



PROGRAMME NATIONAL
**DE MÉDIATION
SANITAIRE**

ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE MEDIATION SANITAIRE

Rapport final

Août 2016

Pilotage du programme :

AŠAV Association pour l'Accueil des Voyageurs

Adresse : 317-325, rue de la Garenne 92000 NANTERRE

Mail : contact@asav92.fr

Coordination : Lucile Gacon et Joséphine Teoran (jusqu'en avril 2016),
et Elsa Andrieux, chargée de mission à partir d'avril 2016
Téléphone : 01.47.80.15.87

Assistance Maîtrise d'Ouvrage :

G2C Conseils : Guy Cauquil et Catherine Gerhart

Adresse : 165 rue de la Voie Romaine, 31150 GAGNAC SUR GARONNE

Mail : g2c.conseil@orange.fr

Téléphone : 06 07 67 72 64

Bureau d'études chargé de l'évaluation :

NovaScopia - www.novascopeia.fr

Adresse : 14-16 Rue Soleillet, 75020 Paris

Mail : Contact@novascopeia.fr

Téléphone : 01 42 54 42 18

Khady Florent, consultante en santé publique

Liste des membres de l'Instance Pluraliste d'Evaluation :

Joseph Rustico (AŠAV)

Luc Magistry (AŠAV)

Laurent El Ghozi (AŠAV)

Lucile Gacon (AŠAV)

Joséphine Teoran (AŠAV)

Nathalie Goyaux (DIHAL)

Stéphane Leveque (FNASAT)

Christine César (INPES)

Guy Cauquil (G2C Conseils)

Catherine Gerhart (G2C Conseils)

Yann Moisan (NovaScopia)

Ingrid Meunier (NovaScopia)

Audrey Kartner (MDM)

Catherine Lesamedi (Centre Hospitalier de
Saint-Denis)

Sylvie Germain (DGS)

Isabelle Chabin-Gibert (ARS Ile-de-France)

Stéphane Leveque (FNASAT)

Claire Cossee (CNRS)



La réalisation de ce programme d'action a été rendue possible grâce au soutien au niveau national de la Direction Générale de la Santé, de l'INPES, de la Fondation de France et localement des Agences Régionales de Santé ainsi que du Conseil régional d'Ile de France, du Conseil régional des Pays de Loire, de la Fondation de France et de la Direction départementale de la cohésion sociale du Rhône.

Avant-propos

Le programme national de médiation sanitaire représente une coordination d'actions d'accompagnements socio-sanitaires confiée à une association des Hauts-de-Seine, l'AŠAV – Association pour l'accueil des voyageurs¹. Son objectif est de favoriser l'accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité, par leur intégration dans le système de santé. **Cela vient interroger à la fois les solutions à engager pour lever les freins à l'accès aux soins pour des familles vivant souvent en périphérie des villes et des circuits de droit commun. Cela vient aussi souligner la complexité du système sanitaire et social français. Les acteurs de la médiation sanitaire tentent par tous les moyens (politiques et organisationnels) de renforcer l'accès des services de santé (au sens large) des usagers éloignés des parcours classiques.**

Le programme, développé sur une période de quatre ans (2013 à 2016) a d'abord concerné les populations roms vivant en squat et en bidonville et a été étendu en 2015 aux Gens du voyage (GdV) en situation de précarité. Les médiateurs sont employés par des associations locales et nationales et agissent sur différents départements en France.

Permettre l'accès à la santé des populations vivant en squat, bidonvilles et en situation de précarité, tel est l'objectif de ce programme d'envergure, relativement récent. Cependant la diversité des associations et des structures adhérentes, la pluralité des objectifs et des enjeux de territoires nécessite d'apprécier le degré de réussite des objectifs opérationnels et d'interroger sa cohérence d'ensemble. Dans cette optique, l'équipe d'évaluation a réalisé des entretiens et visites sur site entre Mars 2015 et Mai 2016 avec les acteurs engagés auprès du public rom vivant en squat et en bidonville ainsi que des entretiens en groupe lors des rassemblements d'échanges de pratique des médiateurs sanitaires. Les professionnels de l'AŠAV (direction et coordinatrices) ont également participé à toutes les phases d'investigation. Le panel des structures à auditionner a été établi de façon à prendre en compte l'état d'avancement du programme en direction des populations roms et celui en direction des Gens du voyage. Ainsi les acteurs engagés auprès des Gens du voyage, ont été interrogés au cours du second trimestre 2016.

Cette méthode a permis de mettre en regard les différents points de vue, afin d'interroger les décalages dans les attentes des acteurs concernés. Nous nous sommes notamment interrogés sur la disparité territoriale des résultats en matière d'accès aux droits, aux soins ou à la prévention. Cela nous a amenés à analyser le profil des médiateurs, l'environnement des lieux de vie ou encore le profil des partenaires.

¹ Membre fondateur du collectif Romeurope, l'AŠAV est une association créée en 1990 qui a pour objet d'animer, de coordonner et d'impulser toute action dont l'objectif est de favoriser l'accueil et la meilleure insertion des Roms et Gens du Voyage, dans le respect de leur culture et de leur mode de vie. Elle est également membre de la Fnasat-Gens du voyage.

À ce titre, l'évaluation confiée à NovaScopia répond à une double finalité :

- Une visée d'analyse et de bilan concernant les actions conduites en direction des populations roms vivant en bidonville ou en squat de 2013 à 2015. Il s'agit donc d'une d'évaluation continue « chemin faisant ». Les données 2016 ont principalement alimenté l'analyse du fonctionnement et de l'organisation du programme.
- Une visée projective, cherchant à identifier les principaux vecteurs à mobiliser pour transposer ce programme à un public de Gens du Voyage (Gdv) en situation de précarité. Il s'agira ici d'une évaluation « ex-ante » permettant de mieux cerner les conditions de transposition et de généralisation du programme initial dédié aux populations roms vivant en squat et en bidonville.

À l'heure où le nombre de personnes en situation de précarité ne cesse d'augmenter, l'un des enjeux majeurs des organisations sociales et des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements apportés à ces personnes.

Cet enjeu résonne à plusieurs niveaux et vient illustrer la complexité et l'étendue significative du périmètre d'intervention des professionnels de la médiation sanitaire :

- Celui de la personne et de sa famille, qui sont confrontés à un accès aux droits difficile, une fragmentation de l'offre (entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et la myriade d'institutions et de services relevant du champ sanitaire et social de statut public, privé non lucratif ou privé lucratif), ou à des manques d'offres préventives répondant à ses besoins.
- Celui des professionnels (libéraux, hospitaliers, prévention, médico-social...) qui ont des difficultés de coopération par manque d'outils communs et de culture commune, avec un champ d'action et de responsabilité dont les frontières se déplacent. La spécialisation croissante a favorisé un cloisonnement, une dilution des responsabilités et une perte de continuité dans les processus d'accompagnements.
- Celui des organisations associatives locales au financement morcelé, parfois insuffisant et non pérenne dont la mobilisation reste cependant intact.
- Celui des pouvoirs publics ayant à gérer un compromis difficile entre la prévention des risques sanitaires et l'augmentation des évacuations de terrains occupés par les populations roms.

Deux questions sous-jacentes à cette évaluation ont émergé.

Dans le cadre d'un programme de médiation sanitaire, quelles sont les conditions nationales et locales pour articuler au mieux tous les accompagnements nécessaires aux personnes les plus éloignées du droit commun ?

Comment permettre aux professionnels de la médiation sanitaire de coopérer avec les acteurs locaux² dans des conditions de sécurité, de qualité et d'efficience en croisant à la fois des compétences techniques mais aussi des enjeux politiques ?

Dans le présent rapport, après avoir resitué le contexte complexe dans lequel s'inscrit cette problématique et précisé la méthodologie retenue pour cette évaluation, seront présentés les modalités de déploiement du programme en direction des populations roms vivant en squat et (ou) en bidonville, puis le déploiement du programme en direction des Gdv, les freins et les leviers au développement du programme. Enfin, nous ferons en conclusion quelques préconisations à partir des facteurs de succès identifiés et/ou supposés et dégagerons quelques pistes de recherche ou de développement pour le futur.

² Acteurs locaux doit ici s'entendre non seulement en prenant en compte les acteurs sanitaires et sociaux mais aussi les acteurs politiques.

Sommaire

Remerciements	9
-PARTIE INTRODUCTIVE-.....	11
1. Le contexte d’implantation du programme.....	12
1.1. À l’ origine, un projet de santé publique orienté vers les populations roms en bidonvilles.....	12
1.2. Un programme issu d’une Recherche-Action en médiation sanitaire (2011-2012)	12
1.3. Vers la construction d’un programme national de médiation sanitaire	13
1.4. Une coordination nationale pilotée par l’AŠAV	16
2. Cadrage méthodologique de l’évaluation	18
2.1. Les objectifs de l’évaluation	19
2.2. Une évaluation triennale programmée en trois volets	19
2.3. La prise en compte d’un référentiel d’évaluation comportant deux volets	22
2.4. Les limites rencontrées dans la démarche évaluative	24
-PARTIE 1- DÉPLOIEMENT ET PRINCIPAUX RÉSULTATS DU PROGRAMME	25
3. De 2013 à 2016 comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme, en direction des populations roms vivant en squat et en bidonville ?	26
3.1. Une mobilisation progressive des associations sur l’ensemble du territoire par la coordination nationale.....	26
3.1.1. Un pilotage national du programme	26
3.1.2. Des documents de référence établis au niveau national et diffusés auprès des structures participantes : référentiel national, dispositif et fiches de recueil de données.....	28
3.1.3. Un développement effectif du programme à partir de 2014	31
3.1.4. Des attentes en matière de réflexion stratégique et de concertation inter-associative	35
3.1.5. Un accompagnement de qualité du réseau de médiateurs.....	36
3.1.6. Une valorisation des bonnes pratiques soutenue par la coordination nationale mais une capitalisation encore partielle.....	42
3.1.7. Des financements et des soutiens pluriannuels en progression.....	42
3.2. Une mobilisation progressive des acteurs locaux par les médiateurs	47
3.2.1. Une forte progression du réseau de partenaires santé mobilisés par des actions d’information et des interventions communes.....	47

3.2.2 Des outils d'information ou sensibilisation réalisés avec les partenaires locaux et destinés aux populations	49
3.2.3 Un soutien à des actions locales sous forme de visites communes des médiatrices avec les acteurs socio-sanitaires sur les lieux de vie	51
3.2.4 Des réunions d'échange avec les partenaires organisées par toutes les associations mais une disparité observée dans la mise en place de comités de suivis locaux.....	52
3.3 Un accès aux droits et aux soins renforcé par le travail de proximité des médiateurs mais un progrès vers l'autonomie difficile à évaluer	54
3.3.1 Transmission d'informations et accompagnements vers les services de santé : une activité croissante, des disparités fortes entre les structures.	56
3.3.2 Coopérations avec les professionnels libéraux : des démarches limitées mais en augmentation	59
3.3.3 Un accès à la domiciliation et à la mise en place de la couverture maladie très développé	62
3.3.3 Une très faible mobilisation de l'interprétariat dans les structures de droit commun	65
3.4 Une ouverture croissante du programme sur son environnement institutionnel mais une faible influence sur les conditions de vie	66
3.4.1 Des partenariats nombreux et actifs au niveau local	66
3.4.2. Un renforcement de l'accessibilité des outils de prévention.....	67
3.4.3. Un plaidoyer réalisé auprès des instances et des partenaires associatifs	68
3.4.4 ...Mais sur l'état des terrains, des difficultés exprimées et observées par les médiatrices et un faible impact sur les lieux de vie des populations.....	71
4. De 2013 à 2016 comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme, en direction des populations Gens du voyage?.....	73
4.1 Extension du programme aux Gens du voyage : Une opportunité jugée prématurée.	73
4.2. Une mobilisation réussie pour mieux identifier les actions de santé à l'échelle nationale ..	74
4.2.1. 2013 : Réalisation d'un état des lieux national des actions de santé auprès des Gens du voyage : première pierre pour l'intégration au programme.....	74
4.2.2. Vers la construction d'un projet de recherche sur l'état de santé des Gens du voyage.....	78
4.3 Une mobilisation lente des associations sur la médiation mais croissante	79
4.3.1 Une mobilisation active des associations mais une majorité de refus de financement	79
4.3.2 L'adaptation de la stratégie d'intervention.....	81
4.4 Une évaluation de la transférabilité limitée aux modalités d'intervention de la RAGV 76 ..	84

-PARTIE 2- FREINS ET LEVIERS AU DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME	88
5. Les freins et les leviers au développement du programme depuis 2013.....	89
5.1 La médiation sanitaire intégrée à la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.....	89
5.2. Au niveau national : des modalités de pilotage et de coordination aux effets contrastés.....	89
5.2.1 La coordination nationale.....	89
5.2.2 Le référentiel national.....	91
5.2.3 Le suivi.....	91
5.3. Au niveau local : le déploiement du programme sur site	92
5.3.1 Les partenariats, la coordination locale	92
5.3.2 La participation des populations	92
5.3.3 Les modalités d'intervention.....	93
5.3.4 Les outils et moyens mis à disposition des médiatrices.....	96
5.3.5 Les profils, missions et turn-over des médiateurs	97
5.3.6 Des difficultés persistantes face auxquelles les médiateurs sont confrontés.....	99
En résumé.....	100
-PARTIE 3- RECOMMANDATIONS	103
6. Les grands axes de recommandations : modalités stratégiques de pilotage, d'organisation, de suivi, de communication.....	104
6.1. La médiation sanitaire et la réduction des inégalités sociales de santé	104
6.2. Recommandations générales pour améliorer la qualité du programme et la poursuite de son développement auprès des Gens du voyage.....	105

Remerciements

L'équipe NovaScopia tient à remercier l'ensemble des médiateurs et médiatrices impliquées dans le programme national de médiation sanitaire pour leur participation à la démarche évaluative menée au cours de ces trois dernières années.

A ce titre, ils remercient tout particulièrement :

- ▶ Céline BENDIF, Chef de service au dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord
- ▶ Gratiela BUTARU, médiatrice sanitaire au dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord
- ▶ Christine NIEUWJAER, Chef de service au dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord
- ▶ Patrick VIGNEAU, Directeur du dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord

- ▶ Roxana ALBU, médiatrice sanitaire à Médecins du Monde (MdM) Lyon
- ▶ Laure COURRET, coordinatrice MdM Lyon
- ▶ Guillemette HANNEBICQUE, médiatrice sanitaire à Médecins du Monde Lyon
- ▶ Aurélie NEVEU, coordinatrice MdM Lyon

- ▶ Laurie BERTRAND, coordinatrice technique de la mission bidonvilles à MdM Marseille
- ▶ Dominique HAEZEBROUCK, coordinatrice technique de la mission bidonvilles à MdM Marseille
- ▶ Sergiu LACATUS, médiateur à MdM Marseille
- ▶ Claudia POP, médiatrice à MdM Marseille

- ▶ Nathalie GODARD, coordinatrice générale à MdM St Denis
- ▶ Dorinela LUCAS, médiatrice à MdM St Denis
- ▶ Livia OTAL, coordinatrice mission bidonvilles à MdM St Denis
- ▶ Miruna POPESCU, médiatrice à MdM St Denis

- ▶ Florence BATORI, coordinatrice mission France à Première Urgence Internationale
- ▶ Martin FAVREAU, Médiateur à Première Urgence Internationale
- ▶ Adina IOVA, Médiatrice à Première Urgence Internationale
- ▶ Najat LAHMIDI, chargée de mission santé à Première Urgence Internationale
- ▶ Aline MALARD, Médiatrice à Première Urgence Internationale
- ▶ Aurore PERRIN, chargée de mission santé à Première Urgence Internationale
- ▶ Elena STELUTA, Médiatrice à Première Urgence Internationale

- ▶ Elsa ANDRIEUX, médiatrice à Roms Action
- ▶ Simina BALAN, médiatrice à Roms Action
- ▶ Adèle Dumontier, directrice à Roms Action

- ▶ Lucile GACON, médiatrice à l'AŠAV
- ▶ Elena DALIBOT, médiatrice à l'AŠAV
- ▶ Laura MOCANU, médiatrice à l'AŠAV
- ▶ Luc MAGISTRY, Directeur de l'AŠAV
- ▶ Joseph RUSTICO, Directeur de l'AŠAV

- ▶ Fanny BORDEIANU, médiatrice à MdM Nantes
- ▶ Sylvaine DEVRIENDT, coordinatrice à MdM Nantes

- ▶ Muriel LEROUX, directrice au RAGV
- ▶ Timothée TROMPESANCE, médiateur au RAGV

- ▶ Laura SUNDA, médiatrice à l'AREA
- ▶ Catherine VASSEAUX, Directrice de l'AREA

NovaScopia remercie, outre toute l'équipe du programme citée ci-dessus, Guy Cauquil, Catherine Gerhart et l'ensemble des membres de l'Instance Pluraliste d'Evaluation avec lesquels la méthodologie et les travaux menés dans le cadre de cette démarche évaluative ont pu être régulièrement questionnés et débattus pour prendre en compte l'ensemble des déterminants du programme.

-PARTIE INTRODUCTIVE-

1. Le contexte d'implantation du programme

1.1. À l'origine, un projet de santé publique orienté vers les populations roms en bidonvilles

Le nombre de personnes habitant en bidonvilles représentent environ 15 à 20 000 personnes en France. La majorité de ces personnes sont issues de minorités roms d'Europe de l'Est, qui recouvrent un ensemble de groupes aux caractéristiques très diverses (Voir notamment le « Glossaire terminologique raisonné sur les questions roms », Conseil de l'Europe, Edition mise à jour, 18 mai 2012).

Au-delà des barrières linguistiques, les obstacles à l'accès aux services de santé sont multiples. Les acteurs de terrain ont fait le constat d'un état de santé globalement très préoccupant des populations roms migrantes. Les difficultés d'accès à l'assurance maladie, le manque d'information sur le système de santé, la barrière de la langue, les ruptures de soins, le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes, le manque d'éducation à la santé sont autant d'obstacles à l'accès à la santé de ces personnes en France³.

1.2. Un programme issu d'une Recherche-Action en médiation sanitaire (2011-2012)

En 2011, avec le soutien des structures associatives de Romeurope, l'AŠAV a décliné une démarche expérimentale par la mise en œuvre d'une recherche-action en médiation sanitaire en direction des populations roms vivant en squat et en bidonville en France.

Soutenue par la Direction générale de la Santé et avec le soutien méthodologique de l'INPES, la recherche-action 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.

Ainsi, 150 femmes roms et leurs jeunes enfants ont bénéficié du programme sur quatre sites d'intervention ciblés : le dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord dans le département du Nord (59), l'AŠAV dans le Val d'Oise (95) et en Seine-St-Denis (93) et Médecins du Monde en Loire-Atlantique (44).

³ CF. F.Lamara, L'accès aux soins et à la santé de populations roms/tsiganes migrantes en situations de grande exclusion dans trois pays d'Europe (Espagne, France, Grèce), 1999, Médecins du Monde ; et aussi « Rapport préliminaire. Mettre en œuvre des actions de médiation sanitaire du public rom d'Europe de l'Est présent en France. Préfiguration de projets pilotes », mars 2009, CNDH Romeurope.

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

1. 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.

2. 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.

3. En direction de l'environnement des sites de vie :

- Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique

Pour la coordination nationale de l'AŠAV, la mise en œuvre de cette expérimentation constituait un véritable challenge, un projet innovant car il n'existait pas à l'époque de programme développé à cette échelle auprès de ce public.

« Tout était à construire. Il y avait tellement de données dispersées et très peu de stratégies de santé publique menées auprès des populations roms. Le défi était gigantesque avec des moyens limités mais une cohésion forte entre quatre associations. »

« Les résultats obtenus dans le cadre de cette expérimentation ont permis de développer cette démarche auprès des Gens du voyage. Il a aussi fallu se renforcer en moyens humains en 2013. »

1.3. Vers la construction d'un programme national de médiation sanitaire

L'évaluation positive des actions du programme expérimental et leur capitalisation⁴ ont permis en 2013 la naissance d'un programme national de médiation sanitaire auprès des populations roms ainsi que vers les Gens du voyage, pour répondre aux objectifs du Plan National de Lutte contre la Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale.

