est limité: par exemple, pour le Rhône, 1 site d'intervention en 2014 et 3 sites d'intervention en 2015.

La situation s'est globalement dégradée dans certains départements

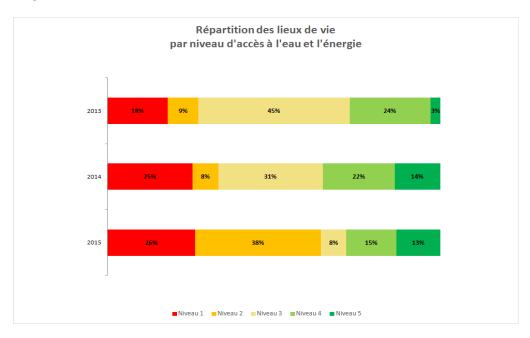
En Loire Atlantique : en 2013, aucun site n'avait un score de 1 ; en 2015, 22% des sites ont un score de 1.

Le Rhône : en 2015, sur les 5 sites d'intervention, 2 peuvent être considérés comme très insalubres (score de 1).

A contrario, la part de sites notés 1 ou 2 a diminué sur certains départements : Val d'Oise, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis ; pour autant, la part des terrains notés 5 (disposant de l'ensemble des conditions sanitaires retenues) est globalement orientée à la baisse sur ces départements.

En 2015, plus de 3/5 des sites les moins insalubres (niveaux 4 et 5) sont concentrés dans les départements, du Nord, des Bouches du Rhône et de l'Isère.

En 2015, encore ¼ des lieux de vie disposent d'un accès quasi nul à l'énergie et à l'eau ; une diminution globale de l'accès sur l'ensemble des sites d'intervention



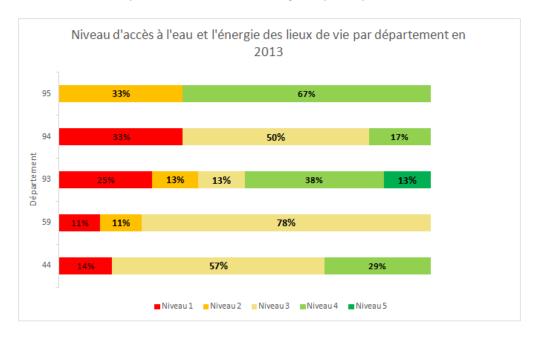
En 2015, encore 26% des sites sont classés dans le niveau « eau-énergie » le plus faible (score 1)-c'est-à-dire où les habitants n'ont pas accès à un point d'eau proche et potable ni à l'électricité en dehors d'un approvisionnement aléatoire et insécurisé. La part des sites disposant d'un accès à l'énergie et à l'eau quasi nul a progressé : il était de 18% en 2013.

La situation en matière d'accès à l'eau et à l'énergie s'est globalement dégradée : la part des sites disposant du meilleur niveau d'accès à l'eau et à l'énergie (scores de 4 et 5) est clairement orientée à la baisse (28% en 2015 contre 36% en 2014).

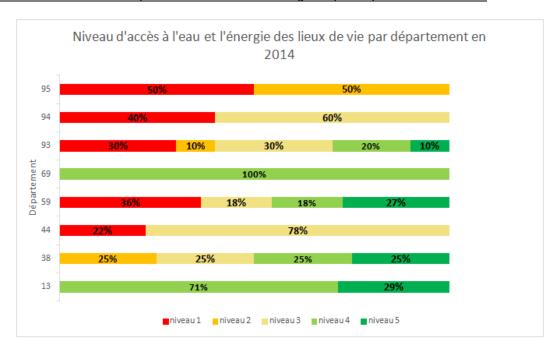
En 2015, sur seulement 15 lieux de vie sur 53, les habitants ont à la fois un accès à l'eau potable (depuis un point sur place ou à moins de 5 minutes à pied) et un accès relatif à l'électricité<sup>27</sup>.

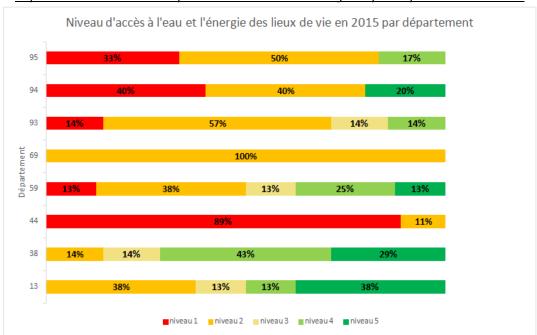
<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> L'accès à l'eau potable renseigné dans cet indice ne prend pas en compte la nature du point ni la manière dont son utilisation est formalisée par les propriétaires ou les institutions. Ainsi, même pour les meilleurs niveaux de l'indice, cela ne signifie pas que l'accès à l'eau est suffisant par rapport au nombre de personnes qui en dépendent, ni que son accès est garanti de manière intangible et officielle. Concernant l'accès à l'électricité, seul un terrain parmi ceux des niveaux 4 et 5, bénéficie d'un branchement officiel et encadré à l'électricité. Pour les 14 autres, ils sont répartis de manière égale entre un accès à l'électricité via des branchements non-officiels et des groupe-électrogènes. Il va sans dire qu'un tel accès à l'énergie est aléatoire et ne permet pas aux personnes d'en bénéficier dans tous leurs gestes du quotidien. De plus, cela fait peser un risque supplémentaire sur les habitants notamment en termes d'accidents domestiques, d'intoxication ou d'incendie. Les groupes électrogènes ont un coût très élevé, d'autant plus problématique au regard du faible niveau de ressources général des foyers habitant les bidonvilles, qui doit leur permettre de satisfaire de multiples besoins fondamentaux.

#### Répartition des lieux de vie par niveau d'accès à l'énergie et par département en 2013



#### Répartition des lieux de vie par niveau d'accès à l'énergie et par département en 2014





Répartition des lieux de vie par niveau d'accès à l'énergie et par département en 2015

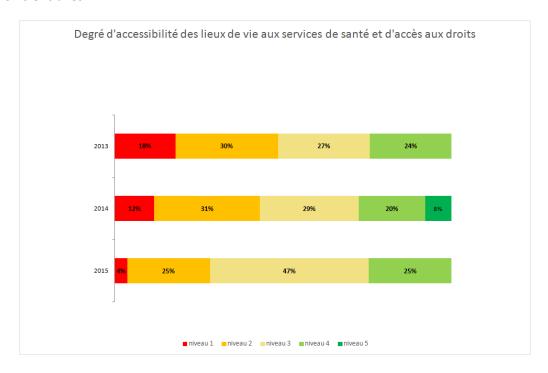
De fortes disparités entre les départements sont constatées en termes de situations en 2015 et d'évolution depuis 2013 :

En 2015, en Loire Atlantique, 8 des 9 lieux d'intervention (89%) ont un accès à l'eau et l'énergie quasi nul, avec un score de 1 (sur les 14 lieux d'intervention disposant d'un score de 1 à l'échelle de l'ensemble des sites). La situation dans le département s'est nettement dégradée depuis 2013 : la part des lieux de vie avec un score de 1 représentait 14% en 2013 et 22% en 2015.

les départements franciliens aussi présentent une part non négligeable des lieux de vie avec un mauvais accès à l'eau et à l'énergie :. En matière d'accès à l'eau et à l'énergie, les conditions de vie sur les lieux de vie situés dans ces départements restent très difficiles et ont plutôt eu tendance à se dégrader.