Pour rendre compte publiquement de ce dispositif de médiation sanitaire mis en place auprès des populations roms, un document explicatif et descriptif en a été publié par l'AŠAV sous forme d'un référentiel du programme de médiation sanitaire. L'extrait suivant en présente les finalités.

⁴ Voir en ce sens le rapport d'évaluation du programme expérimental (2011-2012) «Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et des jeunes enfants roms. Rapport final d'évaluation », Juillet 2013. <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2012/08/rapport-final-d%C3%A9valuation-2011-2012-du-programme-exp%C3%A9rimental-de-m%C3%A9diation-sanitaire.pdf>
Et les actes du colloque « La médiation pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms », décembre 2012, <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2012/08/Actes-colloque-m%C3%A9diation-sanitaire.pdf>.

Les finalités d'intervention en médiation sanitaire⁵

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.

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.

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.

Soutenu pour une période de quatre ans (2013-2016) par la Direction Générale de la Santé, l'INPES et la Fondation de France, le programme national de médiation sanitaire actuel s'appuie sur trois axes stratégiques :

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

En cohérence avec les objectifs du Plan National de Lutte contre la Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale, il place l'action des médiateurs sanitaires au cœur des problématiques d'accès aux droits, de qualité de vie et de santé dans des conditions de vies dégradées.

⁵ Référentiel PNMS – 2014

Six grands axes structurent les objectifs opérationnels du programme :

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

L'enjeu de l'extension du programme réside dans l'adaptation du programme à d'autres publics connaissant des freins similaires d'accès à la santé notamment les Gens du voyage en situation de précarité. C'est à ce titre que la médiation sanitaire a été inscrite dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale adopté officiellement par le gouvernement français le 21 janvier 2013. La coordination nationale souligne que ce passage d'une recherche-action à un programme national élargi à d'autres acteurs et à d'autres publics a nécessité de nombreuses adaptations aussi bien dans le pilotage national que dans l'accompagnement des acteurs au niveau local.

« Le changement d'échelle dans le pilotage de la coordination nationale n'a pas toujours été évident. Il a fallu se battre pour garder cette cohérence dans les actions menées par les acteurs associatifs. »

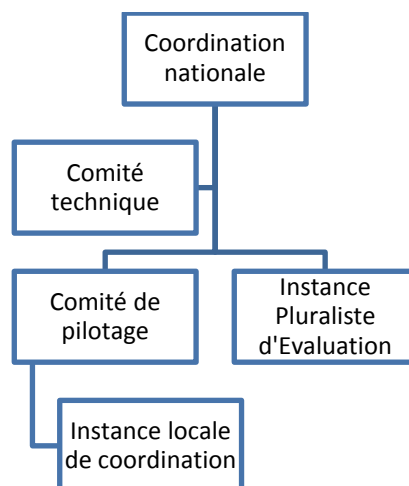
« Le cadre de référence était totalement établi dans la recherche-Action. Il y avait également une grande proximité avec les associations adhérentes. Tandis que ce passage à l'échelon national a mis en évidence une certaine hétérogénéité dans les projets locaux de médiation sanitaire. »

« La médiation sanitaire, une activité qui comprend plusieurs lectures selon les structures. »

« Concrètement, si le programme a gagné en nombre de bénéficiaires, il a peut-être perdu en terme de cohérence et de cadre d'intervention commun. »

1.4. Une coordination nationale pilotée par l'AŠAV

L'organigramme ci-dessous présente les liens entre les instances qui concourent à la mise en œuvre du programme.



La coordination nationale

Le programme est coordonné par l'AŠAV. Elle assure notamment le suivi et l'évaluation des actions, l'appui et la mise en réseau des associations locales et la formation continue des médiateurs ainsi que l'élaboration de recommandations et d'actions de plaidoyer pour l'amélioration de l'accès à la santé des publics visés et la reconnaissance de la médiation sanitaire.

Ses différentes attributions sont détaillées dans le document intitulé « Dispositif du programme⁶ » :

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 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 et européen pour l'amélioration de l'accès à la santé des publics visés et la reconnaissance de la médiation sanitaire.

⁶ Voir Annexe n°2.

Le comité technique rassemble l'AŠAV, la DGS, la DAEI et la FNASAT. Il a pour objectif d'accompagner et d'apporter un soutien au développement du programme en direction des Gens du voyage (Gdv). Il se réunit à l'initiative de l'AŠAV, deux fois par an en moyenne.

Le comité de pilotage est constitué de représentants d'institutions nationales, des bailleurs nationaux et locaux, de chercheurs et des associations partenaires.

Il se réunit à l'initiative de l'AŠAV, dans les locaux de la Direction Générale de la Santé, une fois par an. Il est chargé de la définition et du suivi des orientations générales du programme (évaluation, développement et perspectives du programme).

Ses membres sont les suivants :

- 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
- CNDH Romeurope
- FNASAT Gdv
- Associations porteuses du projet au niveau national et local

Les principaux partenaires nationaux du programme sont les suivants :

- La Direction Générale de la Santé (DGS)
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
- L'INPES (nouvellement Agence Santé Publique France)
- La Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
- La Direction des Affaires Européennes et Internationales (DAEI)
- La Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)
- Les Agences Régionales de Santé
- La Fnasat-Gv

2. Cadrage méthodologique de l'évaluation

Ce rapport est le résultat final de travaux initiés en 2014 à la demande de l'AŠAV, association pilote du programme national de médiation sanitaire auprès des populations roms.

Celle-ci a missionné le cabinet G2C conseil, pour assurer la maîtrise d'ouvrage et notamment construire le référentiel d'évaluation. Le cabinet conseil Novascopia a été chargé de la phase opérationnelle de l'étude. Les travaux d'évaluation ont débuté lors du dernier trimestre 2014 et pour une période de deux ans. Dans la réponse formulée et retenue par l'AŠAV, le format de cette évaluation se traduit par :

- Une intervention de trois consultants au profil complémentaire (Deux disposant d'une expertise en santé publique et promotion de la santé, un troisième d'une expertise en stratégie territoriale)
- Une intervention quantifiée à hauteur de 25 jours⁷, intégrant des temps d'animation de réunions (Instance pluraliste d'évaluation, temps d'interface avec le commanditaire), de conduites d'entretiens individuels et collectifs sur les différents sites de médiations sanitaire, de réalisation d'une enquête en ligne auprès des partenaires locaux et nationaux.

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

- Phase 1 : Cadrage et contribution au référentiel d'évaluation
- Phase 2 : Enquête qualitative et recueil d'informations
- Phase 3 : Élaboration des rapports

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

La première phase permet la structuration de la démarche évaluative. Réalisée sur le dernier trimestre 2014, elle s'appuie sur une analyse de la base documentaire disponible auprès de l'AŠAV et de ses partenaires et prend en compte un développement différencié du programme selon la population bénéficiaire (Lancement Publics roms : 2013 / Lancement Publics Gens du voyage : 2015).

Les rapports annuels constituent des rapports de bilan du programme national de médiation sanitaire et non des rapports d'évaluation. Ils ont pour objet d'analyser les données « terrain » collectées par les médiateurs. Les données sont saisies et traitées de façon systématique. Leur exploitation permet ainsi d'interroger la pertinence des différents items dans le but d'améliorer en

⁷ Les jours d'interventions comprennent à la fois les travaux liés à la réalisation des rapports annuels et l'élaboration du rapport final. Une note intermédiaire dédiée à la stratégie a également été réalisée en juin 2015.

continu le recueil d'informations. Cette analyse du programme illustre une vision globale de l'action nationale en médiation sanitaire.

Une instance pluraliste d'évaluation (IPE) a été constituée afin de valider les choix méthodologiques et suivre l'avancée des travaux. Composée du commanditaire, de représentants institutionnels tels que la Direction Générale de la Santé (DGS), la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) et d'acteurs concernés au niveau local, cette instance s'est réunie annuellement.

2.1. Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation du programme de médiation sanitaire a été menée dans un **double objectif** :

- Tout d'abord, celui de capitaliser les actions menées par les associations contribuant au programme et d'identifier le rôle de la coordination nationale dans ce dispositif de façon à dégager des pistes d'amélioration pour la suite du programme.
- Dans un second temps, celui d'identifier les conditions de réussite nécessaires à la transposition du programme vers une population de Gens du voyage en situation de précarité.

2.2. Une évaluation triennale programmée en trois volets

- Initié au cours du second semestre 2014, **le premier volet concerne la mise en place d'une Assistance à Maîtrise d'Ouvrage** pour la préparation, la conduite et le «contrôle qualité méthode » de l'évaluation du programme national. Confiée à l'agence G2C Conseils, ce travail a fait l'objet d'une concertation avec la coordination nationale et NovaScopia.

Les points suivants ont fait l'objet d'arbitrages avec l'AŠAV :

- Définition de la période d'observation
- Définition du cadre d'évaluation des activités des médiateurs élargies au nouveau public cible : les Gens du voyage en situation de précarité, en sus des populations roms initialement visées.
- Évaluation de la coordination locale, évaluation de la coordination nationale et leur articulation en prenant en compte l'ouverture vers d'autres réseaux et l'élargissement des actions vers un autre public selon le programme
- Évaluation de la démarche participative du programme notamment l'implication des associations locales dans la construction et le développement du programme
- Évaluation du développement et de l'adéquation des formations aux besoins.
- Impact des procédures d'analyse et d'échange des pratiques

- Évaluation de l'impact sur les pratiques des médiateurs des travaux du groupe de travail concernant les outils de prévention
 - Évaluation de l'impact du programme sur le réseau de la Fnasat-Gv et contribution du programme à l'amélioration des connaissances (thématiques santé, médiation...).
- **Le second volet concerne le suivi méthodologique de l'évaluation.** Celui-ci a été réalisé à travers la mise en place d'une Instance Pluraliste d'Évaluation (IPE) qui s'est réunie pour la première fois le 26 novembre 2014. Cette instance a été mise en place pour garantir la prise en compte des divers points de vue (qui peuvent demander un débat contradictoire).

Elle assure une double fonction :

- Valider le référentiel d'évaluation du programme,
- Assurer le suivi des travaux évaluatifs menés par NovaScopia (méthodologie d'enquête et validation des rapports d'études annuels et du rapport final).

L'IPE prend connaissance des éléments objectifs apportés par les "chargés d'évaluation" indépendants (données d'activité, avis recueillis sur le terrain, analyse de ces données, ...). Elle doit ensuite débattre de ces éléments objectifs, en tirer des leçons, puis faire des propositions.

- **Le troisième volet concerne l'étude de terrain et la production des rapports.** Confiée à Novascopia, la méthodologie d'enquête retenue associe une étude documentaire, un recueil d'éléments qualitatifs auprès des acteurs concernés grâce à des entretiens semi-directifs, une observation sur les différents sites du programme et une enquête en ligne à destination des partenaires. Les contraintes temporelles (temps imparti pour réaliser l'étude) et organisationnelles (ressources nécessaires pour mobiliser des interprètes) ont influé sur les choix méthodologiques. Ainsi, les bénéficiaires des actions n'ont pas pu être mobilisés pour participer à ces travaux d'évaluation.

Un recueil d'informations et leur analyse ont été menés, notamment, à partir des sources documentaires disponibles suivantes :

- Indicateurs d'environnements de chacun des lieux de vie concernés par l'action,
- Indicateurs sanitaires de chacun des lieux de vie concernés par l'action,
- Comptes rendus des réunions d'échanges de pratiques des médiateurs,
- Comptes rendus des commissions santé FNASAT concernant la population Gens du voyage,
- Comptes rendus des comités de pilotage du programme national,
- Comptes rendus des groupes de travail sur l'adaptation du programme national de médiation sanitaire à un public Gens du voyage,
- Fiches projets et dossiers de demandes de subvention des associations Gdv,

- In fine, nous avons utilisé les données des trois rapports d'étude annuels⁸ (2013 à 2015) présentant l'analyse des résultats quantitatifs du programme à l'échelle nationale à partir des indicateurs d'environnements et sanitaires existants et disponibles, recueillis annuellement par chacune des associations participantes (terrains concernés, effectifs accompagnés, salubrité des lieux de vie, professionnels libéraux impliqués...).

Les travaux ont été menés via une démarche participative qui a impliqué la coordination nationale, les acteurs de terrain ainsi que leurs partenaires locaux.

Ainsi, nous avons réalisé une vingtaine d'entretiens:

- Des entretiens collectifs ont mobilisés les médiateurs du programme, à deux reprises, en 2015 et 2016,
- Des entretiens semi-directifs ont été menés avec les deux coordinatrices nationales du programme à deux reprises en 2014 et 2016,
- Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des médiateurs de chacune des associations participantes d'une part et de leur supérieur hiérarchique direct représentant l'association employeur d'autre part ainsi qu'auprès des coordinateurs des actions locales ont permis le recueil de données qualitatives, de mars à juin 2015. Les propos des professionnels ont été retranscrits de façon indifférenciée afin de garantir l'anonymat conformément à la méthodologie annoncée lors du recueil de données
- Un entretien a été réalisé avec le directeur de l'AŠAV en 2015,
- De plus, en 2016, un entretien collectif a été réalisé auprès des représentants d'associations engagées auprès des populations Gens du Voyage.

Les durées d'entretien ont été les suivantes :

- 2H pour les entretiens (médiateurs + porteurs)
- 1h30 pour les entretiens collectifs médiateurs (6-15 personnes max.)
- 1h30 pour l'entretien individuel avec chaque coordinatrice nationale.

Une enquête en ligne⁹ a permis d'évaluer les effets constatés sur les professionnels, partenaires des médiateurs localement et ceux mobilisés au niveau national par l'AŠAV. Un panel de professionnels de santé, institutions locales et nationales a été destinataire de l'enquête. Le nombre de répondants s'élève à 41 (soit 28 % de réponses).

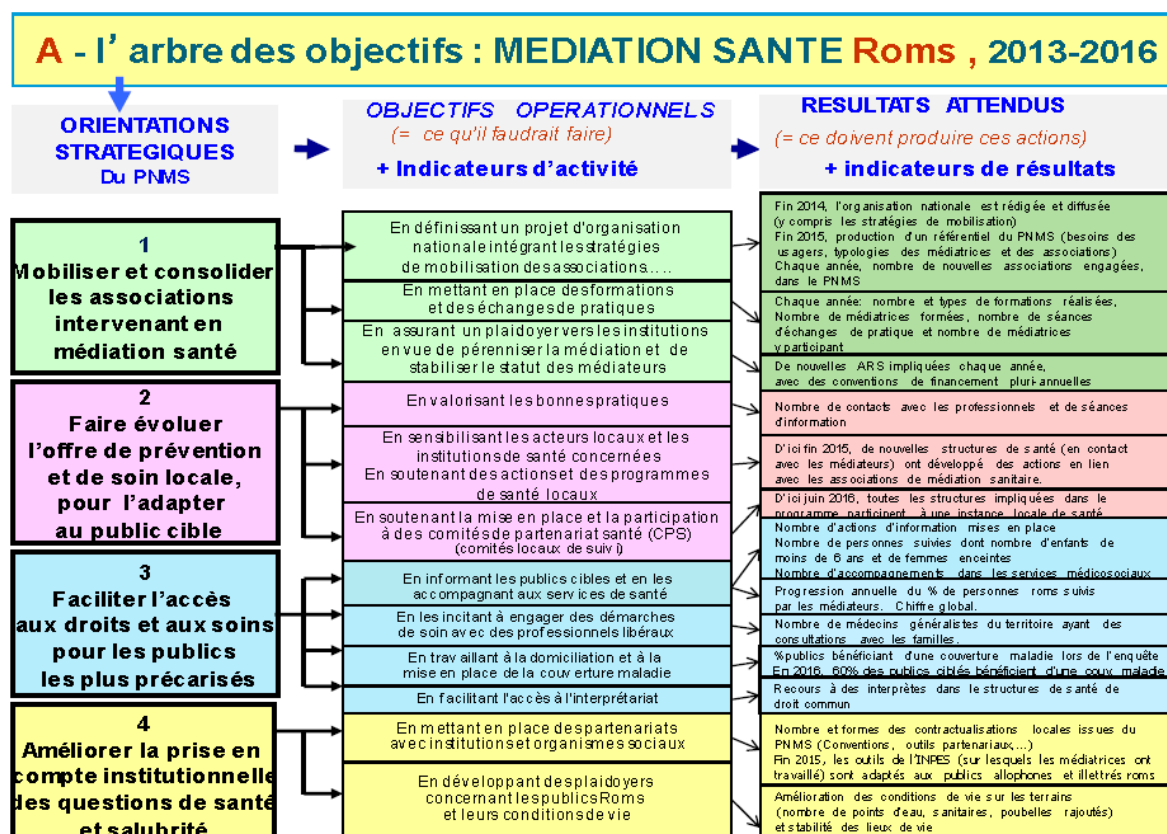
Sur site, en se rendant sur certains des terrains concernés avec les médiateurs à Marseille, Nantes, Lille, Lyon, Grenoble et Saint-Denis nous avons observé les conditions de mise en œuvre du programme.

⁸ Rapport d'étude réalisé en 2013 et 2014 par Novascopia et en 2015 par l'AŠAV à partir de la synthèse des données produite par le cabinet d'étude Novascopia et avec le soutien de l'AMO G2C.

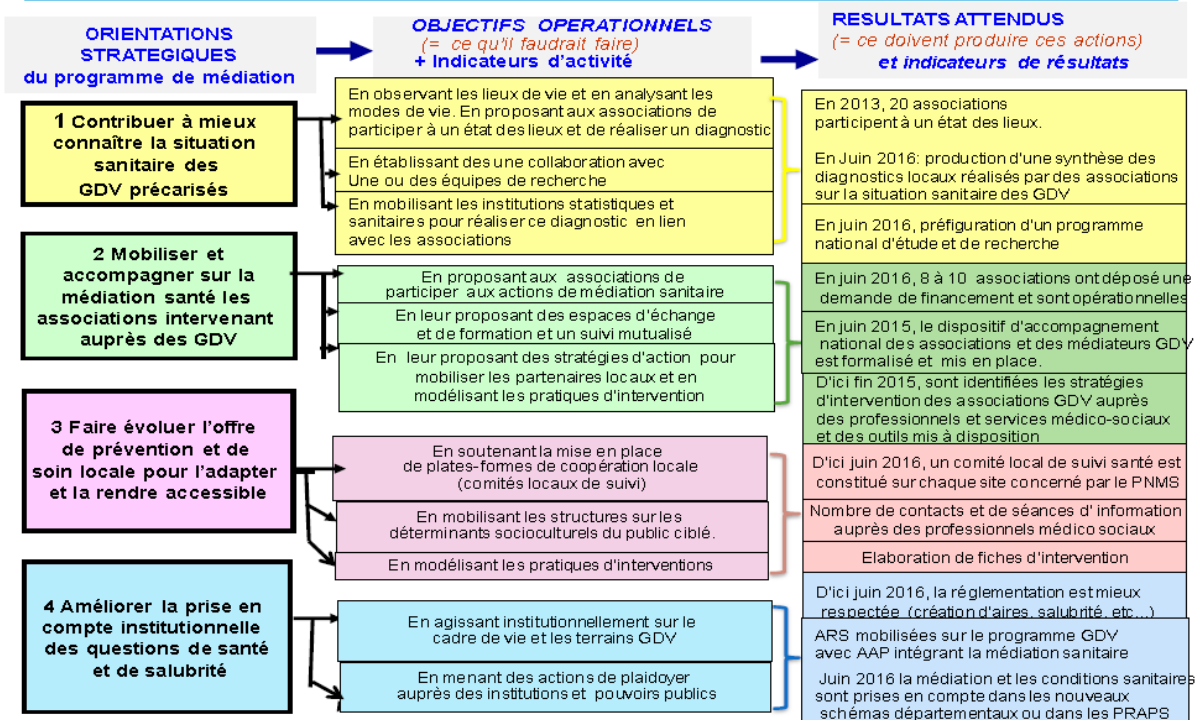
⁹ Voir questionnaire en annexe n°6.

2.3. La prise en compte d'un référentiel d'évaluation comportant deux volets

Dans le cadre de l'instance d'évaluation a été validé le référentiel du programme incluant deux parties : l'une visant les publics roms vivant en squats ou bidonvilles et l'autre visant les Gens du voyage (Gdv) en situation de précarité.



B- l' arbre des objectifs : MEDIATION SANTE GDV , 2015-2016



Cette évaluation de processus vise à analyser les conditions de réalisation du programme et non les résultats et impacts de ce dernier sur la santé des bénéficiaires. Les travaux ont été menés dans la perspective de produire des recommandations stratégiques et opérationnelles à partir de l'état des lieux des freins et leviers d'action mobilisables.

Elle vise à répondre aux **quatre questions évaluatives suivantes formulées au sein du référentiel d'évaluation** réalisé par la maîtrise d'ouvrage et validé par l'instance pluraliste d'évaluation:

- 1. De 2013 à 2016, comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme, d'abord en direction des populations roms vivant en squat et en bidonville puis en direction d'un public de Gens du voyage en situation de précarité ?**
- 2. Quels sont les principaux résultats et effets constatés sur les publics, les professionnels, Comment les expliquer ?**
- 3. Quelles sont les conditions de faisabilité à réunir pour faciliter la transposition du programme « roms » à un programme visant également les Gens du voyage (Gdv) ?**
- 4. En quoi la coordination nationale aura-t-elle facilité ou non la mobilisation des acteurs et la mise en œuvre réussie du programme Gdv?**

2.4. Les limites rencontrées dans la démarche évaluative

- ▶ Le référentiel d'évaluation, socle de cette étude a été validé en mai 2015, a posteriori des premiers recueils de données auprès des médiateurs (entretiens individuels et premier entretien collectif).
- ▶ Le turn-over des acteurs du programme et particulièrement des médiateurs, a impacté la phase de recueil de données qualitatives. En effet, certains entretiens ont été menés alors que les médiateurs venaient de prendre leur poste et ne disposaient pas de recul sur leurs nouvelles missions.
- ▶ Dans l'analyse des données de suivis annuelles, certaines structures ne sont pas en mesure de distinguer les indicateurs d'activité de la médiatrice de ceux de l'ensemble de son équipe bénévole comme cela est le cas à Médecins du Monde Nantes. Les chiffres sont donc recueillis par toute l'équipe ce qui génère un biais important pour l'analyse quantitative.
- ▶ Les données quantitatives exploitées sont issues des « fiches terrain » et « données de santé » renseignées à partir des informations recueillies par les médiateurs. Des ajustements dans les modalités de remplissage ont été nécessaires au cours du programme pour que les outils soient adaptés à l'évolution du contexte d'intervention et à l'arrivée de nouveaux acteurs au sein du programme.

Par exemple, si les données de santé ne devaient initialement être relevées que sur les lieux d'intervention priorités, le champ de recueil a été élargi à l'ensemble des personnes suivies par les médiateurs. En effet, ces derniers ont finalement aussi suivi des personnes résidant « hors des terrains priorités » (par exemple des personnes expulsées de lieux sur lesquels ils intervenaient ou celles concernées par des situations de santé complexes). Concernant le nombre de fiches de descriptifs des terrains d'intervention, une incohérence a été observée certaines années par rapport au nombre de terrains d'intervention renseignés sur les fiches d'indicateurs d'accès à la santé. Cela concerne des fiches transmises à propos de terrains sur lesquels les associations interviennent mais qui ne rentrent pas dans le cadre du programme de médiation sanitaire.

De la même manière, la notion de « personnes suivies » a dû être redéfinie dans le cadre des travaux d'évaluation car la définition n'était pas partagée par tous les médiateurs ce qui pouvait induire des erreurs d'interprétation au moment de l'analyse des données.

- ▶ Si les données présentées dans ce rapport donnent une visibilité de l'étendue du programme au niveau national, l'hétérogénéité des moyens financiers mobilisés par chacun des acteurs de terrain et celle des moyens humains mobilisés pour la mise en œuvre des actions de médiation ne permettent pas la comparaison de l'activité des associations entre elles.

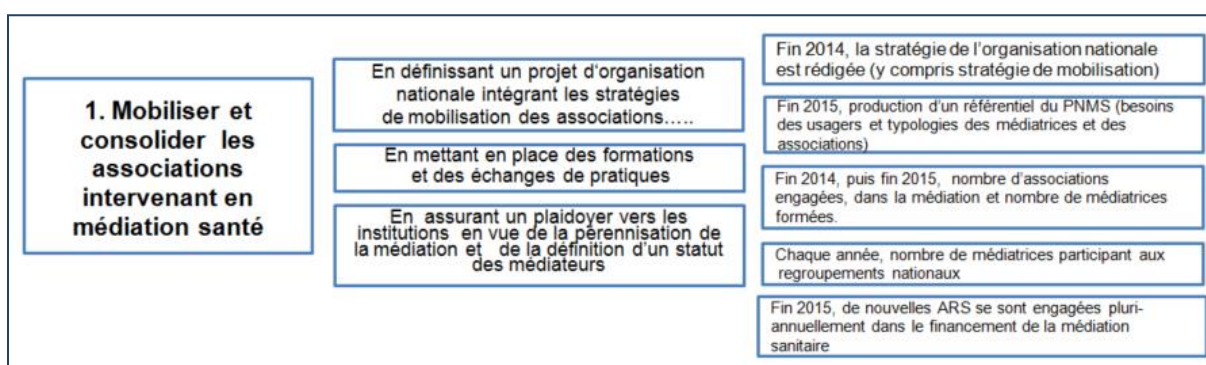
-PARTIE 1-

DÉPLOIEMENT ET PRINCIPAUX RÉSULTATS DU PROGRAMME

3. De 2013 à 2016 comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme, en direction des populations roms vivant en squat et en bidonville ?

3.1. Une mobilisation progressive des associations sur l'ensemble du territoire par la coordination nationale

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé roms (2013-2016)



3.1.1. Un pilotage national du programme

L'évaluation de cette orientation stratégique nous invite à analyser non seulement les conditions dans lesquelles le pilotage national a permis d'assurer un développement progressif des actions, mais aussi en quoi les outils et dispositifs qu'elle a construits (ou co-construits) ont contribué à soutenir et consolider les structures engagées dans la médiation sanitaire.

Ce pilotage national du programme est assuré par une structure qui est aussi « opératrice » du programme. En effet, le positionnement de l'A SAV se situe à la fois en tant qu'acteur de la médiation sanitaire en Ile-de-France mais aussi en tant que pilote et responsable du programme à l'échelle nationale sans toutefois en centraliser les financements. En effet, chaque structure adhérente au PNMS gère sa dotation financière principalement allouée par les Agences Régionales de Santé notamment dans le cadre des PRAPS.

► Un pilotage du programme évolutif sur trois périodes

La période : Expérimentation-Action [2009-2013] -----

Sur cette période qui comprend la période d'expérimentation soutenue par la Direction Générale de la Santé à partir de 2009, le pilotage était principalement assuré par le directeur de l'AŠAV accompagné d'une coordinatrice. Celui-ci était assuré en lien étroit avec la Direction générale de la Santé. Une certaine fluidité des informations et des prises de décisions était observée par la majorité des acteurs. Un comité de pilotage relativement restreint jouait son rôle dans la définition des orientations stratégiques.

La période : Développement national [2013-2015] -----

Cette période couvre la montée en charge du programme avec l'arrivée de quatre nouvelles associations et avec le renforcement d'un équivalent temps plein au niveau de la coordination nationale¹⁰.

L'extension de l'équipe de coordination fut l'occasion de répartir sur deux postes les missions exercées auparavant par une seule professionnelle et de décider d'une nouvelle répartition des missions. D'un pilotage assuré par un binôme « Direction-coordination », le pilotage du programme fut désormais assuré par un binôme « coordination-coordination » supervisé par la direction de l'AŠAV. D'une part, l'une des deux coordinatrices était l'interlocutrice principale de toutes les institutions et partenaires nationaux et européens ; d'autre part, la seconde coordinatrice assurait l'interface avec l'ensemble des structures et médiateurs du programme. Cette période a été jugée plus complexe par les coordinatrices. En effet, cette répartition des secteurs d'intervention aurait dû être complétée par la formulation des modalités de coordination entre ces deux niveaux.

En regard de cette montée en charge, le comité de pilotage s'est considérablement élargi, sans pour autant réussir à dépasser son rôle de « suivi » pour endosser davantage un rôle de « conduite » du programme. Concrètement, les décisions étaient prises en amont au niveau de l'AŠAV puis étaient présentées aux membres du comité du pilotage. Dans un souci d'amélioration de la qualité, cette modalité de prise de décision devra évoluer à l'avenir selon les coordinatrices.

« Il aurait été intéressant que le comité puisse trancher sur certaines orientations, qu'il puisse avoir un rôle de pilotage ».

« De par sa taille, le comité de pilotage peut difficilement prendre des décisions, il y a près de trente personnes autour de la table. »

« La dynamique n'a pas bien fonctionné entre le partage des rôles entre l'AŠAV et le comité de pilotage. C'est dommage. »

Le comité technique quant à lui, se réunit une à deux fois par an. L'essentiel de ses travaux concerne la transférabilité du programme auprès des Gens du voyage, priorité affichée par la Direction générale de la Santé. Sur l'année 2015, il est rappelé que son périmètre a été élargi intégrant certains projets européens dont les objectifs sont partagés avec ceux de l'AŠAV.

¹⁰ La médiatrice de l'AŠAV a quitté son poste pour occuper la fonction de coordinatrice nationale en 2013.

La période : Renouvellement et perspectives [2015-2016] -----

Cette période est marquée par le départ des professionnels fondateurs du programme à l'AŠAV, en l'occurrence le directeur et la coordinatrice responsable du programme initial de Recherche-Action. En cohérence avec cette période de mutation de l'association, un nouvel organigramme est défini au sein de l'AŠAV. Il prend forme lors du premier trimestre 2016.

Actuellement, le pilotage du programme est assuré par une coordinatrice, accompagnée d'une chargée de mission ; cette équipe est supervisée par le directeur de l'AŠAV. Cette nouvelle organisation intervient dans un contexte de développement du programme en direction des Gens du voyage précarisés.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Une organisation de la coordination nationale qui a évolué au cours du déploiement du programme.

Un comité de pilotage rassemblant à la DGS les principaux partenaires du programme et dont le rôle, selon les coordinatrices, pourrait être développé au-delà de celui du suivi du programme.

3.1.2. Des documents de référence établis au niveau national et diffusés auprès des structures participantes : référentiel national, dispositif et fiches de recueil de données

Fort de ses deux années d'expérimentation, **le programme s'est vu doté d'un Référentiel national¹¹** en septembre 2014. Ce dernier est structuré en trois parties :

1. Les objectifs du programme : initialement portés sur la santé maternelle et infantile, la généralisation du programme concerne la population rom plus globalement.
2. Le référentiel du programme : il dresse la définition de la médiation en santé, les postures et profil de médiateur ainsi que leur champ d'intervention, enfin il pose le cadre professionnel du médiateur au sein de la structure employeuse.
3. Le dispositif : il décrit les modalités de gouvernance du programme, les enseignements tirés des deux années d'expérimentation ainsi que les actions dont bénéficient les participants.

Le document a été diffusé progressivement à l'ensemble des associations. Si le référentiel a été diffusé aux quatre nouvelles structures rejoignant le programme en 2014, il faut savoir que les délégations de MdM (Lyon, St-Denis, Marseille) n'ont pas bénéficié d'accompagnement ou de tutorat particulier pour lancer leur démarche au niveau local. Ils ont avant tout bénéficié du soutien

¹¹ Cf. Annexes 1

logistique et méthodologique assuré en interne par MdM France. De fait, sur ces territoires, un projet de médiation sanitaire préexistait au programme. Le Référentiel n'a toutefois été signé que récemment en 2016 par les trois structures ayant participé à la phase expérimentale : AŠAV, Médecins du Monde et le dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord.

Un second document intitulé « Dispositif ¹² » est également cité comme une ressource et présente les principales composantes du programme. Celui-ci est transmis à la demande des structures souhaitant intégrer le programme. Il comprend les pré-requis utiles lors de l'adhésion au programme ainsi que les étapes pour l'intégration d'une nouvelle structure. Il précise aussi le contenu du suivi, notamment le recueil de données à réaliser par chaque médiateur en le différenciant selon les publics cibles.

Les cinq pré-requis nécessaires pour intégrer le programme national :

- **L'intégration des médiateurs 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 étapes nécessaires à l'intégration d'une nouvelle structure :

- **Première étape :** un 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)
- **Seconde étape :** le montage du projet de médiation sanitaire en adéquation avec les objectifs du PNMS en parallèle d'une prise de contact avec les financeurs potentiels
- **Troisième étape :** le dépôt du ou des dossiers de demande de subvention
- **Quatrième étape :** la signature d'une convention de partenariat entre l'AŠAV et la structure porteuse du projet au moment du démarrage du projet.

Selon la coordination, la diffusion des documents de référence aux structures n'est cependant pas suffisante pour une intégration rapide des structures dans le programme. Dans les premiers mois de lancement, un accompagnement constant auprès des médiateurs et de leurs directions respectives demeure essentiel.

À l'usage, il apparaît que les documents-cadre ne sont pas toujours bien appropriés par les structures. Des interprétations de lecture ont été observées. Certains acteurs indiquent par exemple que, lors du démarrage du programme au niveau local, toutes les informations sur le périmètre des interventions n'étaient pas totalement appropriées. Par exemple, certaines structures ont indiqué ne

¹² Cf. Annexes 2.

devoir intervenir que sur un seul terrain au regard des documents cadre tandis que d'autres estimaient pouvoir intervenir sur plusieurs terrains en simultané.

Dans d'autres cas, les missions de médiation sanitaires étaient confondues avec des missions de veille sanitaire ; ce qui s'est traduit notamment par des biais importants au moment de l'analyse des données.

Selon la coordination, l'adhésion au référentiel par les nouvelles structures n'est pas toujours facile. Bien que la mission de médiation sanitaire soit comprise par la majorité d'entre elles, le programme semble avoir pris des formes différentes selon les territoires ou selon la nature de l'organisation. Un questionnement apparaît aujourd'hui au niveau de l'AŠAV sur la nécessité de mieux faire respecter le référentiel au risque de perdre l'adhésion de la structure au programme.

« Il faut trouver un juste milieu entre le fait d'accueillir de nouvelles structures de médiation sanitaire et la nécessité de conserver un cadre d'intervention solide pour garantir la cohérence du programme »

« L'AŠAV n'a pas beaucoup de légitimité pour imposer un cadre fort à certaines associations. Il faut prendre en compte les besoins de la structure et le contexte local de ses interventions en dehors de la médiation sanitaire. »

« Un recadrage est parfois nécessaire selon l'évolution des projets mais il y a quand même un risque d'ingérence. Ce sont leurs projets ; ils obtiennent un financement et ils n'ont pas envie d'avoir un jugement, ce que l'on peut comprendre. »

Selon les contextes et en fonction des demandes de certaines ARS, le projet peut évoluer dans un sens qui ne respecte pas toujours le référentiel d'intervention du programme national. Il est alors difficile pour l'AŠAV d'intervenir car il n'y a pas de responsabilité hiérarchique pour la mise en œuvre des actions. Toutefois, l'action reste labellisée « Programme National » et c'est ici qu'on observe un aspect paradoxal dans la fonction de pilotage.

« On est dans un pilotage parfois compliqué et on accorde beaucoup de souplesse aux structures. C'est normal car il n'y a pas de positionnement hiérarchique. »

« Parfois, un recadrage des objectifs et des modalités d'intervention est nécessaire mais les moyens de pressions sont minimes et nous ne voulons pas faire de l'ingérence dans les associations qui ont rejoint le programme. »

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

La diffusion des documents de référence aux structures entrant dans le programme est nécessaire mais reste à compléter par un accompagnement constant auprès des médiateurs et de leurs directions.

De plus, ces documents sont à améliorer pour s'ajuster aux différentes situations de contexte des structures participantes.

Les fiches de recueil d'informations

▪ Pour les populations roms vivant en squat et en bidonville

Le(s) médiateur(s) de chaque structure collecte les informations une fois par an (en fin d'année de 2013 à 2015) et les communique à la coordination du programme, chargée de les centraliser. Elles sont ensuite transmises au prestataire responsable de la réalisation opérationnelle de l'évaluation qui les agrègera et les analysera.

▪ Pour les 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 est 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'appuie également sur des entretiens réalisés auprès des responsables des projets. Par ailleurs, les projets de médiation auprès des Gens du voyage n'ont pas démarré suffisamment en amont (premier semestre 2015) pour faire 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.

3.1.3. Un développement effectif du programme à partir de 2014

L'augmentation des associations adhérant au programme de 2014 à 2016

Entre 2013 et 2016, on observe une fidélisation des quatre acteurs historiques¹³ du programme qui ont participé à l'expérimentation et l'adhésion au programme fin 2014 de quatre nouvelles structures couvrant les territoires de Marseille, Lyon, Grenoble et Saint-Denis. Il s'agit de trois nouvelles délégations de Médecins du monde (MdM) et de l'association Roms Actions basée à Grenoble. En 2015, l'association RAGV s'engage dans le programme et en 2016 l'association AREA lance un nouveau programme développé dans les bidonvilles de Montpellier, grâce à l'obtention d'un financement de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS). À l'horizon du second semestre le nombre de projets locaux membres est porté à douze, avec l'intégration de les associations Les Forges-Médiation et SOLiHA.

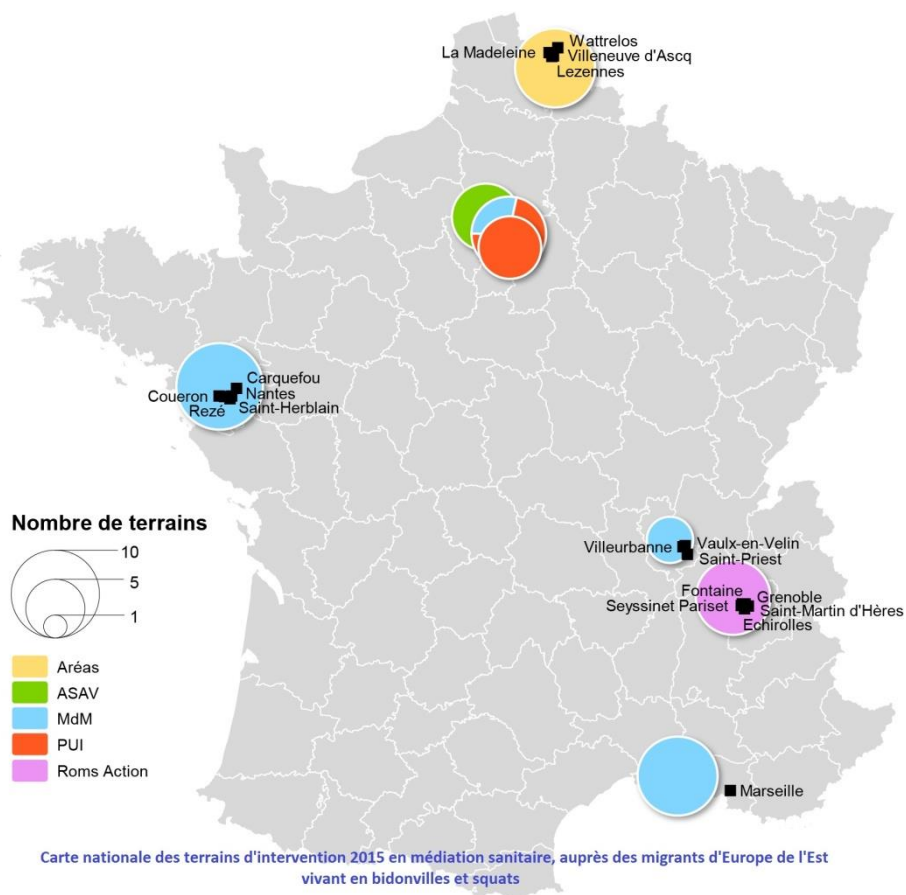
La coordination nationale indique que le nombre de structures adhérentes n'était pas figé : l'objectif principal était d'ouvrir le programme à de nouvelles structures tout en couvrant le territoire national.