A contrario, en 2015, en Isère et dans les Bouches-du-Rhône, plus de la moitié des sites sont notés avec les niveaux les plus forts d'accès à l'eau et énergie (4 et 5) et aucun de niveau 1. La situation était déjà meilleure que dans les autres départements en 2014 et elle s'est améliorée.

« Accessibilité aux services de santé et d'accès aux droits » : un degré d'accès « moyen », des lieux de vie moins enclavés



#### Globalement, la situation s'est légèrement améliorée depuis 2013 :

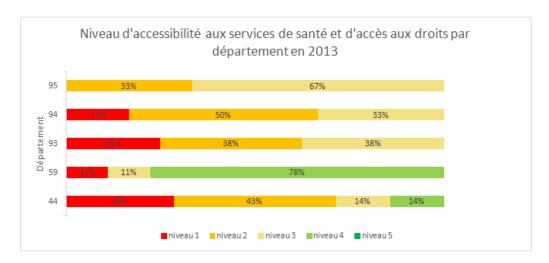
La part des sites disposant d'une accessibilité très faible aux services de santé et d'accès aux droits (score de 1 et 2) a baissé, passant de 48% en 2013 à 28% en 2015.

Le poids des sites avec une accessibilité « moyenne » (score de 3) est passé de 27% en 2013 à 47% en 2015.

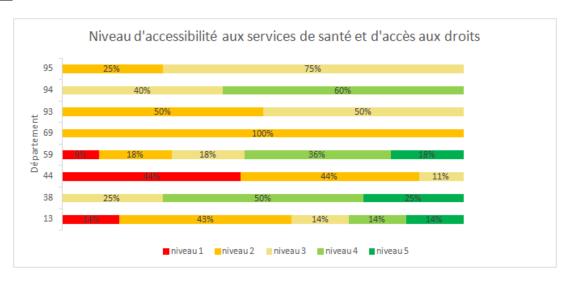
En 2015, presque la moitié des lieux d'intervention ont un niveau moyen (score 3) d'accessibilité, c'est-à-dire qui permet un accès en moins de 15 minutes à un arrêt de transport en commun et en moins de 30 minutes aux principales structures de santé et d'accès aux droits (PMI, hôpital, PASS, médecins de ville, domiciliation).

En 2015, 1/4 des sites ont un niveau d'accessibilité de niveau 4. C'est-à-dire, qu'ils ont un accès à un arrêt de transport en commun à moins de 15 minutes à pied et permettent d'accéder en moins de 15 minutes à au moins 3 des 4 principales structures de santé et d'accès aux droits renseignées dans l'indice.

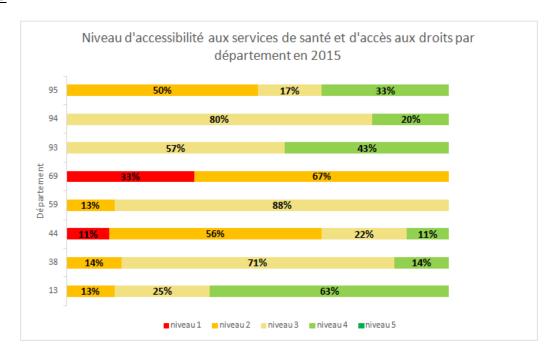
### <u>Degré d'accessibilité des lieux de vie aux services de santé et d'accès aux droits par département en 2013</u>



<u>Degré d'accessibilité des lieux de vie aux services de santé et d'accès aux droits par département en 2014</u>



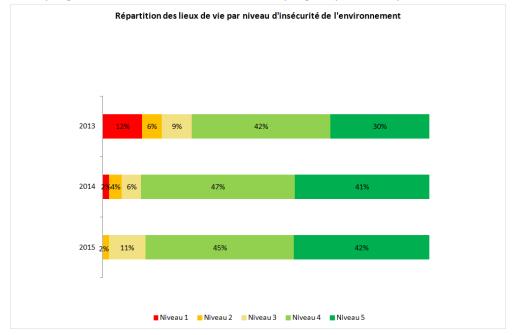
### <u>Degré d'accessibilité des lieux de vie aux services de santé et d'accès aux droits par département en 2015</u>



En 2015, les lieux de vie disposant de l'accessibilité la plus mauvaise aux services de santé et d'accès aux droits (score de 1) sont situés dans le département du Rhône et en Loire- Atlantique. A contrario, les lieux de vie situés dans les Bouches-du-Rhône disposent d'une meilleure accessibilité.

Des évolutions moins positives sont à noter, notamment dans le Val-de-Marne et le Val d'Oise mais aussi dans le département du Nord.

Une relative progression du nombre de lieux de vie épargnés par les risques d'insécurité majeurs



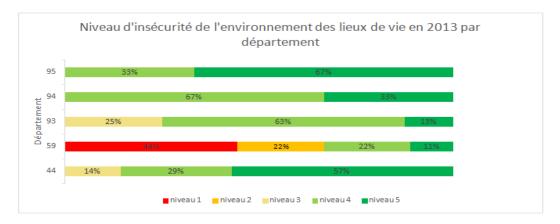
N.B.: il convient d'analyser avec prudence cet indice. Les facteurs de risques pris en compte dans l'évaluation ne sont pas exhaustifs<sup>28</sup>. Par conséquent, cette analyse ne permet pas à de juger que la majorité des lieux de vie assure à leurs habitants un niveau de sécurité suffisant et satisfaisant.

- En 2015, 42% des lieux d'intervention sont épargnés par les risques majeurs suivis par l'évaluation. Soit 22 lieux de vie sur 53 qui ne sont ni aux abords d'une route à grande vitesse, d'une décharge publique, d'un chemin de fer, ni en zone inondable et qui permettent un accès aux secours. La progression des lieux de vie disposant d'un score de 5 a progressé : de 30% des sites en 2013 à 42% en 2015.
- Y compris parmi les sites de niveau 4, les marqueurs de la relégation spatiale dont font l'objet les bidonvilles transparaissent. En effet, parmi l'ensemble des lieux d'intervention de niveau 4, 12 sont aux abords d'une route à grande vitesse; 4 longent un chemin de fer; 2 sont installés près d'une décharge publique; 1 en zone inondable et 2 ne sont pas accessibles aux secours en cas d'urgence.
- En 2015, plus aucun site ne dispose d'un score de 1 (score le plus marqué en termes d'insécurité de l'environnement), contrairement à 2013, où 12% des lieux de vie étaient concernés.
- Malgré tout, 58% des sites restent touchés par au moins un des risques<sup>29</sup>.

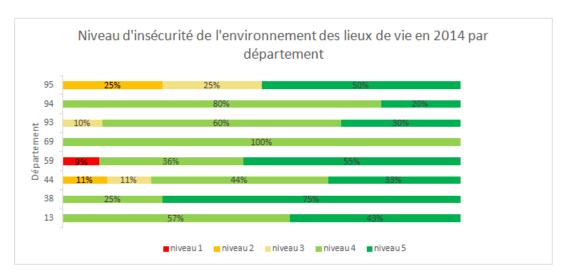
<sup>28</sup> Les critères ont été renseignés sur la base des connaissances et appréciations de la situation par les médiateurs sanitaires. Les risques de zone inondable par exemple, ont ainsi pu être sous-estimés car les médiateurs ne sont pas formés à cette question et n'ont pas conduit d'enquête particulière pour y répondre.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> Sur le total des lieux d'intervention, 6 cumulent deux risques et 1 site en cumule 3. Aucun site n'est noté niveau 1 et donc ne cumule tous les risques renseignés dans l'évaluation. Les différents risques présents sur les sites sont classés par ordre croissant ci-après: route à grande vitesse (17 sites); danger de chemin de fer (6 sites); accès impossible aux secours (5 sites); abords de décharge publique (4 sites); en zone inondable (2 sites).