De manière générale le programme s'est étendu au niveau national, gardant pour autant une part importante des projets en Ile de France.

¹³ Aréas de la Sauvegarde du Nord, AŠAV, Médecins du Monde Nantes, Première Urgence Internationale.

Le nombre de départements concernés a de fait augmenté. Les lieux d'intervention concernent :

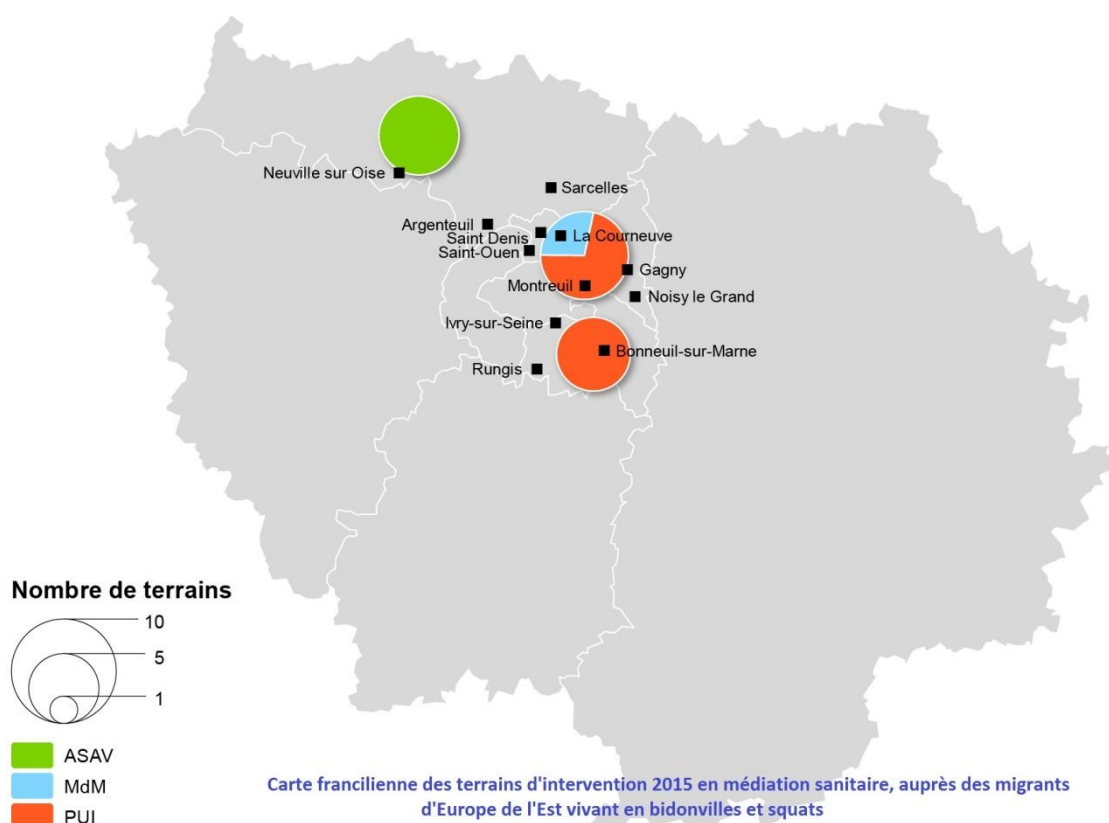
- En 2013, 5 départements: la Loire-Atlantique, le Nord, la Seine-Saint-Denis, le Val de Marne et le Val d'Oise.
- En 2014, les interventions ont eu lieu dans 8 départements ; étaient désormais concernés, au-delà de ceux évoqués précédemment : les Bouches-du-Rhône, l'Isère et le Rhône.
- En 2015, le nombre d'associations et de départements concernés s'est maintenu.



Une majorité des terrains d'intervention sur la période 2013-2015 sont situés en Ile-de-France :

- En 2013, 17 lieux de vie sur 33, soit 52%.
- En 2014, 19 lieux de vie sur 51, soit 37%.
- En 2015, 23 lieux de vie sur 57, soit 40%.

Cela est à rapprocher du fait que l'IDF est la région qui compte le plus de personnes vivant en bidonvilles et qui a enregistré 62% des personnes évacuées de leur lieu de vie en 2015 à l'échelle de la France métropolitaine¹⁴.



De nombreuses associations et fédérations sont mobilisées et interpellent à la fois des élus et les services de l'Etat afin de lutter contre les inégalités de santé des publics les plus défavorisés notamment pour ce qui concerne leurs conditions de vie.

Si l'échelon local paraît pertinent dans une visée stratégique, il n'est pas suffisant en la matière. Une impulsion forte au niveau national est essentielle pour améliorer les conditions de vie et ce sont les directions des structures, plus que les médiateurs, qui sont les plus à même de « porter » cette fonction politique.

¹⁴ Soit 6900 personnes qui ont été évacuées de manière forcée des bidonvilles en Ile-de-France en 2015 selon la LDH et l'ERRC. Voir leur rapport « Recensement des évacuations forcées des lieux de vie occupés par des Roms (ou personnes désignées comme telles) en France », publié en février 2016. Selon la DIHAL dans son rapport de mars 2015, environ 19600 personnes vivent en bidonvilles en France Métropolitaine, dont 7200 en Ile-de-France sur 150 lieux de vie (soit 37% des personnes et 27% des sites). Voir « Etat des lieux national des campements illicites et grands squats au 31 mars 2015 » de la DIHAL.

Dans ce sens, la coordination nationale a mobilisé les structures afin de répertorier l'ensemble des démarches, courriers, prises de positions réalisées sur une année afin de mesurer efficacement les moyens déployés sur cet objectif.

Sur ce sujet, l'impression générale reste négative selon l'ensemble des acteurs impliqués dans le programme. Le nombre d'expulsions ou d'évacuations forcées n'a cessé de croître entre 2013 et 2015. Les professionnels engagés dans le programme ne comprennent pas cette logique paradoxale visant d'un côté à financer un programme de médiation sanitaire tandis qu'une hausse des évacuations de lieux de vie des publics roms vient illustrer une aggravation des situations sanitaires et sociales des populations.

« Plus les gens sont expulsés, plus ils sont précarisés et se retranchent dans des endroits inaccessibles, souvent dangereux pour les enfants. »

« A chaque expulsion d'un bidonville, le programme de médiation sanitaire entre dans une période d'instabilité. Au-delà des conditions de vie des personnes, ce sont également les conditions d'exercice professionnel des médiatrices qui sont mises en danger. »

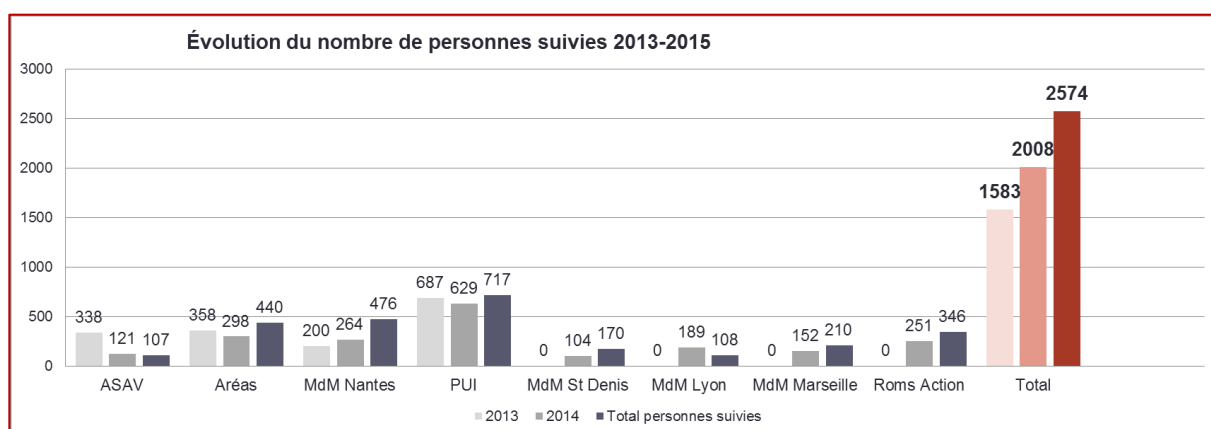
SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Pour améliorer les conditions de vie, la coordination nationale a mobilisé les structures afin de répertorier l'ensemble des démarches, courriers, prises de positions réalisées sur une année afin de mesurer efficacement les moyens déployés sur cet objectif.

Le problème des évacuations reste prégnant sur l'ensemble du territoire. Celles-ci sont nuisibles aux travaux et démarches en cours pour l'accessibilité aux droits et aux soins. Le nombre d'expulsions ou d'évacuations forcées n'a cessé de croître entre 2013 et 2015.

Une augmentation du nombre de personnes bénéficiaires du programme

Avec l'intégration de ces nouveaux acteurs, en 2015 on comptait plus de 2 500 personnes bénéficiaires du programme contre 1 500 en 2013.



A travers les témoignages des acteurs, le soutien apporté par l'ASAV, pour l'intégration de nouvelles structures semble être adapté et a été construit au regard des réalités de terrain.

3.1.4. Des attentes en matière de réflexion stratégique et de concertation inter-associative

Au-delà du référentiel qui constitue un cadre à l'action, l'intégration se matérialise par une aide à la recherche de financeurs potentiels publics et/ou privés, la mise à disposition d'outils pratiques pour mobiliser partenaires et financeurs potentiels (plaidoyer, présentation du programme) ; ou encore la participation de la coordination nationale aux instances locales de mobilisation (rencontres de l'ARS, comité de pilotage...).

Avant d'intégrer le programme, les structures avaient comme attentes principales :

- échanger sur le positionnement des médiatrices, les partenariats, les stratégies d'actions afin de bénéficier de références communes adaptables aux réalités locales,
- s'inspirer des pratiques des autres,
- élaborer un plaidoyer transversal,
- être guidés en matière de définition des objectifs et de recueil de données,
- bénéficier de textes pouvant constituer une référence pour les nouvelles médiatrices lors des prises de poste.

Aujourd'hui les structures membres semblent dans l'attente de la construction d'une stratégie d'action.

Certains des représentants associatifs ont eu l'opportunité de participer à la phase expérimentale du programme et ont contribué aux réflexions qui ont précédé son essaimage. Aujourd'hui, les concertations entre l'AŠAV et les responsables des associations participantes se font rares et ne sont pas encore véritablement formalisées (Une rencontre annuelle prévue); ce sont les médiateurs principalement qui assurent un relais d'information entre leur employeur et l'AŠAV.

Le comité de pilotage annuel, qui vise à faire le point sur les réalisations de l'année écoulée ainsi que les perspectives du programme, est à ce jour le principal temps de rencontre et de concertation des représentants des associations participantes que sont les supérieurs hiérarchiques des médiateurs. Or, ils pourraient constituer pour le programme un véritable levier d'actions notamment en termes de plaidoyer, qui est encore trop peu visible tant au niveau local que national.

De ce fait, les responsables associatifs manquent de visibilité sur le travail mené par l'AŠAV au niveau national et européen et de temps de concertation partagés. En effet, plusieurs associations ont exprimé leur frustration quant au manque de lien entre eux et la coordination nationale. Si les associations participantes identifient bien l'animation du réseau de médiateurs et l'impact positif du programme sur les pratiques de médiation, elles estiment manquer d'informations relatives aux actions de plaidoyer et aux partenariats européens.

Les médiateurs reçoivent des directives de leur employeur et chaque association participante dispose d'objectifs et de spécificités d'actions propres parallèlement aux objectifs du programme national. S'il n'y a pas de divergences fondamentales entre les objectifs associatifs et ceux du programme, il est cependant nécessaire que les associations aient une vision globale du programme. Il n'est pas rare que les médiateurs soient dans l'impossibilité de répondre aux attentes du programme de médiation sanitaire, en termes de recueil de données par exemple, les associations disposant déjà de leurs propres indicateurs de suivi et d'évaluation et ne pouvant se permettre de démultiplier les

temps recueils de données. Cela a un impact sur le traitement des données par l'AŠAV à l'échelle nationale, notamment pour l'évaluation car les données recueillies diffèrent d'une association à une autre. Ces questions pourraient être solutionnées via l'instauration d'un dialogue régulier entre les responsables associatifs et la coordination nationale.

« Nous avons besoin de temps de construction entre associations participantes. Nous faisons un tour de table, chaque année, en amont du comité de pilotage mais cela n'est pas assez, je souhaiterais que ce temps soit plus structuré. Cela est mis en place pour les médiateurs, cela manque pour la hiérarchie et les responsables. »

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Aujourd'hui les acteurs membres semblent dans l'attente de la construction d'une stratégie d'action.

Les concertations entre l'AŠAV et les responsables des associations participantes sont rares et ne sont pas encore véritablement formalisées.

Les responsables associatifs manquent de visibilité sur le travail mené par l'AŠAV au niveau national et européen. La mise en place d'une stratégie plus partagée est attendue.

3.1.5. Un accompagnement de qualité du réseau de médiateurs

L'AŠAV assure un accompagnement de proximité de l'ensemble des médiateurs du programme. Aujourd'hui on peut parler **d'un réseau constitué de quatorze personnes**. Un équivalent temps plein est dédié au sein de l'AŠAV à la mise en réseau des projets locaux et à l'animation et le pilotage du réseau de médiateurs.

Organisées cinq fois par an en session de deux jours, les rencontres nationales des médiateurs sont structurées en plusieurs temps de concertation et de capitalisation. L'animation de ce réseau par l'AŠAV se matérialise par :

- un développement des compétences via une **formation initiale** de 5 jours,
- **un partage d'expériences et d'outils via une plateforme de partage de documents** dématérialisés. Dans un souci d'harmonisation des pratiques, la coordination nationale a réalisé une mise en ligne des tous les outils et supports pédagogiques¹⁵ utilisés dans le cadre du programme.

¹⁵ Cette mise en ligne est assurée via l'interface Dropbox. Elle permet aux coordinateurs et aux médiateurs de bénéficier d'une mise à jour de toutes les données utiles à l'amélioration des techniques d'intervention en médiation sanitaire. L'ensemble des documents produits dans le cadre du programme sont également diffusés.

- **une supervision** avec la tenue de séances d'analyses de la pratique organisées 5 à 6 fois par an, à Paris et animées par une psychologue du travail,
- **une mise en réseau avec la tenue de séances d'échanges de pratiques** organisées 5 à 6 fois par an à Paris et animées par l'AŠAV,
- un développement des compétences via des **formations continues et des temps de travail dédiés aux outils de prévention**,
- **un soutien par la coordination qui peut se déplacer en région**, au sein des associations, en fonction des besoins.

La figure ci-après présente de manière plus détaillée le contenu et les modalités pédagogiques de chaque session.

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 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.

Temps d'analyse de la pratique

- Animés par une psychologue, ce dispositif vise 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
- 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.

Temps consacrés aux 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, 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/teurs participent également à la construction d'outils de prévention santé sur différentes thématiques: santé sexuelle, la tuberculose et le suivi de grossesse.
- Un groupe de travail réunit deux fois par an les médiatrices/teurs du programme ainsi que des représentants de l'Inpes pour mutualiser, créer et adapter à un public allophone et/ou illettré et au territoire visé. Les médiateurs participent également au test des outils réalisés par l'Inpes pour en améliorer l'accessibilité.

Temps de formation

- 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 materno-infantile, 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.

Thèmes traités et participants aux regroupements des médiateurs réalisés de 2013 à 2015

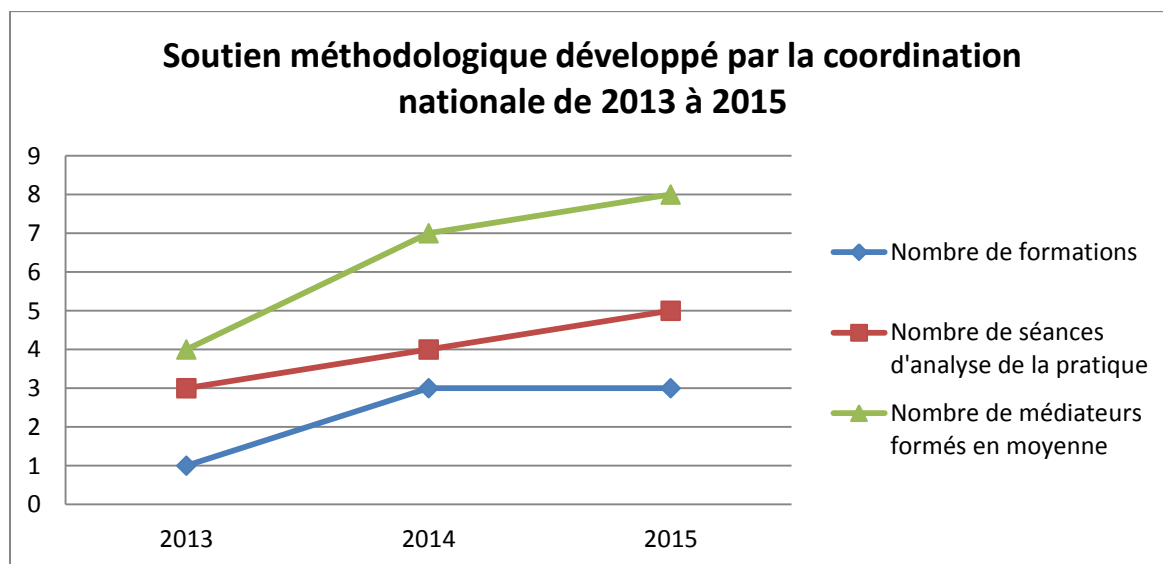
De 2013 à 2015, les cycles de formations et d'échanges de pratiques se sont progressivement développés pour gagner en compétence sur les différents domaines que couvrent la médiation sanitaire mais aussi pour répondre au besoin des médiatrices d'échanger sur les situations rencontrées dans le cadre de leurs pratiques professionnelles et construire collectivement les repères méthodologiques du métier.

Au-delà du lancement du cycle d'analyse de la pratique (4 séances en moyenne par an), l'année 2013 a permis la mise en place d'une première formation consacrée à l'éducation à la santé et l'interculturalité.

En 2014, trois formations se sont déroulées dans le cadre du programme. La plus importante concerne la formation initiale de médiation sanitaire d'une durée de cinq jours. Celle-ci a réuni dix médiateurs sanitaires. D'autre part, deux autres cycles de formations ont été proposés - l'un consacré aux violences faites aux femmes et le second a concerné la prise en charge du saturnisme.

En 2015, deux nouveaux cycles de formation ont vu le jour. Ils ont été mis en place par la coordination pour répondre aux besoins exprimés par les médiatrices lors des regroupements nationaux. Ils concernent deux thématiques importantes : la prévention et la prise en charge des addictions et l'accompagnement des personnes en fin de vie.

En 2016, une nouvelle formation socle consacrée au métier de médiation sanitaire a été organisée. Par ailleurs, une formation aux premiers secours ainsi qu'une formation spécifique consacrée à l'approche communautaire en santé ont été programmées.



La régularité des séances d'analyse de pratique apporte aux médiateurs un véritable soutien dans l'exercice de leurs fonctions. Ils estiment que ce soutien est essentiel à la qualité de leurs interventions. Les évaluations internes sont positives.

La coordination nationale indique que les moyens déployés sur les temps de formations et d'analyse de la pratique sont supérieurs à ceux énoncés au démarrage du programme. Initialement, trois

échanges de pratiques étaient programmés dans le cadre du programme. Finalement ce sont cinq sessions qui sont organisées par la coordination nationale en cohérence avec les exigences dédiées à l'analyse de la pratique.

Les rencontres qui réunissent l'ensemble du réseau dans les locaux de l'AŠAV, permettent une mise à distance, nécessaire à l'ensemble des professionnels impliqués dans le programme.