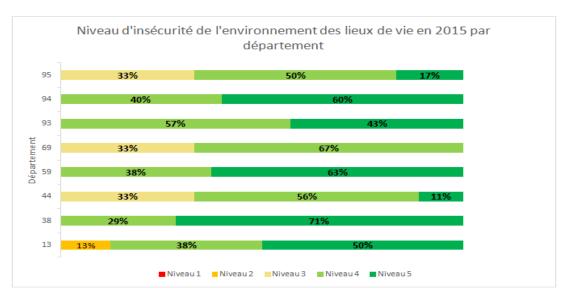
### Répartition des lieux de vie en fonction du degré d'insécurité de l'environnement en 2013 par département



Répartition des lieux de vie en fonction du degré d'insécurité de l'environnement en 2014 par département



Répartition des lieux de vie en fonction du degré d'insécurité de l'environnement en 2015 par département

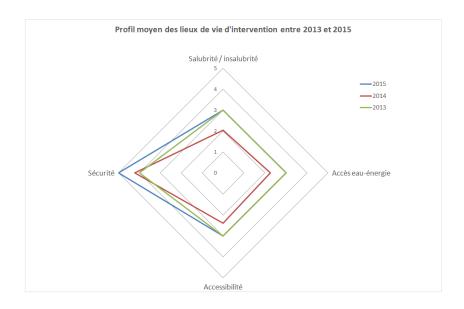


#### Evolution du profil moyen des sites par département

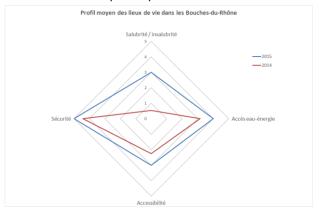
Les graphiques présentés ci-dessous nous permettent d'avoir une lecture territoriale et évolutive des conditions de vie sur les lieux d'intervention par département. Ils représentent les moyennes des scores obtenus pour chacun des 4 indices sur les différents sites d'un même département (insalubrité, accès à l'eau-énergie, accessibilité aux services de santé et d'accès aux droits et insécurité de l'environnement). Bien que présentés différemment, les niveaux utilisés sont les mêmes que précédemment (soit du niveau 1 le moins favorable au 5 le plus favorable.)

Entre 2013 et 2015, le profil moyen des lieux de vie sur lesquels interviennent les médiateurs s'est plutôt amélioré s'agissant du degré d'insécurité de l'environnement. En revanche, sur les autres indices, on observe plutôt un statut quo. Le niveau reste « moyen » que ce soit en termes d'insalubrité, d'accès à l'eau et à l'énergie ou d'accessibilité des services de santé et d'accès aux droits.

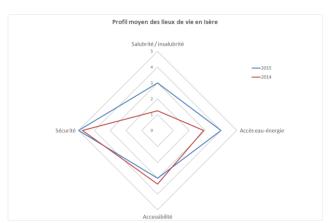
#### Profil moyen global



#### Profil par département



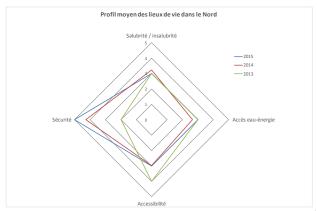
La situation des lieux de vie s'est améliorée entre 2014 et 2015, sur les différents registres, en particulier sur le degré de salubrité. La situation reste néanmoins moyenne en la matière, il en est de même de l'accessibilité.



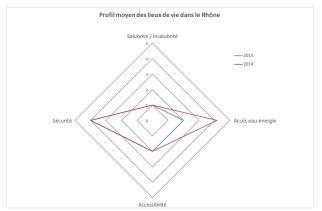
Entre 2014 et 2015, on note une progression s'agissant du niveau de salubrité et en matière d'accès à l'eau et à l'énergie. En revanche, l'accessibilité aux services de santé et d'accès aux droits a reculé.



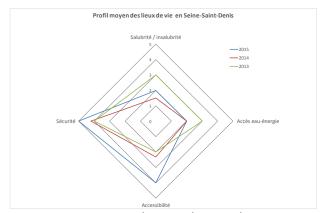
Entre 2013 et 2015, les conditions de vie dans les bidonvilles en Loire-Atlantique se sont globalement détériorées. Les scores sont faibles sur trois des quatre indices (1 pour l'accès à l'eau et à l'énergie, 2 pour le niveau d'insalubrité et 1 pour l'accessibilité).



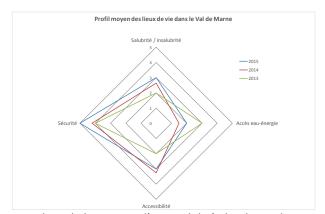
Dans le Nord, les conditions de vie sont restées relativement stables entre 2013 et 2015, à l'exception d'un recul concernant l'accessibilité. A noter que les conditions de vie se trouvent dans la moyenne.

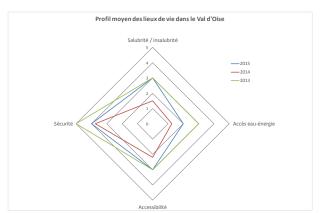


Dans le Rhône, les conditions de vie se sont globalement En Seine-Saint-Denis, les conditions de vie se sont à l'eau et à l'énergie.



détériorées dans le Rhône, notamment en matière d'accès améliorées s'agissant de l'accessibilité et de la sécurité de l'environnement. En revanche, la situation s'est dégradée en matière de salubrité et d'accès à l'eau et à l'énergie.





services de santé et d'accès aux droits est meilleure en moyen et est resté stable. L'accès à l'eau et à l'énergie a 2015 que les années précédentes. Il en est de même de la globalement reculé sécurité de l'environnement et de degré de salubrité (qui l'environnement. reste néanmoins moyen). En revanche, l'accès à l'eau et à l'énergie est plus mauvais en 2015.

Dans le Val de Marne, l'accessibilité des lieux de vie aux Dans le Val d'Oise, le degré de « salubrité / insalubrité » est ainsi que la sécurité

## Annexe n° 5 : Les types d'habitat observés par les médiateurs entre 2013 et 2015.

Les types d'habitat observés par les médiateurs en 2013

Département	Nombre de terrains avec des caravanes	Nombre de terrains avec des cabanes	Nombres de terrains avec des tentes	Nombre de terrains avec une ou des maisons squatées	Autre hébergement ou logement
44	6	4	0	1	0
59	7	3	0	1	0
93	3	8	2	0	0
94	2	4	0	1	1
95	2	1	0	0	0
Total	20	20	2	3	1

#### Les types d'habitat observés par les médiateurs en 2014

Département	Nombre de terrains avec des Caravanes	Nombre de terrains avec des cabanes	Nombres de terrains avec des tentes	Nombre de terrains avec une ou des maisons squatées	Autre hébergement ou logement
13	4	5	0	0	1
38	2	3	1	1	0
44	9	6	0	0	0
59	8	4	0	3	0
69	1	0	0	0	0
93	2	9	1	1	0
94	2	3	0	1	0
95	1	2	0	1	0
Total	29	32	2	7	1