« Les échanges de pratiques, sont intéressants, cela permet de voir que les choses se font ailleurs de façons différentes, ça inspire. Cependant, cela peut être frustrant pour ceux qui ont moins de moyens au niveau associatif. »

« On exerce le même métier, on rencontre les mêmes problématiques mais nous n'avons pas les mêmes réalités de terrain, c'est important de pouvoir se rencontrer et échanger sur nos pratiques. »

L'animation du réseau de médiateurs par l'AŠAV contribue à rompre le sentiment d'isolement de certains. En ce qui concerne les temps d'échanges de pratiques, on observe qu'à travers le développement du programme, leurs formats ont progressivement évolué. Ceux-ci sont animés par une coordinatrice de l'AŠAV qui est également en charge de l'animation du groupe « outils de prévention »¹⁶. Les temps de concertation concernent aujourd'hui soit des thématiques communes identifiées par les médiateurs soit une situation jugée complexe en matière de médiation et d'accompagnement. Ont été ainsi abordés : l'approche en santé communautaire, le rôle du médiateur lors d'actions collectives notamment en matière de dépistage ou encore le sens donné à « l'amélioration de l'autonomie ».

Des marges de progrès en matière de techniques d'animation sont identifiées par la coordination nationale afin que chacun puisse s'exprimer.

Les formations continues, proposées au regard des problématiques que les médiateurs abordent lors des temps d'échanges de pratiques, favorisent la montée en compétences des professionnels et la construction d'une culture commune de ce réseau dont les membres disposent de formations initiales et de parcours divers.

La formation socle

Une formation socle initiale d'une semaine sur Paris est aussi proposée à chaque médiateur. Cela représente un engagement de la structure inscrite dans chaque convention.

La coordination nationale est responsable de la cohérence et du format proposé ; toutefois, l'ensemble des modules de formation réparti sur cinq jours est confié à des prestataires externes tels que : France Médiation, le CRIPS, MdM, Institut Renaudot, la PASS de l'hôpital de Pontoise, la PMI de Seine-Saint Denis, un sociologue, le Planning Familial 44.

¹⁶ Le groupe « outils de prévention » a été lancé en juillet 2015. Il a permis de valoriser le travail de certains médiateurs (à Nantes ou à Grenoble) grâce au financement du Conseil Régional et de l'INPES. Il concrétise les travaux et réflexions issus des temps d'échanges de pratiques.

Au terme de la formation, il est attendu que les médiateurs soient en capacité :

- De comprendre le cadre déontologique et la posture de médiation, pour être capable de s'appuyer sur ces repères et une méthodologie d'écoute active dans leurs interventions.
- De maîtriser, dans les généralités, l'organisation du système de santé en France (offres de soins, prévention et droits sociaux et à la santé) ; et d'acquérir des connaissances de base en santé publique (santé materno-infantile, prévention, approche communautaire), pour être capable d'informer, mobiliser et d'orienter les personnes et de travailler au mieux avec les acteurs de santé.
- De mieux connaître les déterminants de santé des publics accompagnés, notamment les conditions socio-économiques et la précarité sanitaire liée à l'habitat pour pouvoir les repérer comme éléments explicatifs de l'état de santé
- De s'appuyer sur des éléments sociologiques et ethnologiques sur le fonctionnement des communautés roms d'Europe de l'Est en situation de migration pour pouvoir mettre en rapport leur contexte d'origine (dont le système de santé en Roumanie) et les conditions de départ et d'accueil (fonctionnement des bidonvilles).

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Selon les médiatrices, le soutien apporté par les rencontres qui les réunissent sur deux jours est essentiel à la qualité de leurs interventions. Les évaluations internes sont positives. Un temps supérieur à celui prévu initialement leur a été dédié : de 3 à cinq sessions par an ont été organisées.

Des marges de progrès en matière de techniques d'animation sont identifiées par la coordination nationale afin que chacun puisse s'exprimer.

3.1.6. Une valorisation des bonnes pratiques soutenue par la coordination nationale mais une capitalisation encore partielle

Une valorisation et une capitalisation des expériences sont effectuées sous forme de rédaction de « fiches d'expérience » présentant des situations ou problématiques concrètes auxquelles ont été confrontés les médiateurs ainsi que les moyens et la stratégie mis en œuvre pour y répondre.

À ce jour, 17 fiches-expérience ont été réalisées par les médiateurs du programme. Elles sont mises à disposition sur la plateforme du programme mais ne font pas encore l'objet de valorisations externes. Elles traitent de nombreuses thématiques telles que l'examen en bilan de santé, la levée d'un blocage administratif pour l'accès à la couverture maladie ou l'éducation à la santé par la photographie.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Ces « fiches d'expérience » sont reconnues comme riches d'enseignements pour les médiateurs, cependant, ceux-ci expriment leur frustration quant au temps qu'ils peuvent dégager pour cette capitalisation.

3.1.7. Des financements et des soutiens pluriannuels en progression

Au niveau national, outre le financement par la DGS, l'ASAV a bénéficié du soutien de la Fondation de France, de l'INPES et de la région Ile-de-France dans une moindre mesure.

Au niveau local, en 2015, les crédits alloués par les six ARS contributrices au programme de médiation sanitaire sont estimés à 450 000 euros. A noter la part conséquente des ressources financières attribuées par l'ARS IDF et l'ARS Rhône-Alpes.

Il convient également d'observer qu'au cours de ses trois dernières années, une majorité des associations engagées ont pu bénéficier d'un dialogue concerté avec leurs ARS respectives. Celui-ci a abouti à la signature de nombreuses conventions pluriannuelles. (7 promoteurs/10).

Les Directions Départementales de la Cohésion Sociale du Rhône, de l'Hérault et le Conseil Régional des Pays de Loire contribuent également financièrement aux projets locaux de médiation sanitaire.

Mais tous les projets locaux de médiation sanitaires présentés aux ARS n'ont pas été soutenus : l'ARS Poitou-Charentes n'a pas souhaité répondre favorablement à la demande de financement de trois centres sociaux ayant mobilisé leurs équipes dans le lancement du programme de médiation sanitaire auprès des Gens du voyage.

Tableau des subventions aux associations pour le Programme national de médiation sanitaire (2013-2015)

Association	2013	2014	2015	Evolution 2013-2015
AŠAV Coordination PNMS	80 000 euros de la DGS et 30 000 euros de l'Inpes	80 000 euros de la DGS, 39 600 euros de l'Inpes (dont 9 600 euros fléchés pour le projet « outils de prévention ») et 10 000 euros de la Fondation de France.	80 000 euros de la DGS, 30 000 euros de l'Inpes et 9600 euros du Conseil Régional d'Ile-de-France (subvention fléchée pour le projet « outils de prévention »)	
AŠAV Projet médiation 95	Subvention ARS de 40 000 euros	Subvention ARS de 40 000 euros	Subvention ARS de 40 000 euros	
Dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord	Subvention ARS de 39 188 euros	Subvention ARS de 146 118 euros qui comprend le projet de médiation sanitaire ainsi que l'intervention de deux d'infirmières.	Subvention ARS de 146 118 euros qui comprend le projet de médiation sanitaire ainsi que l'intervention de deux d'infirmières.	
Première Urgence Internationale	Le budget total du projet est de 158 000 euros. Il comprend l'intervention des deux médiatrices sanitaire et celle d'une d'infirmière. L'ARS Ile-de-France apporte son soutien financier au projet « squat et bidonvilles » et la Fondation de France finance la permanence de médiation sanitaire à l'hôpital Delafontaine.	Le budget total du projet est de 152 350 euros. Celui-ci comprend l'intervention des deux médiatrices sanitaire et celle d'une d'infirmière. L'ARS Ile-de-France apporte son soutien financier au projet squats et bidonvilles et la Fondation de France finance la permanence de médiation sanitaire à l'hôpital Delafontaine.	Le budget du projet de médiation sanitaire est de 185 000 euros et il est entièrement supporté par l'ARS Ile-de-France (le budget comprend l'intervention des deux médiatrices sanitaire et celle d'une infirmière, responsable du projet de médiation sanitaire).	
MdM Nantes	Le budget total du projet est de 65 701 Euros. Le Conseil Régional ainsi que l'ARS Pays de Loire apportent leur	Le budget total du projet est de 58 860 Euros. Le Conseil Régional ainsi que l'ARS Pays de Loire apportent leur	Le budget du programme médiation bidonvilles est de 79 834 Euros (dont 47 815 Euros de valorisation	

	soutien financier, respectivement à hauteur de 10 000 Euros et 31 000 Euros par an.	soutien financier, respectivement à hauteur de 10 000 Euros et 31 000 Euros par an. Le RSI a contribué au projet à hauteur de 375 Euros.	personnel bénévole) en 2015. Le Conseil Régional ainsi que l'ARS Pays de la Loire apportent leur soutien financier, respectivement à hauteur de 10 000 Euros et 31 000 Euros par an. La mairie de Nantes a financé le programme pour la première fois, à hauteur de 3 000 Euros.	
MdM St Denis	Action non intégrée au programme en 2013	Le budget du projet bidonvilles, qui inclut entre autres l'intervention de la médiatrice sanitaire, s'élève à 240.770 euros. L'ARS Ile-de-France ainsi que le Conseil Régional de la région Ile-de-France y apportent leur contribution financière.	Le budget du projet bidonvilles, qui inclut entre autres l'intervention de la médiatrice sanitaire, s'élève à 240.770 euros. L'ARS Ile-de-France ainsi que le Conseil Régional de la région Ile-de-France y apportent leur contribution financière respectivement à hauteur de 111.000 euros et de 17 500 euros. Le reste du budget est assuré en fonds propres par MdM.	
MdM Lyon	Action non intégrée au programme en 2013	Le budget du projet de médiation sanitaire en 2014 est de 58819 Euros. L'ARS et la DDCS contribue respectivement à hauteur de 40000 et 15000 Euros.	Le budget est de 65 347 euros. L'ARS et la DDCS contribuent respectivement à hauteur de 50 000 euros et de 13 000 euros.	
MdM Marseille	Action non intégrée au programme en	De septembre 2013 à décembre 2014, l'ARS PACA a	Le budget réalisé de la mission bidonvilles (qui	

	2013	accordé une subvention de 79 193 euros à la délégation dont une partie est dédiée au projet de médiation sanitaire.	comprend l'intervention des médiateurs sanitaires) est de 215 931 €. Le montant des subventions est de 82 000 € (l'ARS est le principal bailleur et soutient financièrement le projet à hauteur de 50 000 euros).	
Roms Action	Action non intégrée au programme en 2013	Le budget du projet de médiation sanitaire en 2014 est de 42 283€. Il comprend une subvention de 30 000 de l'ARS Rhône-Alpes.	L'ARS Rhône Alpes apporte une contribution financière de 34 000 euros au projet de médiation sanitaire.	
RAGV	Action non intégrée au programme en 2013	Action non intégrée au programme en 2014	L'ARS Normandie apporte une contribution financière de 37 000 euros au projet de médiation sanitaire.	
Association	Convention Pluriannuelle O/N	Sources de financement (ARS, DGS, Fondation de France, ...)	Date de la convention pluriannuelle	Durée
AŠAV Coordination	Oui Non Non	DGS INPES Conseil Régional IDF	2013	3 ans
AŠAV Projet de Médiation	Oui	ARS IDF	2012	3 ans
Dispositif Aréas de la Sauvegarde Nord	Oui	ARS NPC-Picardie	2013	3 ans
PREMIÈRE URGENCE INTERNATIONALE	Non	ARS IDF Fondation de France		

MdM Nantes	Non	ARS Pays de la Loire Conseil Régional des Pays de Loire Mairie de Nantes RSI		
MdM St Denis	Non Non	ARS IDF Conseil Régional Ile-de-France		
MdM Lyon	Oui	ARS Rhône-Alpes DDCS du Rhône	2015	3 ans
MdM Marseille	Non	ARS PACA Conseil départemental Conseil Régional Mairie de Marseille		
Roms Action	Oui	ARS Rhône-Alpes	Depuis 2016	3 ans
RAGV	Oui	ARS Normandie	Depuis 2016	3 ans

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

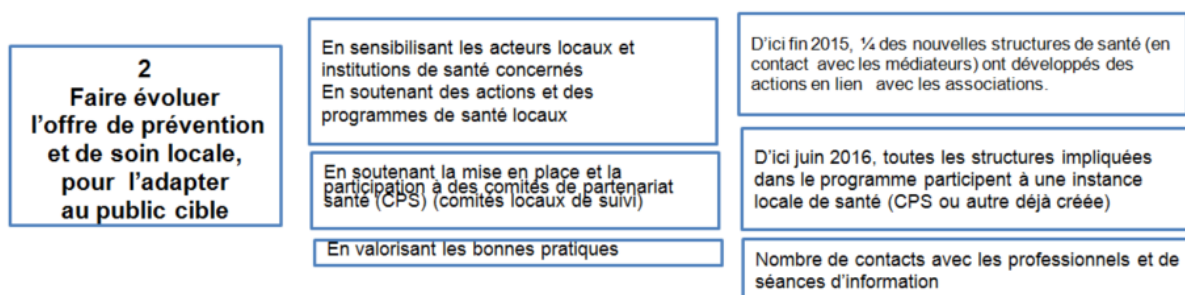
Des ARS impliquées initialement via des conventions annuelles mais une émergence des soutiens pluriannuels qui permettent la pérennisation relative des actions et des postes de médiateurs.

La contribution de co-financeurs tels que les DDCS, conseil régionaux est encore rare.

Des demandes encore insatisfaites pour répondre aux besoins malgré des projets construits en partenariat (exemple de la région Poitou-Charentes pour le déploiement du programme en direction des Gdv).

3.2. Une mobilisation progressive des acteurs locaux par les médiateurs

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé roms (2013-2016)



Pour faire évoluer l'offre de prévention et de soins locale en s'adaptant au public cible, la coordination nationale a développé ses actions selon plusieurs axes : sensibilisation des acteurs locaux, soutien à des programmes et actions locaux, soutien à la participation des acteurs du programme à des instances locales partenariales et valorisation des bonnes pratiques.

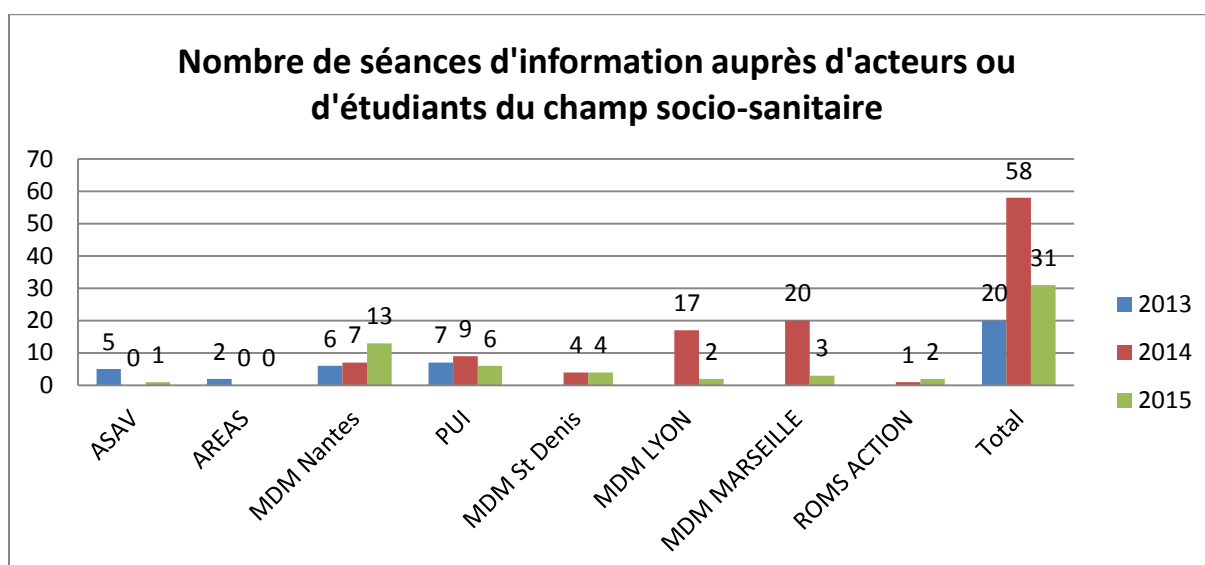
L'instance Pluraliste d'Évaluation a déterminé plusieurs indicateurs clé pour analyser à la fois l'évolution de l'offre de prévention mais aussi celle de l'offre de soins locale. Dans cette visée, nous avons interrogé la capacité des programmes locaux à créer du réseau avec les organisations sanitaires et sociales, à piloter ou à intégrer des instances locales de santé. Enfin, nous avons mesuré l'évolution du nombre d'interventions extérieures partenariales sur les bidonvilles.

3.2.1. Une forte progression du réseau de partenaires santé mobilisés par des actions d'information et des interventions communes

De nombreuses démarches sont mises en œuvre pour contribuer à développer des actions conjointes avec les acteurs locaux qui auparavant n'intervenaient que très partiellement sur les lieux de vie.

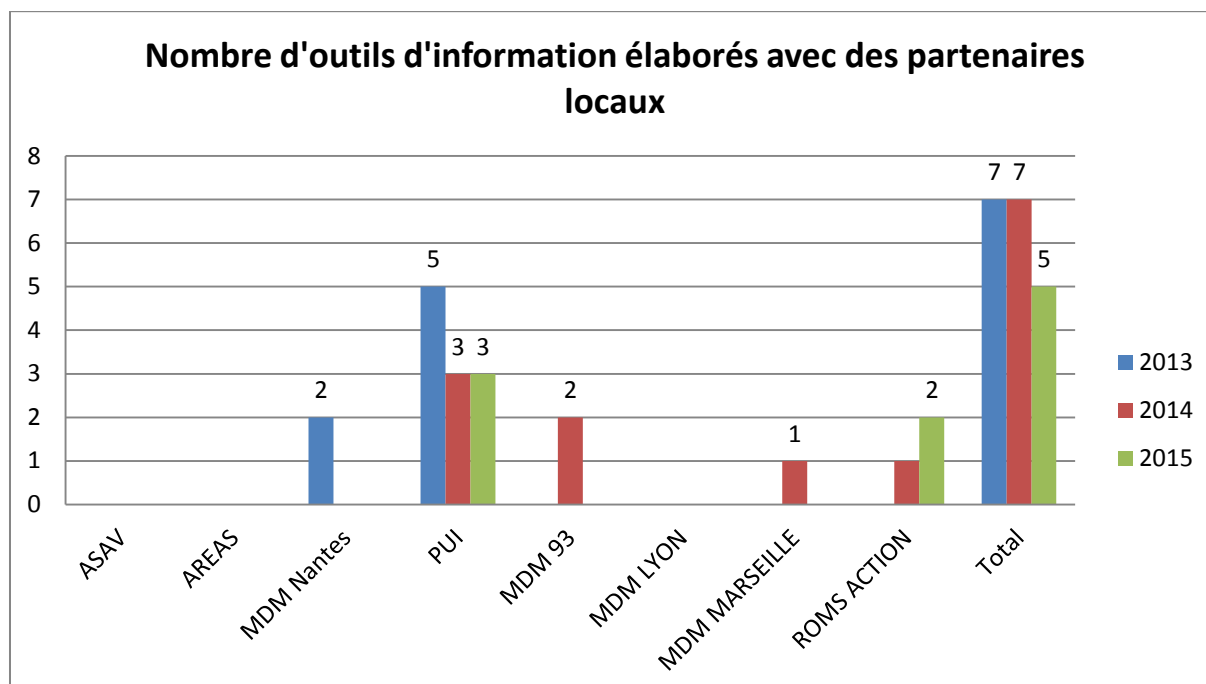
On constate une forte progression du réseau de partenaires santé mobilisés. On compte en 2015, 205 structures de santé partenaires, soit une progression de 80% de nouveaux acteurs mobilisés (92 de plus qu'en 2014). Il s'agit en grande majorité de collaborations impliquant des sages-femmes, puéricultrices, médecins gynécologues ou équipes mobiles de PMI en cohérence avec l'historique du programme, mais aussi des centres de vaccination, équipes psychiatriques et centres de lutte anti-tuberculose.