#### Les types d'habitat observés par les médiateurs en 2015

Département	Nombre de terrains avec des Caravanes	Nombre de terrains avec des cabanes	Nombres de terrains avec des tentes	Nombre de terrains avec une ou des maisons squatées	Autre hébergement ou logement
13	3	4	1	4	0
38	0	4	2	2	1
44	8	8	0	0	1
59	7	3	0	0	0
69	3	3	0	0	0
93	1	6	1	3	0
94	4	4	0	0	0
95	2	2	0	3	0
Total	28	34	4	12	2

## Annexe n° 6 : Questionnaire d'enquête auprès des partenaires du programme

#### 6.1. Questionnaire partenaires / Réseau national

Cibles : partenaires de la coordination nationale ASAV : DGS, INPES, FNASAT, DIHAL, Romeurope, DAEI, DSS (Sécurité Sociale)

1.	Déroulement	du	programme
	Delouicilient	uu	bi of i militing

1.1. Estimez-vous avoir une bonne connaissance du programme de médiation sanita
---

	Oui très bonne / experte	Oui bonne	Connaissance approximative	Aucune connaissance	Ne se prononce pas
A l'échelle nationale ?	0	0	0	0	0
A l'échelle locale ?	0	0	0	0	0

1.2. Selon vous, le programme répond-il aux objectifs opérationnels prévus initialement ? Ils ont été définis de la manière suivante :

Objectif général du programme : promouvoir la santé des populations en situation de précarité à travers des actions de médiation en santé publique pour améliorer leur accès aux droits, à la prévention et aux soins dans le système de droit commun.

#### Objectifs opérationnels 2013-2016 :

- assurer la gouvernance du programme
- appuyer la mise en œuvre des actions locales
- professionnaliser les médiateurs
- évaluer les actions de médiation sanitaire du programme
- structurer et développer les actions de médiation sanitaire en direction d'un public de GDV en situation de précarité
- promouvoir la médiation sanitaire à destination des populations en situation de précarité

0	Il va au-delà des objectifs prévus
0	Totalement
0	Partiellement
0	Pas du tout
0	Ne se prononce pas

1.3. Quels premiers effets du programme de médiation sanitaire identifiez-vous ?

#### Merci de les classer hiérarchiquement.

1 = Effet le plus important

médiation sanitaire

9 = Effet le moins important

Une meilleure connaissance des problématiques de santé des publics roms habitant en bidonville présents sur le territoire

Une plus grande prise en compte par les partenaires institutionnels des enjeux et problématiques rencontrées par les populations roms

L'implication de nouveaux acteurs sur ces problématiques

Le renforcement des partenariats et des coopérations

L'amélioration des pratiques des médiateurs et des structures associatives qui portent des projets de médiation en santé

L'émergence de nouveaux projets de médiation en santé en direction des roms vivant en bidonvilles et en direction des Gens du voyage

L'amélioration des conditions de vie de ces populations

Une plus grande prise en compte de la médiation en santé dans le cadre de la médiation sociale, de l'intervention sociale et dans l'accès à la santé des populations en situation de précarité

predate	
Autres. Précisez :	
	Je ne souhaite pas me prononcer
1.4. De votre point de vue, quelles seraient les pistes d'évolution pertinentes ?	7
	<u> </u>   
<b>1</b>	1.5.
Souhaitez-vous en savoir plus sur le programme ? Oui Non	
Votre prénom :	
Votre nom :	
Votre organisme :	_
Votre adresse email :  2. Modalités partenariales	
2.1. A quel titre êtes-vous partenaire ? Vous financez des actions liées au prog	gramme de

0	Vous faites partie du comité de pilotage national	
0	Vous avez été destinataire de réunions d'information	_
0	Autre modalité de partenariat. Précisez :	2.2.
Daı	ins quelle mesure être vous satisfait de la dynamique partenariale initiée ? 🤼 Trè	ès satisfait
0	Satisfait	
0	Peu satisfait	
0	Pas satisfait	
$\stackrel{\circ}{=}$	Ne se prononce pas 2.3. Pourquoi ?	
4	V	

#### 6.2. Questionnaire partenaires / Réseau local

Cibles : partenaires locaux des associations missionnées dans le cadre du programme : Conseil départemental (PMI, santé publique, planning familial), CPAM, ARS, Collectivité locale, Centre Hospitalier, Asso domiciliatrice ...

#### 1. Déroulement du programme

1.1. Estimez-vous avoir une bonne connaissance du projet de médiation sanitaire mené en direction des personnes dites roms habitant en squat ou en bidonville :

	Oui très bonne / experte	Oui bonne	Connaissance approximative	Aucune connaissance	Ne se prononce pas
A l'échelle nationale ?	0	0	0	0	0
A l'échelle locale ?	0	0	0	0	0

1.2. Selon vous, le programme répond-il aux objectifs opérationnels prévus initialement ? Ils ont été définis de la manière suivante :

**OBJECTIF 1** : Développer les connaissances et capacités pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.

**OBJECTIF 2** : Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public.

**OBJECTIF 3**: Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique.

Il va au-delà des objectifs prévus
Totalement
Partiellement
Pas du tout
Ne se prononce pas 1.3. Quels premiers effets du projet de médiation sanitaire identifiezvous ?
Merci de les classer hiérarchiquement.
1 = Effet le plus important 8 = Effet le moins important
Une meilleure connaissance des problématiques de santé des publics roms présents sur le territoire ?
Une plus grande prise en compte par les partenaires institutionnels des enjeux et problématiques rencontrées par les populations roms ?
L'implication de nouveaux acteurs sur ces problématiques ?
Le renforcement des partenariats et des coopérations ?
L'émergence de nouveaux projets en matière de prévention ?
L'émergence de nouveaux projets en matière de soins ?
L'amélioration des conditions de vie ?
Autres ? Précisez :
Je ne
souhaite pas me prononcer
1.4. De votre point de vue, quelles seraient les pistes d'amélioration du projet ?
projet local de médiation sanitaire fait partie d'un programme national. Souhaitez-vous en
savoir plus sur le programme ? Oui
Non
Votre prénom :

Votre nom:						
Votre organisme :					_	
Votre adresse email : 2. <b>Modalités partenari</b>	ales					
2.1. A quel titre êtes-vo médiation sanitaire	us partenaire?	O Vous f	inancez des action	ns liées au proj	et de	
Vous faites partie d'un groupe technique partenarial (comité de partenariat ou autre) sur la santé des roms vivant en bidonville						
Vous avez participé	à des séances	de sensibili	sation			
Autre modalité de p	oartenariat. Pré	cisez :			2.2.	
Dans quelle mesure être	vous satisfait	de la dynan	nique partenariale	initiée ? <sup>©</sup> 7	Très satisfait	
Satisfait						
Peu satisfait						
Pas satisfait						
Ne se prononce pas	2.3. Pourquoi	?			_	
4				<b>D</b>	7	
6.3. Questionnaire	e partenair	es / Rése	au médecine	de proxim	ité	
Cibles : Réseau d'acteur spécialistes : dentiste, sa			`	le, infirmière l	ibérale et	
1. <b>Déroulement du pro</b> 1.1. Estimez-vous avoir direction des roms habit	une bonne con		lu projet de média	ation sanitaire	mené en	
	Oui très bonne / experte	Oui bonne	Connaissance approximative	Aucune connaissance	Ne se prononce pas	
A l'échelle nationale ?	0	0	0	0	0	
A l'échelle locale ?	0	0	0	0	0	
1.2. Vous intervenez au connaissance du progra	-		_			
Par les échanges av			e. Fai une la	mme rom que	vous suivez	
i ai ios conangos av	co an oa ano n					