Plusieurs démarches sont mobilisées par les médiateurs pour faire connaître le programme localement et sensibiliser les acteurs socio-sanitaires sur les conditions de vie des populations et leurs difficultés d'accès à la santé, notamment : séances d'information, élaboration d'outils en partenariat, visites communes sur les lieux de vie, réunions partenariales.



- ▶ **Entre 2013 et 2015, on observe une nette diminution des séances avec une baisse de 50% du nombre de sensibilisations menées auprès des professionnels ou futurs professionnels socio-sanitaires sur la dernière année.** Il convient de préciser que l'effort consacré par les associations dans ce domaine en 2014 était conséquent avec une forte activité réalisée par les délégations MdM de Lyon et Marseille (plus de 50% de l'activité).
- ▶ **Une hétérogénéité dans les moyens consacrés à la sensibilisation des acteurs.** Quatre acteurs se démarquent particulièrement dans les sensibilisations réalisées. Il s'agit des coordinations de MdM à Nantes, Lyon et Marseille ainsi que PUI en Seine-Saint-Denis (avec en moyenne plus de 8 séances d'informations réalisées annuellement).
- ▶ **Une hétérogénéité dans les acteurs sensibilisés.** Les actions de sensibilisation se caractérisent en majorité par des temps de communications lors de colloques, réunions, séminaires organisés avec des collectivités locales (Mairie, Conseils Départementaux, Conseils Régionaux) avec des PMI, centres sociaux, et réunissant des professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes), des travailleurs sociaux ou encore des agents d'accueil en CHU, en Centres de santé ou CPAM.
- ▶ Les actions menées auprès d'étudiants sont réalisées en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), auprès d'élèves du Diplôme Universitaire « Santé, Précarité, Solidarité » ou de Master Economie Sociale et Solidaire.

3.2.2 Des outils d'information ou sensibilisation réalisés avec les partenaires locaux et destinés aux populations



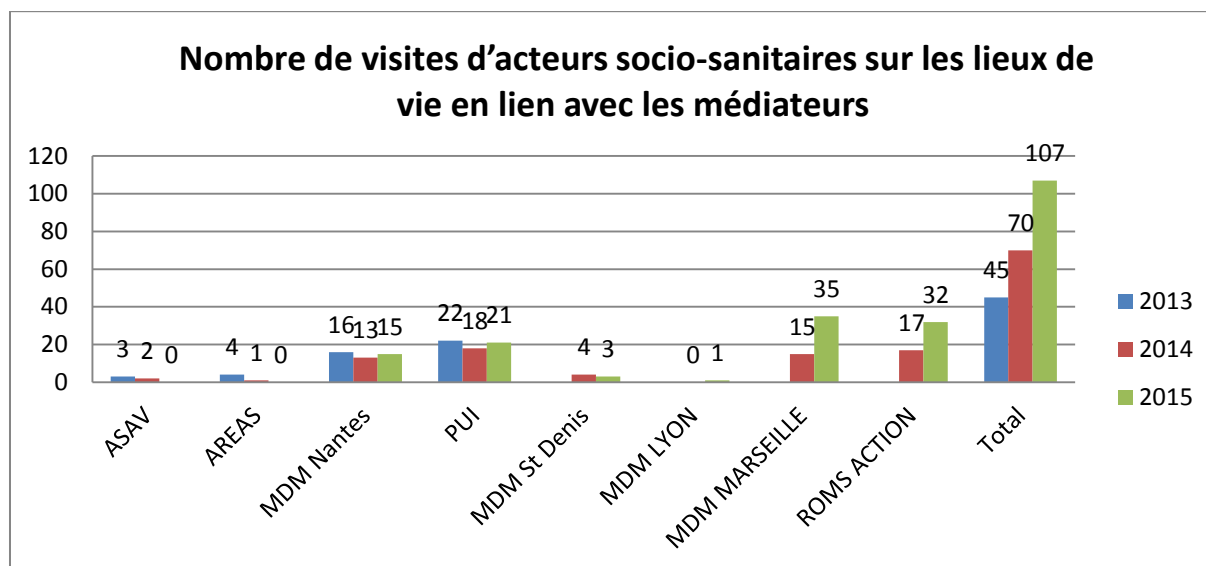
- ▶ Cet indicateur a été jugé pertinent pour évaluer le degré de mobilisation des professionnels par la médiation sanitaire.
- ▶ En ce qui concerne la création d'outils d'information ou de sensibilisation auprès des populations, **on comptabilise 18 outils créés dans le cadre du programme national de médiation sanitaire**. On constate encore une disparité des moyens mobilisés par les structures. Les coordinations MdM sont très actives sur ce domaine ainsi que PUI et dans une moindre mesure l'association Roms Action. Les médiateurs expliquent que, si cette activité est essentielle dans le renforcement des partenariats, ils précisent aussi que cela mobilise beaucoup de temps surtout lorsque cette activité repose sur un seul professionnel. La taille de l'équipe de médiation ou la présence de bénévoles de l'équipe semble un facteur qui peut expliquer les écarts de mobilisation entre structures.
- ▶ Les outils réalisés correspondent aux besoins exprimés par les familles et à l'observation de l'état de santé des populations par les professionnels de la santé. Ainsi, ont été réalisés : Un carnet de Maternité (CAR'MAT), un support vidéo de sensibilisation sur les hépatites, des documents en roumain sur le fonctionnement des urgences pédiatriques, la déclaration de naissance, l'accès à la CPAM, l'éducation aux droits et santé sexuelle et reproductive ; mais également de nombreux supports graphiques facilitant la compréhension d'interventions en milieu hospitalier (Conseils post-IVG, le déroulement d'une péridurale, les conditions d'une anesthésie en ambulatoire) ou le parcours de soins (fiches d'orientation et rendez-vous, carte de coordination entre famille, médecin traitant et PMI).
- ▶ Novascopia a observé des approches spécifiques pour certaines populations en fonction de l'âge et du sexe. Au regard des données sociodémographiques des bidonvilles, de

nombreuses interventions concernent des actions collectives en direction des femmes et des enfants.

- ▶ Pour surmonter les difficultés auxquelles sont confrontés les publics illettrés ou personnes maîtrisant mal le français, les supports d'information en santé les plus usités sont ceux qui se caractérisent par une très forte présence de dessins, d'images, de photos ou encore l'utilisation de supports vidéo.
- ▶ **Lors des échanges de sensibilisation individuelle, de nombreuses thématiques sont abordées.** Les médiatrices sensibilisent et informent les personnes sur de nombreux sujets de santé. Parmi les thèmes les plus souvent abordés, on retrouve : l'accès à la domiciliation et l'ouverture de droits, le suivi de grossesse, la vaccination des enfants, les moyens de contraception, le suivi gynécologique, l'alimentation des enfants, le dépistage de la tuberculose et la santé bucco-dentaire.
- ▶ **Les séances de sensibilisation collective sont souvent animées en collaboration avec un professionnel de santé ou une structure de prévention partenaire.** Elles concernent prioritairement les thématiques suivantes : santé sexuelle, la prévention et l'hygiène bucco-dentaire, l'organisation du système de santé (AME, PASS, PMI...) et l'alimentation.
- ▶ **D'autres pratiques caractérisent de manière forte la médiation sanitaire sur les terrains, tels les accompagnements physiques vers des services de santé.** Selon les structures et la localisation géographique des lieux de vie, ils prennent des formes diverses et variées. Ils sont souvent réalisés en utilisant les transports en commun ou à pied afin que les personnes puissent repérer et situer sur une carte le trajet pour se rendre dans le service de santé adapté à ses besoins. Le médiateur peut également donner rendez-vous directement à la personne sur le lieu de consultation ou le lieu de prévention. Au-delà des enjeux d'interprétariat, cela permet de positionner clairement le rôle de la médiation auprès des professionnels de santé. Cette action permet également de renforcer les liens de confiance structurant la pratique de médiation sanitaire auprès des familles.¹⁷
- ▶ **Pour développer l'autonomie des personnes et favoriser une meilleure connaissance des services de santé au niveau local, sont aussi évoquées les « actions-relais »** effectuées par des personnes du lieu de vie auprès de leur entourage (orientations, accompagnements, information/sensibilisation). Sous l'impulsion du travail des médiateurs sur les lieux de vie, d'autres personnes (voisins, familles) maîtrisant souvent mieux le français accompagnent les personnes ayant des problématiques de santé. Cela permet un meilleur repérage des lieux mais aussi une amélioration du suivi médical. Il convient tout de même de rappeler que l'accompagnement dans les structures de santé par un proche, notamment pour réaliser un service d'interprétariat, comporte plusieurs écueils : en termes de confidentialité, de qualité de la traduction mais également en termes d'accès aux soins (par exemple, si l'accompagnement par un proche francophone est exigé par une structure de santé).

¹⁷ Cf. Annexes n°7, 8 et 9, « Témoignages des médiatrices ».

3.2.3 Un soutien à des actions locales sous forme de visites communes des médiatrices avec les acteurs socio-sanitaires sur les lieux de vie



- ▶ Entre 2013 et 2015, le nombre de visites d'acteurs socio-sanitaires a considérablement augmenté.
- ▶ On observe un nombre d'interventions particulièrement important sur quatre projets de médiation sanitaires portés par Roms Action, MdM Marseille, PUI, MdM Nantes.
- ▶ Les principaux acteurs socio-sanitaires sont les professionnels de PMI, des puéricultrices, les équipes de la protection de l'enfance, les travailleurs sociaux de la PASS ou de Centre d'Accueil Médico-Socio-Psychologique ou encore des équipes de sages-femmes.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Une forte progression du réseau de partenaires mobilisés comme en témoigne le nombre d'outils co-construits ainsi que le nombre de visites communes sur les lieux d'intervention.

Des outils de prévention mutualisés correspondant aux besoins des populations au regard des situations rencontrées sur les terrains.

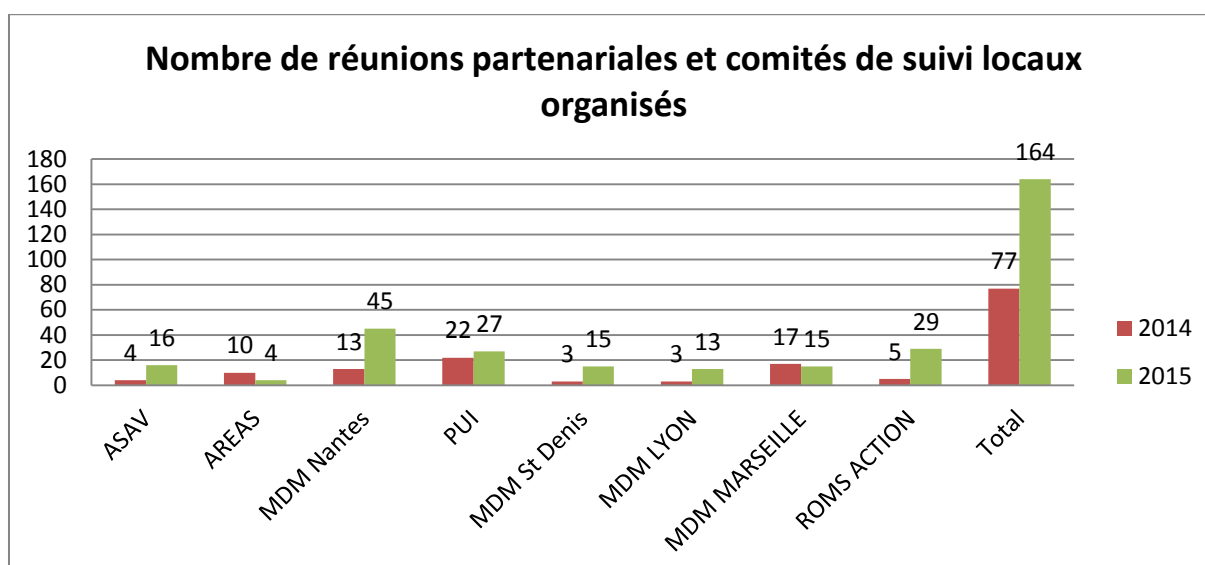
Une diversité de moyens pour diffuser les messages et renforcer les compétences et l'autonomie des publics.

3.2.4 Des réunions d'échange avec les partenaires organisées par toutes les associations mais une disparité observée dans la mise en place de comités de suivis locaux

Fin 2015, **si toutes les associations organisaient des réunions d'échange bilatérales avec leurs partenaires, seules deux associations sur huit disposaient, sur leur territoire, d'un comité de suivi local**, instance partenariale dédiée à la médiation sanitaire : MdM Nantes et le dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord.

Sur certains territoires, l'opportunité de créer une instance spécifique dédiée au programme n'a pas été possible ou jugée opportune au regard de la disponibilité des partenaires ou de l'activité d'instances de concertation plus transversales. Ainsi certaines structures locales ont intégré des comités locaux existants pour présenter les objectifs et le suivi du programme de médiation sanitaire. À savoir des instances :

- Sur la question de la résorption des bidonvilles (par exemple, réunion « Protocole Bidonville » ; Comité de pilotage de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale ; collectifs associatifs ; MOUS)
 - Sur les enjeux de santé/ précarité (par exemple : Comité santé DDCS ; Copil PASS)
 - Ou des réunions partenariales multipartites (par exemple : une dynamique partenariale en Isère à l'initiative du Centre de santé départemental qui regroupait les services de prévention du département, PASS, CCAS, et associations).
- On note par exemple l'existence d'une instance réunissant l'ensemble des acteurs menant des actions dans les bidonvilles de Marseille, piloté par la Préfecture, auquel participe MdM Marseille.
- Cependant, on remarque un dynamisme, une activité très développée et un soutien fort des principaux bailleurs sur les territoires où une instance spécifique a pu voir le jour. Plusieurs difficultés pour l'organisation de ces comités ont été énoncées par les médiateurs : celles liées aux compétences nécessaires pour mobiliser et animer cette instance et par ailleurs les questions de moyens nécessaires au bon déroulement de cette instance (des invitations, à sa programmation en passant par le temps de secrétariat nécessaire à la réalisation des comptes rendus). Des choix stratégiques ont été opérés pour consacrer plutôt ce temps en direction des publics les plus en difficultés.



- ▶ De manière générale, de multiples partenariats ont été réalisés par les associations au niveau local. Les données de 2013 n'étant pas exploitables, ont été analysées les données des réunions réalisées entre 2014 et 2015. On observe une nette progression du nombre de réunions partenariales sur une grande majorité des territoires, ce qui démontre une forte activité des associations à communiquer sur le programme et à engager de nouveaux partenariats au niveau local.

Cela représente un indicateur fort de l'ouverture du programme sur son environnement et une mobilisation active des médiateurs et de leurs coordinations respectives. À ce titre, notons la forte activité de MdM Nantes, de PUI et de Roms Action qui réalisent près de 60% de l'activité de mobilisation partenariale en 2015.

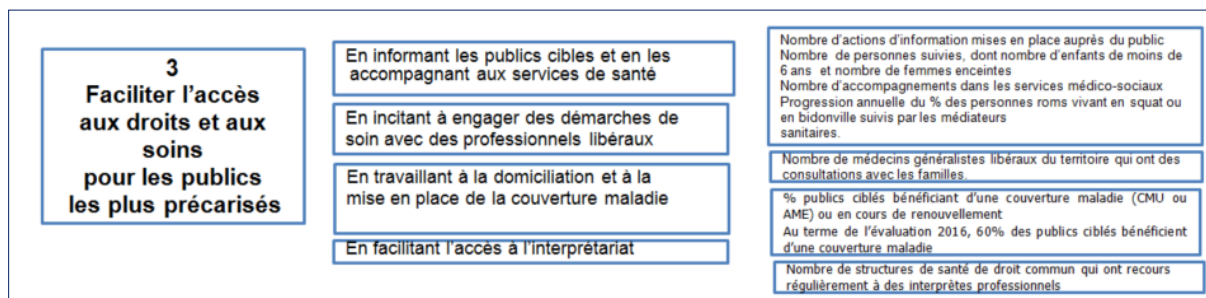
SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Une nette progression du nombre de réunions partenariales sur une grande majorité des territoires. Ces réunions ont lieu à l'initiative de différents partenaires sur des sujets divers (de la résorption des bidonvilles aux problématiques Santé-précarité...) témoignant de l'engagement des médiateurs dans le réseau local.

Cependant, peu de sites ont créé une instance ad hoc dédiée au programme en préférant s'intégrer à des comités locaux existants même s'il est reconnu qu'une instance spécifique permet l'émergence d'un vrai dynamisme sur la question de la prise en charge sanitaire des habitants des bidonvilles.

3.3 Un accès aux droits et aux soins renforcé par le travail de proximité des médiateurs mais un progrès vers l'autonomie difficile à évaluer

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé roms (2013-2016)



Méthode de recueil des données

Pour appréhender les effets des actions dans le domaine de l'accès aux droits et aux soins en direction des publics, l'évaluation du PNMS s'appuie sur une fiche de recueil d'indicateurs communs remontée à chaque fin d'année d'exercice par toutes les structures. Les fiches consacrées aux indicateurs d'accès à la santé se composent de multiples indicateurs qui renseignent également l'accès aux droits, à la prévention, les activités des médiateurs et l'étendue du réseau de partenaires impliqués dans leurs actions.¹⁸

Les données qui relèvent d'une approche individuelle concernent les personnes suivies par les médiateurs – qu'elles vivent ou non sur les lieux de vie d'intervention ciblés. La notion de « personne suivie » s'appuie sur l'acceptation communément établie au sein du PNMS

La notion de « personne suivie » a fait l'objet d'une redéfinition précisée dans le rapport 2015 :

Bien qu'une part importante des personnes suivies par les médiateurs habite les lieux de vie sur lesquels les médiateurs interviennent de manière prioritaire par une action à l'échelle du groupe, des personnes résidant ailleurs sont également suivies. Il s'agit par exemple : de personnes orientées vers le médiateur en interne à l'équipe ou par des partenaires directement ; de personnes rencontrées dans le cadre de permanences d'accueil ou des personnes ayant habité sur des lieux précédemment ciblés avec qui les médiateurs gardent une forme d'accompagnement. De plus, les médiateurs ne suivent pas individuellement tous les habitants des lieux de vie prioritaires. **De ce fait, les fiches de recueils de données et les fiches d'état des lieux des conditions de vie ne concernent pas exhaustivement les mêmes personnes.**

Par ailleurs, la coordinatrice du PNMS a rencontré la personne en charge du Dossier Patient Informatisé à MdM pour intégrer les indicateurs du programme au dossier informatisé. Dans le dossier social, les médiateurs doivent désormais indiquer « Patient suivi par le médiateur sanitaire de MdM », ainsi que dans chaque consultation sociale « Consultation menée par le médiateur sanitaire de MdM » ; ceci afin de pouvoir comptabiliser leur activité et distinguer les patients suivis par le médiateur des patients suivis par d'autres bénévoles/salariés. De plus, dans l'onglet « Soins et

¹⁸ Cf. Annexe n°10

prévention », les questions de la fiche « Indicateurs d'accès à la santé » ont été intégrées (possession d'un carnet de santé, suivi en PMI, contraception, médecin traitant...).

De nouveaux outils de suivi sont aussi en train de voir le jour. Ainsi, une fiche d'évaluation de l'autonomie est en cours de validation en 2016. Elle pourrait être utilisée pour montrer l'évolution de l'autonomie de la personne en lien avec certains événements : rupture de droits et expulsion du lieu de vie. Ce document pourrait servir de base pour développer un plaidoyer post évacuation.

Plusieurs types d'intervention sont à l'œuvre auprès des familles :

- **Permanence à l'hôpital**
- **Sensibilisation (individuelles ou collective)**
- **Accompagnement physique**
- **Orientation et information sur les campagnes de dépistage, de prévention**
- **Accompagnement administratif**
- **Orientations sanitaires ou sociales**

Leur volume respectif est variable selon les terrains, les porteurs d'action, la durée d'implantation du programme, les compétences initiales du médiateur, selon aussi qu'il intervienne seul ou en équipe et/ou avec des partenaires locaux.

Les associations n'ont pas toutes les mêmes modalités d'intervention

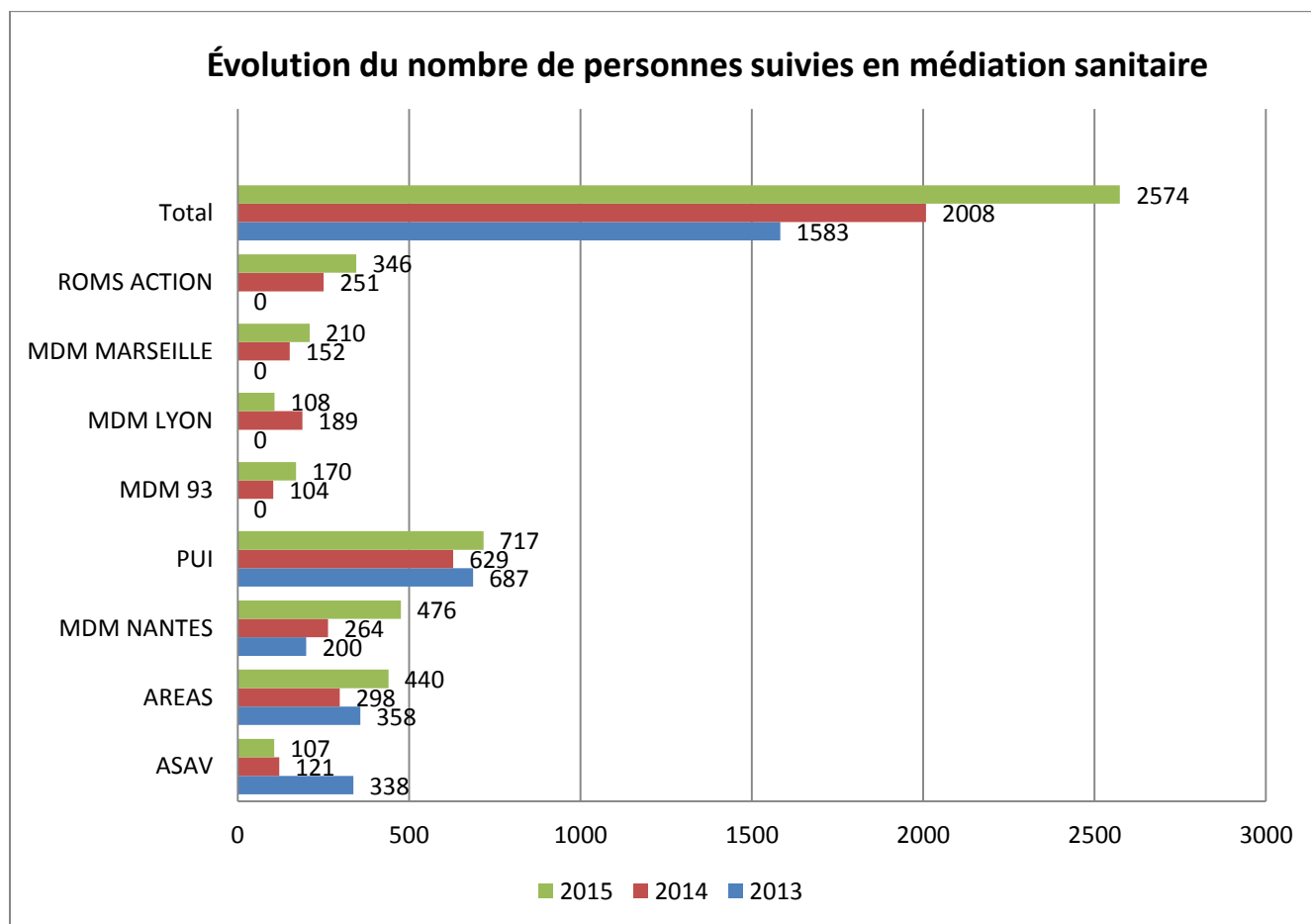
- **En termes de territoires et étendue des sites couverts ;**
- **Médiateur(s) seul ou en binôme ;**
- **Association de médiation sociale ou davantage médicale ;**
- **Travail avec une équipe pluridisciplinaire ou avec une équipe de bénévoles.**

Le type d'actions menées localement est dépendant des moyens humains engagés dans le projet. Ainsi, le temps de travail des médiateurs se partage entre : une présence sur les lieux de vie, des accompagnements physiques dans les structures, un travail de sensibilisation et de coopération avec les acteurs sanitaires et sociaux.

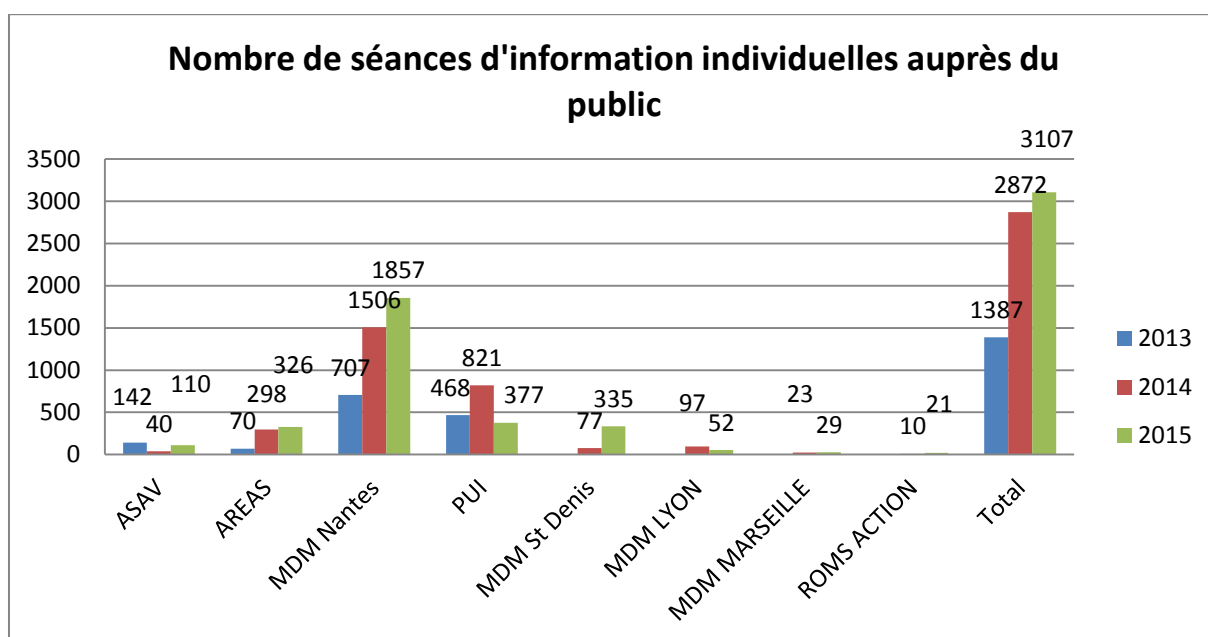
On distingue **deux grands profils d'intervention** : **le médiateur qui évolue davantage seul et celui qui bénéficie du soutien et de l'accompagnement** (ou qui vient en soutien) d'un ou de plusieurs professionnels (santé, intervenants sociaux et juridiques internes) à chacune de ses sorties ou ponctuellement.

L'accompagnement physique des familles, intervention essentielle en médiation sanitaire semble être l'action la plus mobilisatrice par les différentes équipes.

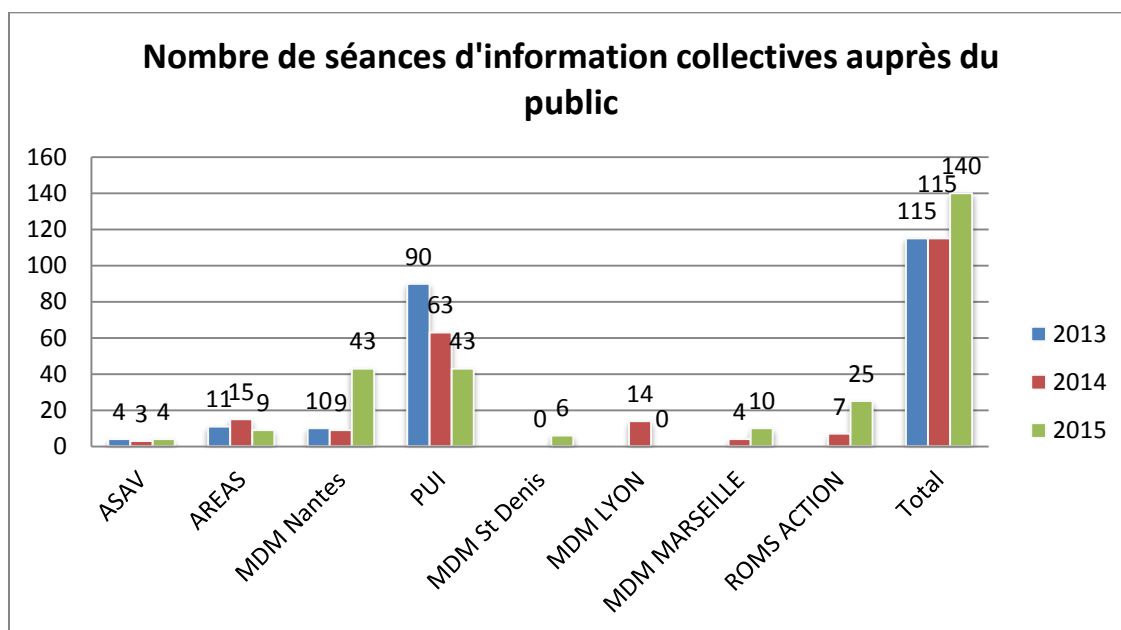
3.3.1 Transmission d'informations et accompagnements vers les services de santé : une activité croissante, des disparités fortes entre les structures.



- ▶ **Le nombre de personnes suivies par les médiateurs sanitaires ne cesse de progresser pour atteindre près de 2500 personnes en 2015.**
- ▶ Quatre structures suivent plus de 300 personnes de manière annuelle. Il s'agit de Roms Action, Mdm Nantes, le dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord et PUI.
- ▶ On note une plus forte représentation de femmes et d'enfants parmi les personnes accompagnées dans le programme de médiation sanitaire. Ainsi, entre 2013 et 2015, 2281 femmes adultes ont été accompagnées contre 1407 hommes.
- ▶ En ce qui concerne les enfants, Ils représentent 40% du public suivi par les médiateurs. A noter la forte représentation des enfants de moins de 6 ans sur les trois années du programme, à l'instar de l'année 2015 où ils représentaient encore 58% de la population des enfants.

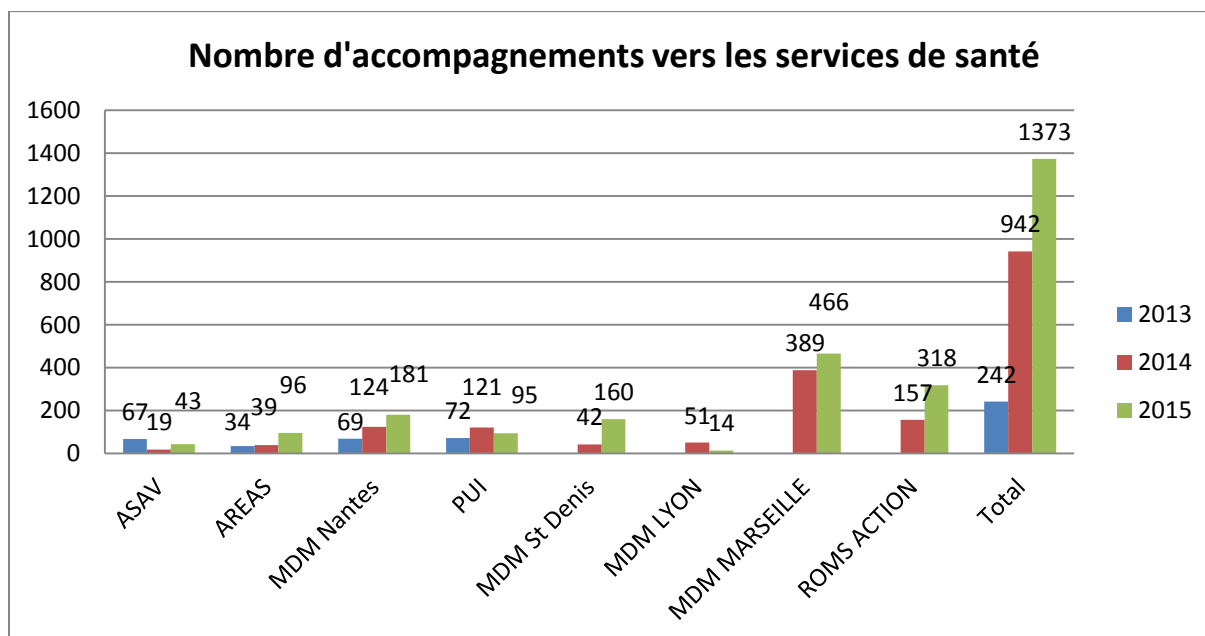


- L'évolution du nombre d'actions d'information mises en place en séances individuelles auprès du public est en augmentation constante depuis 2013. On dénombre en effet 3107 séances d'informations individuelles en 2015 (soit plus du double que ce qui était réalisé en 2013).



- L'évolution du nombre d'actions d'information mises en place en séances collectives auprès du public est en augmentation constante depuis 2014. On dénombre en effet 140 informations collectives en 2015 contre 115 en 2013 (+22%).
- On constate à nouveau une forte hétérogénéité dans le nombre d'actions d'information réalisées auprès du public. Ainsi, trois associations (MDM Nantes, PUI, Roms Action) semblent particulièrement investies dans le développement d'actions collectives tandis

que les autres structures semblent moins mobilisées sur cette typologie d'intervention (Entre 4 et 15 actions par an).



- On observe une nette progression des accompagnements physiques vers les services de santé. Les médiateurs ont réalisés près de 1400 accompagnements réalisés en 2015 contre 942 en 2014 et 242 en 2013, soit une progression significative de 45% entre 2014 et 2015.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

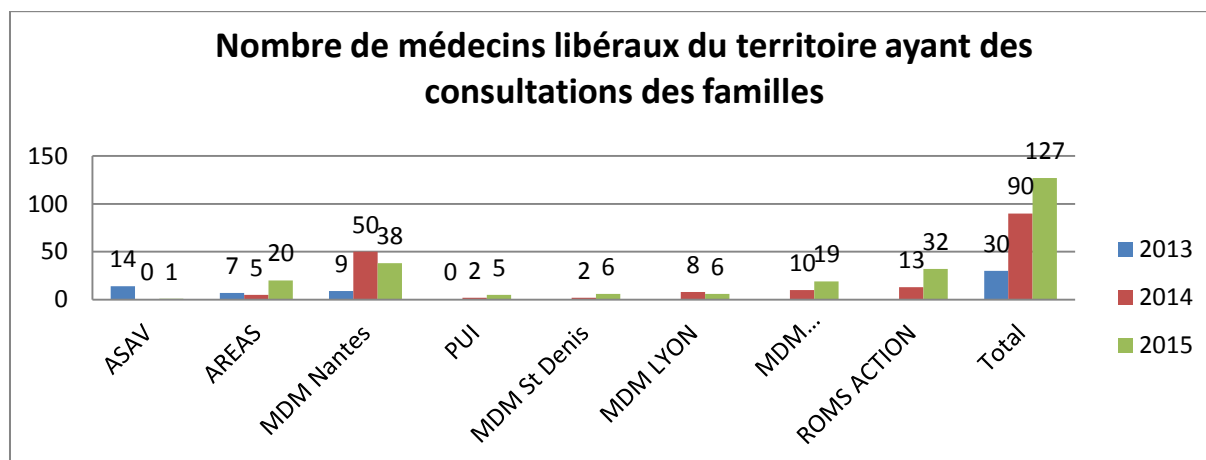
Une progression du nombre de personne suivies par les médiateurs (2500 en 2015), variable selon les associations et avec une prédominance des femmes et des enfants parmi celles-ci.

Un doublement de 2013 à 2015 du nombre d'informations individualisées auprès du public

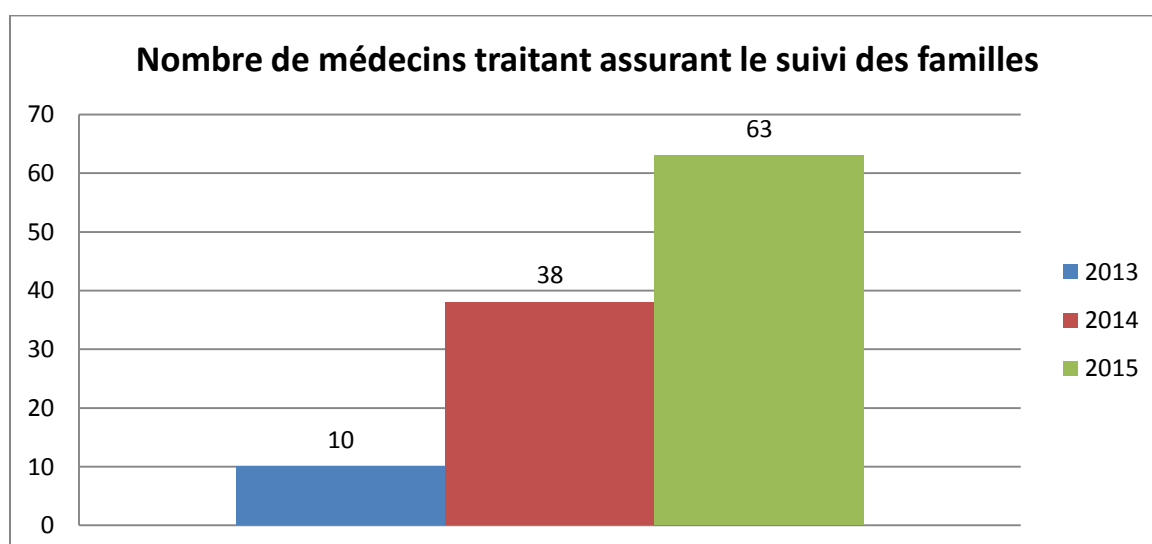
Une nette augmentation des séances d'informations collectives auprès du public avec une priorisation variable d'une association à l'autre sur ce type d'intervention. Le contexte lié aux évacuations et le niveau d'implication des partenaires est aussi à prendre en compte. Cela peut intervenir sur le choix ou non des structures d'opérer seules ou de conditionner l'intervention à la présence d'un partenaire extérieur.

Une nette progression du nombre des accompagnements vers les services de santé.

3.3.2 Coopérations avec les professionnels libéraux : des démarches limitées mais en augmentation



- ▶ Entre 2013 et 2015, l'accès des populations aux professionnels libéraux de proximité a augmenté dans une grande majorité des projets.
- ▶ Celui-ci reste néanmoins très partiel et encore très peu développé sur certains territoires au regard du nombre de personnes suivies. Il en demeure que **les habitants des bidonvilles suivis par les médiateurs sanitaires ont un accès aux soins davantage centré sur les structures publiques ou associatives, depuis l'hôpital jusqu'aux centres de santé pluridisciplinaires en passant par les services de prévention**. Malgré l'inscription de la médiation sanitaire sur plusieurs années dans un même territoire, les freins à un accès à la médecine de ville des habitants des bidonvilles demeurent importants.



- ▶ L'accès des personnes suivies aux médecins généralistes est un élément d'analyse important, dans la mesure où en France le médecin traitant est prévu pour assurer le premier accès aux soins ainsi que leur coordination et est, qui plus est, un service accessible aux personnes bénéficiaires de l'AME. L'analyse des données en 2015 indique que 63 médecins généralistes

différents assuraient le suivi des personnes accompagnées à l'échelle nationale. **Les témoignages des médiatrices soulignent le caractère important de ce suivi pour les familles :**

« Les personnes/familles suivies par les médecins généralistes acceptent plus facilement la vaccination et toutes les femmes sont suivies du point de vue gynécologique. Être soigné par un médecin traitant revient à gagner une reconnaissance sociale, un statut dans le sein de la communauté. »

« Le fait d'avoir un médecin traitant est un véritable avantage pour ces personnes. Elles sont tout d'abord rassurées d'aller chez un professionnel de santé qu'elles connaissent. Ce médecin reçoit les comptes rendus de leurs différents rendez-vous médicaux et peut donc reprendre avec eux les explications. C'est également un avantage pour nous, car nous pouvons travailler en coordination avec ce médecin afin de transmettre certains rdv lors de nos passages sur le terrain et vice versa. »

Si l'on observe ici une progression de l'accès au médecin généraliste, celui-ci reste extrêmement faible au regard de la population suivie dans le cadre du programme.