Par un réseau associatif. Précisez :							
Par l'ARS							
Autre modalité de communication. Précisez :							
Ne se prononce pas 1.3. Quels premiers effets du programme de médiation sanitaire identifiez-vous ?							
Merci de les classer hiérarchiquement.							
1 = Effet le plus important 9 = Effet le moins important							
Une meilleure connaissance des problématiques de santé des publics roms habitant en bidonville et présents sur votre territoire ?							
Une plus grande prise en compte par les partenaires institutionnels des enjeux et problématiques rencontrées par les populations roms habitant en bidonville ?							
La facilitation de votre pratique professionnelle ? Précisez en quoi :							
L'implication de nouveaux acteurs facilitant l'accès à la santé de la population rom ?							
Le renforcement des partenariats et des coopérations ?							
L'émergence de nouveaux projets en matière de prévention ?							
L'émergence de nouveaux projets en matière de soins ?							
L'amélioration des conditions de vie ?							
Autres ? Précisez :							
Je ne souhaite pas me prononcer							
1.4. De votre point de vue, quelles seraient les pistes d'amélioration du programme ?							
Souhaitez-vous en savoir plus sur le programme ? Oui							
Non							
Votre prénom :							

Votre nom :					
Votre organisme :					
Votre adresse email :					
2. Modalités partenariales					
2.1. A quel titre êtes-vous partenaire ? Vous soignez à votre cabinet et/ou sur place des personnes roms vivant en bidonville					
Vous soignez uniquement au cabinet des personnes roms vivant en bidonvilles					
Vous êtes en contact avec une médiatrice					
Vous faites partie d'un groupe technique partenarial (comité de partenariat ou autre) sur la santé des roms					
Vous participez à des actions de prévention collective					
Autre modalité de partenariat. Précisez : 2.2.  Dans quelle mesure votre implication dans le programme vous apporte-t-elle satisfaction ?					
Très satisfait					
<sup>C</sup> Satisfait					
C Peu satisfait					
Pas satisfait					
Ne se prononce pas 2.3. Pourquoi ?					

## Annexe n° 7 : Témoignages de médiatrices sur les recours autonomes aux soins et à la prévention

- ▶ « E. vit en France depuis 5 ans. Sa famille a habité longtemps dans un squat sur Ablon (dans le 94) avant l'expulsion qui les a obligés à trouver un autre logement, à Verriers les Buissons (dans le 91), et après plus d'un an dans un squat elle se retrouve à devoir encore changer de lieu d'habitation dans un bidonville sur Rungis (94) avec sa famille. Elle a été accompagnée par notre équipe il y a deux ans sur Ablon, malgré l'expulsion elle a continué à bénéficier d'une domiciliation qui lui a permis le renouvellement régulier de son AME. Les trois communes où elle a résidé, étant dans un périmètre relativement restreint, E. connait très bien maintenant les structures de santé (hôpitaux, PMI, CMS). Elle a fait elle-même les démarches pour le renouvellement de son AME, ainsi que le suivi à la PMI pour ses enfants. Elle a continué son suivi gynécologique dans un cabinet privé, et quand sa jeune belle-fille a eu besoin d'une contraception, E. a pu l'accompagner et lui présenter son médecin gynécologue sans besoin d'intermédiaire. »
- « Il s'agit d'une famille de 4 enfants, suivie par la médiatrice depuis juin 2014 et ce de manière régulière jusqu'en juillet 2015. La famille avait été aidée par la médiatrice pour le suivi PMI du plus jeune, la vaccination des plus grands. Aussi, un lien rapproché avait concerné le suivi de Mme au CPEF du département. Au départ plusieurs rendez-vous gynécologiques demandés avaient été ratés, car Mme pensait que malgré les rendez-vous le centre de planification fonctionnait sur permanence et que s'il elle ne se présentait pas d'autres pourraient être soignées à sa place. Avec la médiation Mme s'est progressivement adaptée au fonctionnement du CPEF et gérait de manière autonome ses consultations. Après l'obtention de l'AME la famille était en demande et avait été orientée et accompagnée à 2 reprises chez un médecin généraliste de la commune du bidonville où ils habitaient. En juillet 2015, 7 mois après le lancement de ce suivi la famille a changé de lieu de vie du fait de l'évacuation du bidonville. Ils sont hébergés à l'hôtel dans un autre quartier. Monsieur parle le français avec un niveau moyen et suit des cours. Madame comprend et se débrouille. Ils sont suivis de manière plus espacée par la médiatrice depuis leur hébergement à l'hôtel. Lors d'un entretien ils ont expliqué à la médiatrice avoir changé de médecin traitant. Ils ont trouvé un cabinet plus proche de leur lieu de vie, et expliqué avoir fait le choix de changer par préférence de la personnalité de ce nouveau médecin. Ils savent s'y rendre et prendre rendezvous quand il le faut personnellement. Le lien avec la médiatrice a simplement été utile à ce moment pour que la famille dispose à l'écrit des informations et adresse du médecin. »
- « Monsieur et Madame R. souhaitent avoir des enfants depuis plusieurs années mais souffrent d'infertilité. Monsieur est en France depuis plusieurs années et a participé à un projet d'insertion dans une autre ville. Il a pu apprendre le français et peut communiquer dans cette langue facilement. De plus, Monsieur est également bénéficiaire de la CMU. Après discussion avec la médiatrice, ils sont orientés vers la PMI la plus proche, sans accompagnement. Monsieur tente de s'y rendre mais ne trouve pas l'adresse. De lui-même et

- sans orientation, il se rend alors au service gynécologique de l'hôpital de la ville, prend rendez-vous et s'y rend. Il suit lui-même les différentes démarches qui suivront. ».
- « Après la naissance du premier enfant d'une femme sur un terrain, une autre femme, déjà mère de deux enfants, l'accompagne à la PMI pour une première consultation. L'accompagnatrice se rend régulièrement seule aux consultations à la PMI pour ses enfants, bien qu'elle parle peu français. ».
- « Une autre femme accompagne systématiquement sa fille enceinte lors de toutes ses consultations, rendez-vous pour des démarches administratives ou prises d'analyses. Elle l'informe sur différentes questions liées à la grossesse et aux examens gynécologiques. ».
- « Mme I. découvre qu'elle est enceinte. Après avoir été accompagnée lors d'une précédente grossesse par la médiatrice, elle prend elle-même rdv auprès de l'UGOMPS pour être suivie. Elle présente la CAR'MAT' à tous ses RDV. Elle sait où se rendre pour les échographies. Elle connaît bien la pharmacie et le laboratoire d'analyses de son quartier, et va régulièrement y effectuer ses bilans sanguins. ».
- « Deux femmes et leurs enfants ainsi qu'une grand-mère et sa petite fille sont accompagnées par la médiatrice à la MDR de la Tase pour une mise à jour du carnet vaccinal des enfants. Dans la salle d'attente l'une des femmes et la grand-mère discutent entre elles. La femme dit à la grand-mère qu'elle vient régulièrement ici voir l'assistante sociale de secteur, ce qui lui permet d'avoir une aide alimentaire et vestimentaire pour ses enfants. La grand-mère souhaite elle aussi voir l'assistante sociale. Nous prenons rendez-vous ensemble. Elle m'interpellera plusieurs fois lors des prochaines sorties sur le terrain pour me redemander l'horaire du rendez-vous. ».
- « Une femme enceinte sans droit ouvert a été accompagnée par la médiatrice à la PASS du Vinatier pour un suivi de grossesse. Le Car'Mat' avait été remis et présenté en amont de la visite à la femme, puis présenté aux professionnels de santé (médecin et assistante sociale) le jour du rendez-vous. La semaine suivante, lors de la venue de la médiatrice sur le terrain, une autre jeune femme enceinte dont la cabane n'était pas loin de l'autre femme m'interpelle et me demande quand je peux l'accompagner à la PASS du Vinatier. Cela a été l'occasion de prendre le temps avec elle pour discuter du suivi de grossesse, lui présenter le Car'mat et l'orienter vers la PASS. ».
- « Sur le bidonville de Saint Martin d'Hères, suite à l'action de sensibilisation avec le CLAT et l'accompagnement au dépistage pulmonaire de certains habitants, 2 femmes âgées de 28 et 40 ans se sont rendues seules au centre de santé pour prendre rdv et se faire dépister. Au sein du lieu de vie, elles vivent à côté et ont des liens familiaux éloignés. Certainement que l'action en amont de sensibilisation a eu un impact aussi les personnes connaissaient déjà le centre de santé par le biais CPEF. Elles sont venues solliciter l'aide de la médiatrice santé au milieu du parcours de dépistage pour comprendre le lieu où elles étaient adressées par le médecin pour approfondir les examens. Elles sont ensuite retournées seules poursuivre la consultation au CLAT. ».

# Annexe n° 8 : Témoignages de médiatrices sur les «actions-relais» effectuées par des personnes vivant en bidonvilles auprès de leur entourage

Actions relais permettant des orientations, accompagnements, information/sensibilisation.

- « Mme P. a accompagné Mme V. à plusieurs reprises à ses rendez-vous médicaux à l'hôpital et chez le médecin afin de l'aider à s'orienter dans les transports en commun et de traduire lors de la consultation. Le fait de l'accompagner physiquement jusqu'aux rendez-vous est indispensable car Mme V. ne se repère pas bien et elle ne sait pas où prendre les transports en commun, ni dans quelle direction. De plus, Mme V. ne peut pas prendre de nouveaux rendez-vous seule au téléphone à cause de la barrière de la langue. Mme P. qui parle très bien français prend des rendez-vous médicaux au téléphone pour Mme V. et elle lui lit ses différents courriers dont ses comptes rendus médicaux. Sans accompagnement, Mme V. ne se sent pas capable de se rendre à ses rendez-vous. Ainsi Mme P. joue un rôle très important dans le suivi médical de Mme V. ».
- « Une personne du bidonville Esmonin avait été orientée chez un dentiste par une bénévole d'une association. Une amie/ voisine du terrain avait des problèmes dentaires et souhaitait une consultation pour elle et son adolescent. La personne qui était suivie l'a accompagné pour lui montrer le cabinet et l'aider à prendre rendez-vous. ».
- ▶ « Une mère de 6 enfants vivant sur le bidonville de Comboire Echirolles, avait été accompagnée à deux reprises par la médiatrice au CASO de Médecins du Monde entre la fin 2014 et début 2015. Cette dame ne parle pas du tout français, et ne disposait au départ d'aucuns repères, ni habitudes sur l'agglomération. Aussi, elle exprimait beaucoup d'anxiété et l'impossibilité à se débrouiller seule. Après la sensibilisation sur ses droits et les papiers à réunir, Madame s'est rendu à plusieurs reprises au CASO pour consulter et en premier lieu pour déposer une demande d'AME pour ses enfants. Elle a su y accompagner sa fille aînée et ses enfants, ainsi qu'une voisine proche souffrant de la galle pour être traités. ».
- « Sur le bidonville Ikea une jeune femme âgée de 23 ans a facilité l'orientation de la sœur de sa tante au centre de planification de la maternité et chez le dentiste. Elle identifiait le cabinet dentaire grâce à l'accompagnement de la médiatrice et le CPEF du fait d'une consultation en urgence. Parlant français avec un niveau suffisant pour comprendre et préciser sa demande, elle a accompagné l'autre personne de la prise de rendez-vous jusque dans la consultation - en l'absence d'interprète. ».
- « Sur le squat « 113 Cours Libération » à Grenoble, un couple a partagé son expérience et incité des voisins et des proches à se faire dépister au niveau pulmonaire et se faire vacciner. Eux-mêmes avaient fait l'objet d'un dépistage ciblé au cours de l'année 2015, autour d'un cas maladie de tuberculose. Ils avaient par la suite demandés et suivis plusieurs rendez-vous de vaccination pour tous les enfants et adultes de la famille. Dans le cadre d'une action de sensibilisation, ils ont précisé avoir raconté et conseillé cela à leurs proches et plusieurs autres

familles habitant le lieu. La médiatrice et les acteurs de santé, ont pu en effet vérifier que d'autres personnes rencontrées sur ce lieu, les citaient en exemple dans leurs connaissances et expériences des dépistages. ».

- « Une femme vivant sur le terrain à Sarcelles accompagne souvent ses copines pour diverses démarches. Elle leur a expliqué le fonctionnement de la PASS de ville à St Denis et le fait que le CMS procède également à l'ouverture des droits et les a accompagné pour la traduction. Elle a également fait des accompagnements en centre de dépistage et au CAARUD PROSES à St Denis. ».
- « Suite aux accompagnements par la médiatrice, une maman a orienté et accompagné plusieurs personnes de sa famille vers la PMI, le Planning Familial et la médecine de ville. ».
- « Un jeune homme parlant très bien le français et faisant le Service civique avec Les enfants du canal accompagne régulièrement les personnes de sa communauté pour les rdv médicaux et les démarches administratives (en dehors de ses missions). ».
- « Un monsieur nous a aidés plusieurs fois pour organiser les consultations groupées en PMI en regroupant les mamans et en les accompagnants à destination. ».
- « Une dame qui fait souvent appel à MdM pour son suivi a commencé à accompagner des patients au CASO pour des consultations médicales et l'ouverture de droits. Plusieurs fois, en attendant son tour au CASO, elle s'est présentée spontanément auprès des travailleurs sociaux pour faire la traduction. Après avoir demandé des informations auprès de nos bénévoles, elle a accompagné des personnes à la CPAM, à l'hôpital et à la PASS Ophtalmologique. Elle nous a confié qu'elle aide les autres parce-que, à son tour, elle se fait aidée par la communauté (elle a une situation extrêmement précaire et dépend beaucoup de son entourage pour faire garder son enfant ou se nourrir quand elle n'a plus d'argent). ».
- « Lors d'un accompagnement organisé pour une famille à la Maison de la Veille Sociale, une autre famille du terrain s'est jointe de façon spontanée à cet accompagnement afin de faire également une demande de son côté. ».
- « Une femme est venue au CASO accompagnée par une autre femme du terrain parlant bien français, pour lui montrer le lieu du rendez-vous et servir d'interprète. Il n'est pas rare sur les terrains de voir certaines personnes expliquent à d'autres où se situe le lieu et l'endroit de leur rendez-vous. Il faut cependant être prudent sur l'accompagnement au rendez-vous d'une personne par une autre du terrain, certaines monnayant leur accompagnement. ».
- « Un jeune homme parlant bien français peut informer les autres personnes du terrain, sur le transport en commun qu'il faut prendre pour aller au rendez-vous. Une fois, de passage au CASO, un courrier médical lui a été remis à destination d'une femme enceinte du terrain. Le courrier avait bien été remis en main propre. ».

## Annexe n° 9 : Témoignages de médiatrices sur le suivi par un médecin traitant

- « M et Mme X. ont un médecin traitant depuis maintenant plusieurs années. Malgré leur récente expulsion les éloignant beaucoup du cabinet de leur médecin traitant ils souhaitent continuer à se rendre chez ce médecin. Ils connaissent la localisation du cabinet et ont établi une relation de confiance avec lui. Le médecin connait bien leurs antécédents et leurs dossiers ce qui permet de ne pas recourir obligatoirement à un interprète bénévole de MdM lors des rendez-vous. ».
- « Il s'agit d'une dame de presque une cinquantaine d'années, vivant en France à Grenoble depuis le milieu de l'année 2014. Mère de deux adolescents. Ils vivent sous une tente depuis leur arrivée. Madame souffre de plusieurs douleurs psychosomatiques. Obtenant ses droits AME, elle est rapidement orientée vers un médecin généraliste d'un des centres de santé associatifs. Elle n'avait jamais consulté à la PASS. Sur ce même centre de santé la sœur de Mme est suivie par un autre médecin. Sa sœur est en France depuis plus longtemps et se débrouille davantage en français. Le centre est près des berges du fleuve où elle vit.

La médiatrice n'a pas pu l'accompagner sur le premier rendez-vous, qui faisait l'objet d'une demande urgente de Mme. La médiatrice s'était cependant entretenue avec Mme pour établir un courrier au médecin concernant ses souffrances et antécédents. Le premier rendez-vous de consultation a lieu en mai 2015. Madame est orientée pour passer plusieurs radios et échographies et une consultation spécialisée au CHU. Entre temps la médiatrice la voit et l'accompagne sur ses examens. Mme retourne seule voir le généraliste accompagnée de quelqu'un de sa famille.

La médiatrice reçoit un courrier du généraliste expliquant les difficultés de ce suivi au vu des multiples souffrances expliquées par Madame et l'absence d'interprète. La médiation spontanée trouvée par l'entourage est maladroite : la traduction approximative ne permet pas de conduire l'entretien médical ; le proche et madame sont gênés car ce n'est pas leur place ; le proche ne veut plus revenir car il a ses propres problèmes. La médiatrice a proposé son accompagnement par la suite sur deux consultations « bilan » permettant de faire le point sur les examens passés et la suite des soins notamment l'orientation vers un kiné.

Madame a pu obtenir deux bilans sur des pathologies passées et entamer une prise en charge. Le médecin a expliqué se sentir plus à même à l'avenir de la recevoir seule, comprendre davantage le principal de sa situation sociale et médicale. Madame a pu seule y retourner pour consulter pour des problèmes quotidiens et prendre rendez-vous pour vacciner et faire suivre ses enfants. ».

« Il s'agit d'une mère de famille de 3 enfants âgés de 11 à 15 ans. Ils vivent sur l'agglomération depuis plus de quatre ans et dernièrement sur le bidonville d'Echirolles puis de Fontaine. Les enfants sont scolarisés et parlent bien le français. Les parents le parlent peu. Les enfants accompagnent parfois et facilitent les rendez-vous des parents, notamment pour les consultations médicales. Depuis fin 2014, la médiatrice les avait mis en lien avec un médecin généraliste en ville. Un accompagnement avait été réalisé au cabinet et la

médiatrice avait su par la suite qu'ils avaient consulté à une autre reprise pour un problème pédicure traité à l'hôpital.

Monsieur et Madame identifiaient bien par ailleurs l'hôpital, le CASO de MdM ainsi que le centre départemental de santé. Au cours de 2015, la médiatrice n'avait pas été en lien avec eux sur la question du suivi par le médecin traitant. En octobre 2015, Madame souhaitait consulter à nouveau le médecin généraliste pour un problème de peau d'un des enfants. A ce moment elle s'est rapprochée de la médiatrice en expliquant qu'elle n'avait pas réussi depuis plusieurs mois à retrouver le cabinet et reprendre rendez-vous.

Elle se souvenait du quartier mais avait échoué à plusieurs reprises à identifier avec certitude la porte du cabinet. En la raccompagnant devant la médiatrice s'est rendue compte qu'elle n'avait pas réussi dans cette démarche car elle n'était pas sûre de l'interphone où sonnait, ne disposait plus des informations écrites avec le nom et l'adresse du médecin et de ce fait n'était pas parvenue sur les horaires d'ouverture à monter jusqu'au cabinet. ».

- « M. C est atteint d'une pathologie chronique et était suivi à la PASS. Lorsqu'il ouvre ses droits à la CMU, il décide de se rendre de lui-même chez un médecin traitant qu'on lui a conseillé à Rezé : « c'est super, je n'ai plus besoin de me déplacer loin et d'attendre des heures à la PASS sans savoir si j'aurais une consultation. Mon médecin est très sympa, il connaît tous mes problèmes de santé ; je peux même y aller sans rdv le jeudi. Par contre, des fois, j'ai un peu de mal à comprendre tout ce qu'il me dit, alors c'est quand même pratique que tu (la médiatrice) passes me voir de temps en temps pour m'aider à m'y retrouver dans mes ordonnances... ».
- « Une dame ayant des problèmes hormonaux a trouvé un médecin de ville qui pratique en même temps la médecine générale et l'endocrinologie. Depuis, malgré le fait que son lieu de vie a changé plusieurs fois dans l'année, elle revient toujours consulter chez ce médecin. ».
- « Plusieurs personnes avec des ALD qui ont consulté au CMS de St Denis gardent le médecin qui les a reçus la première fois comme médecin référent. ».

#### Annexe n° 10 : Fiche de recueil des indicateurs d'accès aux soins

• Nom de la structure :						
• Période de recueil des de	onnées :					
• Nombre de terrains d'intervention en médiation sanitaire du  (des) médiateur (s) :						
●Nombre total de personnes suivies <sup>30</sup> par le(s) médiateur(s):						
●Nombre d'hommes suivis :						
Nombre de femmes suivies :						
• Nombre d'enfants suivis	:					
• Dont enfants de - de 6 a	ns suivis:					
Protection sociale						
Nombre de personnes (er Nom du ou des organisme(s	nfants compris) bénéficiant d'une domiciliation administrative : s) domiciliataire(s) :					
2) Nombre de personnes (en cours de renouvellement :	fants compris) dont les droits à l'assurance maladie sont ouverts ou en					
AME:	CMU:					
Accès aux soins						
Environnement médical						
Nombre de professionnels à votre connaissance :	s de santé libéraux <sup>31</sup> qui ont reçu des familles des terrains d'intervention					
2) Nombre de médecins trait connaissance :	ants assurant le suivi de familles des terrains d'intervention à votre					
30 Daniel de la constitución de l						

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Personnes avec lesquelles le médiateur s'entretient au moins deux fois pour la même problématique de santé ou d'accès à la santé au cours de l'année. (NB ; une simple orientation sans par la suite un retour de la personne fait au médiateur n'est pas considéré comme du suivi, ni une simple démarche administrative réalisée en permanence).

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> Professionnels vu dans le cadre d'une consultation : médecins généralistes, spécialistes, kinés, dentistes etc...(Sont exclus les pharmacies, laboratoires d'analyses ou de radiologie où une délivrance de médicament ou un acte est seulement posé.)

- 3) Nombre de refus de soins, d'examens ou de délivrance de médicament (pharmacies) dont vous avez eu connaissance :
- Pour chaque cas, préciser le type de structure (ou de professionnel) et le motif de refus s'il est connu :
- **4)** Nombre et dénomination des structures de santé dans lesquels les médiateurs réalisent des accompagnements ?

#### **Consultations**

- 1) Nombre d'orientations du (des) médiateur(s) (ou de l'équipe d'intervention si les données ne sont pas dissociables) vers un professionnel de santé :
- 2) Nombre d'accompagnements du (des) médiateur(s) (ou de l'équipe d'intervention si les données ne sont pas dissociables) chez un professionnel de santé :

#### Développement de l'autonomie

- 1) Recueillir des témoignages/ réaliser des récits de recours autonomes aux soins et à la prévention.
- 2) Recueillir des témoignages/ réaliser des récits « d'actions relais » effectuées par des personnes du terrain auprès de leur entourage (orientations, accompagnements, information/sensibilisation...).
- 3) Recueillir des témoignages de personnes suivies par un médecin traitant.
- **4)** Nombre de structures de santé ayant recours <u>régulièrement</u> à un service d'interprétariat professionnel ?
- Quelles structures/ quel type de service d'interprétariat ?

#### Prévention

- 1) Nombre de séance d'information/sensibilisation individuelle :
- Thématiques abordées et public(s) cible(s) (si spécifique(s)) :
- 2) Nombre de séance d'information/sensibilisation collective :
- Thématiques abordées et public(s) cible(s) (si spécifique(s)) :
- 3) Nombre de personnes ayant réalisé un bilan de santé dans l'année écoulée?
- Dans un centre de prévention en santé (bilan complet) :
- Chez un médecin généraliste (examens sanguins) :

#### Suivi des enfants (renseigner les éléments suivants si possible)

- 1) Nombre d'enfants de 6 ans suivis en PMI ?
- 2) Nombre d'enfants ayant un carnet de santé?
- 3) Nombre d'enfants de 6 ans étant vaccinés (sur base d'une preuve écrite) contre :
  - Diphtérie/Polio :
  - Tétanos :
  - ROR:
  - Coqueluche / Haemophilus :
  - BCG:
  - Hépatite A :
  - Hépatite B :

#### Suivi des femmes (renseigner les éléments suivants si possible)

- 1) Nombre de femmes connaissant un lieu où s'adresser pour une contraception :
- 2) Nombre connu de femmes utilisant un moyen de contraception :
- 3) Nombre connu de femmes ayant eu une IVG dans l'année :
- 4) Nombre de femmes enceintes rencontrées dans l'année écoulée :
- **5)** Nombre de femmes ayant eu au moins une consultation dans le cadre de sa grossesse dans l'année écoulée :

#### Mobilisation des acteurs de santé

- I) Nombre de formations/séances d'information auprès d'étudiants ou d'acteurs dans le champ sociosanitaire:
- Quels acteurs ?
- 2) Nombre d'outils d'information élaborés avec les partenaires:
- Quels outils / quels partenaires ?
- 3) Nombre de visites d'acteurs socio-sanitaires sur les lieux de vie accompagnés par le(s) médiateur(s):
- Quels acteurs socio-sanitaires?

- **1)** Nombre d'actions individuelles menées par les acteurs de santé sur les lieux de vie à votre connaissance avec ou sans le(s) médiateur(s):
- Quels types d'action / quels acteurs de santé ?
- 5) Nombre d'actions collectives menées par les acteurs de santé sur les lieux de vie à votre connaissance avec ou sans le(s) médiateur(s):
- Quels types d'action / quels acteurs de santé ?
- 6) Nombre de comités de suivi locaux organisés ou autres réunions partenariales (indiquer les acteurs impliqués / joindre les CR)?

## Annexe n°11: Fiche de recueil Etat des lieux terrain et environnement

Date du recueil de données : Nom et adresse du site:
Nom de(s) l'ancien(s) site(s) (si évacuation des familles) :
Date d'installation sur le site (approximative) :
Date de l'évacuation du site si elle a eu lieu : Nombre de déplacements de lieux de vie subis par les foyers (en moyenne, lors de la dernière année
écoulée) si connu :
Nombre de personnes (approximatif) :Nombre de foyers (approximatif) :
Région(s) d'origine des familles si connue(s):
Nombre d'habitations sur le lieu de vie :
Fréquence d'intervention du(es) médiateur(s) sur le site :
Depuis quelle date :
Si fin des interventions sur ce site : - Jusqu'à quelle date:
- Motif d'arrêt des interventions :
Zone d'habitat : agglomération rurale Dagglomération urbaine Dzone d'activités économiques zone naturelle et forestière
Type(s) d'habitat : Caravane ☐ Cabane ☐ Tente ☐ Maison squattée ☐ Autre hébergement ou logement ☐ Lequel ?
Propriétaire du terrain : Commune  Particulier  Département  Région  Etat  Si autre précisez :
Le lieu de vie fait-il actuellement l'objet d'une demande d'expulsion de la part du propriétaire devant le tribunal : Oui
Les personnes ont-elles déjà reçu des injonctions (orales ou écrites) à quitter le terrain : Oui
Est-il possible de recevoir du courrier à l'adresse du terrain : Oui ☐ Non ☐
Salubrité
Nombre de bennes : Nombre de containers: Nombre de poubelles individuelles :  Sont-ils suffisants ? Oui \( \subseteq \) Non \( \subseteq \)
Périodicité du ramassage (nombre de passage total chaque mois) :
Présence d'ordures sur le terrain : pas du tout ☐ très peu ☐ peu ☐ beaucoup ☐ énormément ☐ Si oui, antérieures à l'installation de familles : Oui ☐ Non ☐ Pas connu ☐
Présence de nuisibles : Oui  Non
Nature du sol : asphalte ou béton ☐ terre☐ squat ☐
Etat du sol par temps pluvieux : pas du tout boueux  un peu boueux  boueux très boueux

#### Accès à l'eau Nombre de points d'eau sur le terrain : ...... Si point d'eau : Potable Non Potable Si pas de point d'eau sur le terrain, le plus proche est distant de : ......minutes à pied Borne incendie fontaine \_\_\_ **Sanitaires** Nombre de toilettes : ..... Auto-construites Mises à disposition / Utilisables : Oui Non $\square$ Accès à l'électricité Aucun Branchement officiel Branchement non-officiel Groupe électrogène **Transports** Distance de l'arrêt du transport en commun au passage régulier le plus proche : ...... Durée du trajet pour rejoindre les principaux lieux médicaux les plus proches: A pied :..... En transport en commun :..... A pied :.... En transport en commun :..... PASS: A pied:..... En transport en commun :.... CPEF : A pied :..... En transport en commun :..... Centres municipaux de santé : A pied :..... En transport en commun :.... A pied :..... Médecin de ville : En transport en commun :..... Centre de dépistage : A pied :..... En transport en commun :..... Organisme domiciliataire : A pied :..... En transport en commun :.... CPAM: A pied :..... En transport en commun :..... Sécurité La localisation du terrain comporte-t-elle des éléments de danger pour les habitants ? Oui Non Aux abords d'une route à grande vitesse :

Aux a	ing d'une voie de cher abords d'une décharg one inondable : es :	e publique : Oui 🗌	Non ∐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐	
Autre	es dangers identifiés :			
	secours (pompiers, Sa		é d'accéder au terrain ? Oui [	□ Non □
	Nom de la commune concernée	Nom du service sollicité	Objet de la requête (eau, sanitaire, ramassage d'ordure, électricité)	Résultat de la requête
1			,	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				