Les moyens développés par les médiateurs pour en faciliter l'accès

- ▶ L'accès aux médecins généralistes reste complexe à mettre en œuvre. Selon les médiatrices et au-delà de la barrière linguistique, le lien de confiance est difficile à mettre en place et certains médecins ne souhaitent d'ailleurs pas être repérés dans ce rôle. Les médiateurs peuvent jouer un rôle important pour lancer la mise en relation. En prenant contact avec le médecin et en accompagnant dès la première consultation, il peut faire un travail de sensibilisation sur les conditions de vie/ déterminants à la santé. Il peut remettre un courrier d'orientation à la personne après avoir pris un temps avec elle pour l'aider à préciser sa demande de soins et donner des informations sur la situation familiale/ les antécédents de santé.
- ▶ Des outils ont été créés pour répondre à cet objectif. On citera ici la « Carte personne/ famille » réalisée par Roms Action. *« Remplir cette carte avec les personnes peut permettre de prendre un temps d'échange spécifique sur le rôle du médecin généraliste en France, celui de la PMI. Elle peut aider les personnes à expliquer leur suivi de santé lorsqu'elles consultent à l'hôpital/ ou aux urgences par exemple. Aussi c'est une carte qui peut simplement leur permettre de garder les coordonnées de leur médecin. »*
- ▶ L'objectif de la médiation sanitaire n'est pas d'orienter les personnes vers les quelques mêmes médecins généralistes mais bien d'accompagner la mise en place d'un suivi personnalisé par une prise de contact avec le médecin et un accompagnement à la première consultation en sensibilisant le médecin aux conditions de vie du consultant. C'est un travail chronophage et de long terme. Dans leurs orientations/ accompagnements les médiateurs font face à la saturation de l'offre de soins mais aussi à des pratiques discriminatoires de refus de soins.

Les problèmes constatés de refus de soins varient d'un territoire à l'autre :

- Si tous les médiateurs et territoires d'intervention n'ont pas été concernés ; des médiateurs font état de nombreux cas de refus de soins, notamment par des cabinets dentaires.
- Les médiateur(e)s ont déjà signalé des refus de soins aux instances compétentes. L'AŠAV a par exemple signalé des refus de soins via le dispositif prévu par l'ARS IDF, démarches pour lesquelles elle n'a pas eu de retours. L'ARS IDF a exprimé leur difficulté à exploiter le signalement s'il s'agit d'un refus de soins constaté « une seule fois » auprès d'un praticien.
- Cependant, même si les médiateur(e)s doivent jouer un rôle de veille quant au respect des droits des personnes qu'ils accompagnent, ils ne peuvent pas perdre leur énergie et risquer la confiance gagnée avec les personnes en tentant à nouveau une orientation/ accompagnement vers un professionnel de santé qui a refusé une première fois/ ou par téléphone. Ils se concentrent sur la demande de la personne et le fait de trouver une solution alternative pour l'accès aux soins. Si le professionnel de santé réoriente le patient vers un confrère (en cohérence avec les droits de la personne), il demeure dans les limites du refus de soins licite et ne peut être sanctionné¹⁹.

Les bonnes pratiques partagées par la coordination nationale sont les suivantes :

- ▶ Tenir une posture de médiation en essayant de débloquer le refus de soins et donner une information sur le fonctionnement de l'AME (tiers payant, paquet de soins et prise en charge CPAM) et les droits associés aux professionnels de santé.
- ▶ Essayer de parler/ rencontrer les responsables pour dépasser les freins opposés au guichet ou secrétariat téléphonique.
- ▶ Signaler les problématiques auprès du Défenseur des Droits, de la CPAM, Conseil de l'ordre du professionnel de santé ou bien de l'ARS en fonction des situations.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Le fait de pouvoir faire appel à un médecin traitant est un véritable atout pour les personnes. Même si les médiateurs ont développé des moyens, voire des outils pour faciliter cet accès, celui-ci reste encore relativement faible.

Le refus de soins des bénéficiaires de l'AME et de la CMU est fréquent et les médiateurs n'ont pas de retours quant aux signalements effectués aux instances compétentes.

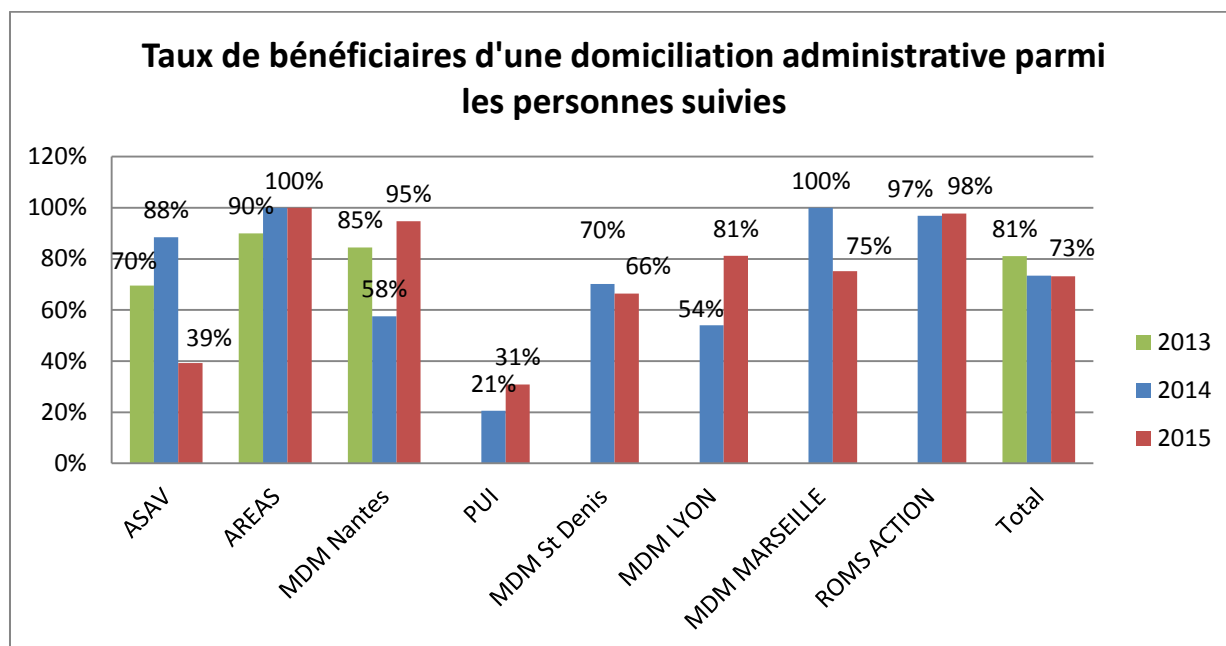
De plus, on observe une saturation de l'offre de soins accessible aux bénéficiaires du programme.

¹⁹ Voir document « Résoudre les refus de soins » élaboré par la Conférence nationale de santé en 2010.

3.3.3 Un accès à la domiciliation et à la mise en place de la couverture maladie très développé

Les données relatives à la protection sociale concernent à la fois l'accès à la domiciliation administrative et l'ouverture des droits à une couverture maladie des personnes suivies.

Les médiateurs accompagnent les bénéficiaires dans les démarches administratives préalables et nécessaires à l'accès aux soins : domiciliation et ouverture des droits (AME ou CMU).



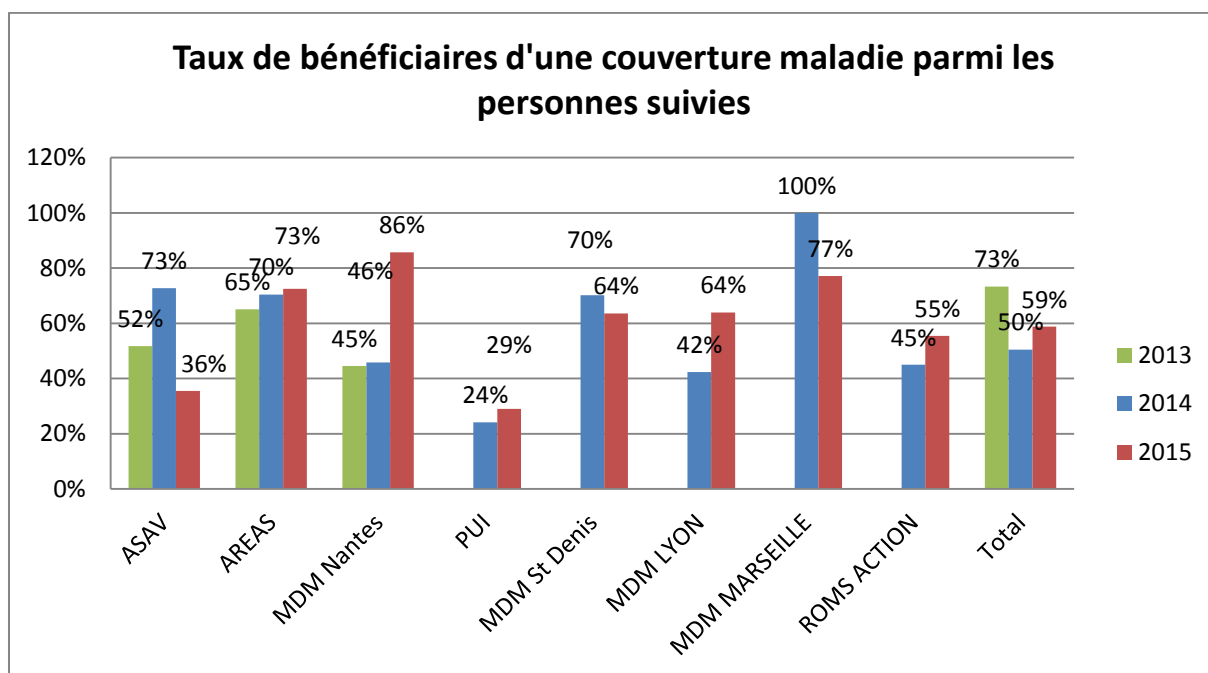
- ▶ On observe une baisse du taux de domiciliation administrative entre 2013 et 2015. Celle-ci doit être à relativiser car l'année 2013 comptabilise l'activité de trois associations sur les huit représentées en 2015²⁰.
- ▶ Sur les années 2014-2015, 73% des personnes suivies ont, en moyenne, accès à une domiciliation administrative mais il faut noter de très grandes variations selon les sites.
- ▶ Sur 2014-2015, cinq associations du PNMS sur huit, interviennent dans des contextes où entre 75% et 100% de leurs bénéficiaires ont pu accéder à une domiciliation.
- ▶ Les associations implantées dans le Val d'Oise, la Seine-Saint Denis et le Val de Marne (ASAV, MdM Saint-Denis et PUI) enregistrent les plus faibles taux de personnes suivies bénéficiant d'une domiciliation.
- ▶ Cependant, ce résultat de 73% est à relativiser au regard du caractère fondamental et sine qua non de l'accès à la domiciliation dans l'ouverture des droits sociaux. Aussi, ce taux élevé d'accès à la domiciliation cache les difficultés auxquelles font face les associations du PNMS dans l'accompagnement des personnes.
- ▶ **L'accès à la domiciliation de droit commun par le biais des Centres Communaux d'Action Sociale (telle que prévue dans la loi en premier lieu) reste difficile et minoritaire.** Certains CCAS

²⁰ Les données concernant l'accès à la protection sociale sont manquantes pour l'association PU-AMI en 2013.

qui domicilient le font suite à l'action d'information, de plaidoyer voire de recours en justice d'associations du programme. Dans ce sens, Médecins du Monde Nantes, a par exemple obtenu qu'une commune domicilie les habitants des bidonvilles de son territoire après une condamnation en référé en avril 2015.

Jusqu'en 2015 dans l'agglomération grenobloise une seule des quatre communes sur lesquelles des personnes suivies résidaient rendait pleinement accessible l'accès à la domiciliation. Les autres CCAS conditionnaient l'accès à la domiciliation à des critères restreints (bilan de la situation et du suivi social assuré par l'association qui oriente ; interprétation restrictive de la notion de « lien à la commune » ; domiciliation limitée à l'AME ou soldaient l'instruction par un refus.

- En ce sens, l'orientation des personnes suivies au sein du PNMS pour l'ouverture d'une domiciliation s'appuie pour beaucoup sur les réseaux d'associations caritatives et de solidarité agréés par la préfecture. Parmi les principaux organismes cités : le Secours Catholique, la Croix Rouge, Emmaüs, la Fondation Abbé Pierre.



- **Une baisse du taux de couverture entre 2013 et 2014 mais une tendance à relativiser car elle ne concerne que trois associations sur les huit.**
- **Un taux de couverture maladie croissant entre 2014 et 2015. 59% des personnes suivies en médiation sanitaire bénéficient d'une couverture maladie contre 50% en 2014.**

Il est important de préciser que le taux de 59% reflète la situation des personnes suivies telles qu'évaluées à un moment T par les médiateurs sanitaires et prend en compte à la fois les droits obtenus et ceux en cours de renouvellement. De ce fait, l'indicateur ne renseigne pas si les personnes ont eu des droits de manière effective et continue toute l'année.

La grande majorité des personnes avec des droits ouverts sont bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (87%) - éligible pour les personnes en situation irrégulière présentes sur le territoire français depuis plus de trois mois.

8% des personnes suivies par les médiateurs sanitaires ont des droits ouverts à la CMU de base (en grande majorité par MdM Nantes). Ces ouvertures de droits CMU correspondent souvent à des travaux maraîchers (les personnes sont affiliées à la MSA), où résultent de la création d'auto-entreprises (les personnes sont alors affiliées au RSI). Il convient de préciser qu'une majorité de personnes bénéficiant de la CMU de base, n'ont pas pour autant de CMU complémentaire : il y a donc un reste à charge important pour les personnes, et beaucoup renoncent alors aux soins (car ils ne peuvent ni s'acquitter de la part mutuelle en médecine de ville, ni honorer les factures hospitalières que beaucoup reçoivent à la suite de soins à l'hôpital).

Les associations constatent de manière partagée les difficultés d'accès à l'ouverture des droits auxquelles font face les personnes et les travailleurs sociaux/ médiateurs qui les accompagnent : une durée de traitement des dossiers par la CPAM qui dépasse le cadre prévu par la loi ; des pratiques de guichet qui font barrières ou des demandes de pièces justificatives abusives qui obstruent l'instruction .

- ▶ **Les médiateurs affectent une part importante de leur travail de suivi pour informer les personnes sur leurs droits**, constituer seuls avec elles ou en appui de travailleurs sociaux leurs dossiers d'ouverture de droits ou assurer un accompagnement physique pour suivre l'avancée et les aléas des démarches.

Parmi les bonnes pratiques, on relève la mise en place de partenariats avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, dans le cadre de permanences conjointes pour la constitution de dossiers comme dans le cas de l'AŠAV, ou simplement d'espaces de dialogue pour échanger sur les difficultés.

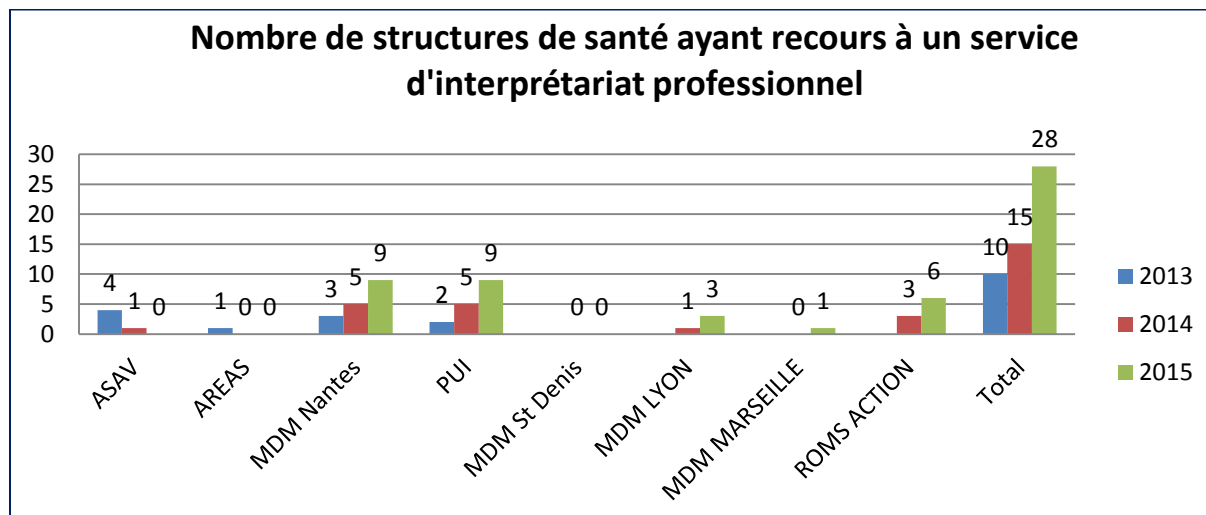
SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Malgré un taux élevé d'ouverture des droits (domiciliation, couverture maladie) des personnes suivies par la médiation, de nombreux obstacles sont observés.

Une part importante du temps de travail des médiateurs est dédiée aux questions liées à l'ouverture des droits. Outre l'information et l'accompagnement, les médiateurs ont développé des stratégies innovantes comme associer des délégués de Caisses primaires d'assurance maladie aux permanences de l'association.

3.3.3 Une très faible mobilisation de l'interprétariat dans les structures de droit commun

Le recours à l'interprétariat professionnel par les structures de santé est un élément fondamental pour un accès plein et égal à la santé des personnes non francophones.



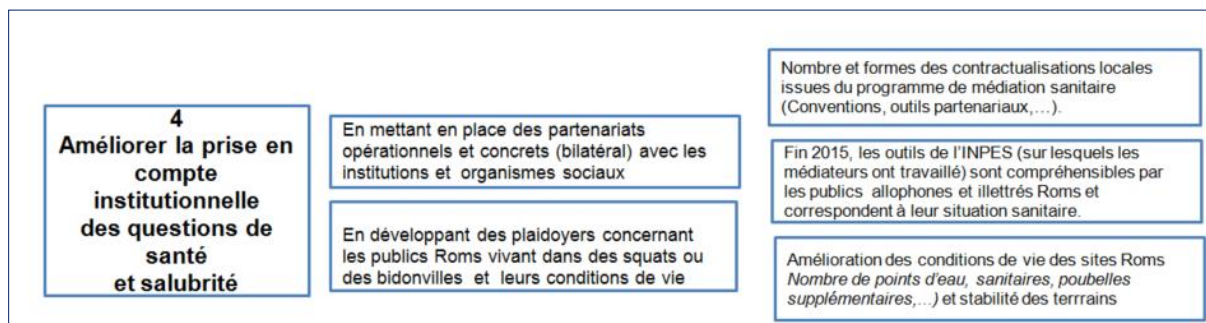
- ▶ En dépit du plaidoyer par la médiation sanitaire, l'interprétariat professionnel demeure peu mobilisé par les services de santé des réseaux locaux – y compris par les structures de santé les plus importantes qui ont une part de leur budget affectée à cet effet.
- ▶ En effet, malgré l'augmentation notable entre 2013-2015 (de 10 à 28 structures ayant recours régulièrement à l'interprétariat), l'interprétariat demeure un service rarement et inégalement accessible aux personnes suivies par le PNMS au regard des 205 structures associées. Certaines associations (AŠAV, Le dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord, MdM Saint-Denis, MdM Marseille) rapportent que ces services sont très limités voire inexistants sur leurs territoires d'intervention.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Malgré une mobilisation active de la médiation sur ce sujet, on observe un déficit encore net du recours à l'interprétariat professionnel par les institutions de santé.

3.4 Une ouverture croissante du programme sur son environnement institutionnel mais une faible influence sur les conditions de vie

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé roms (2013-2016)

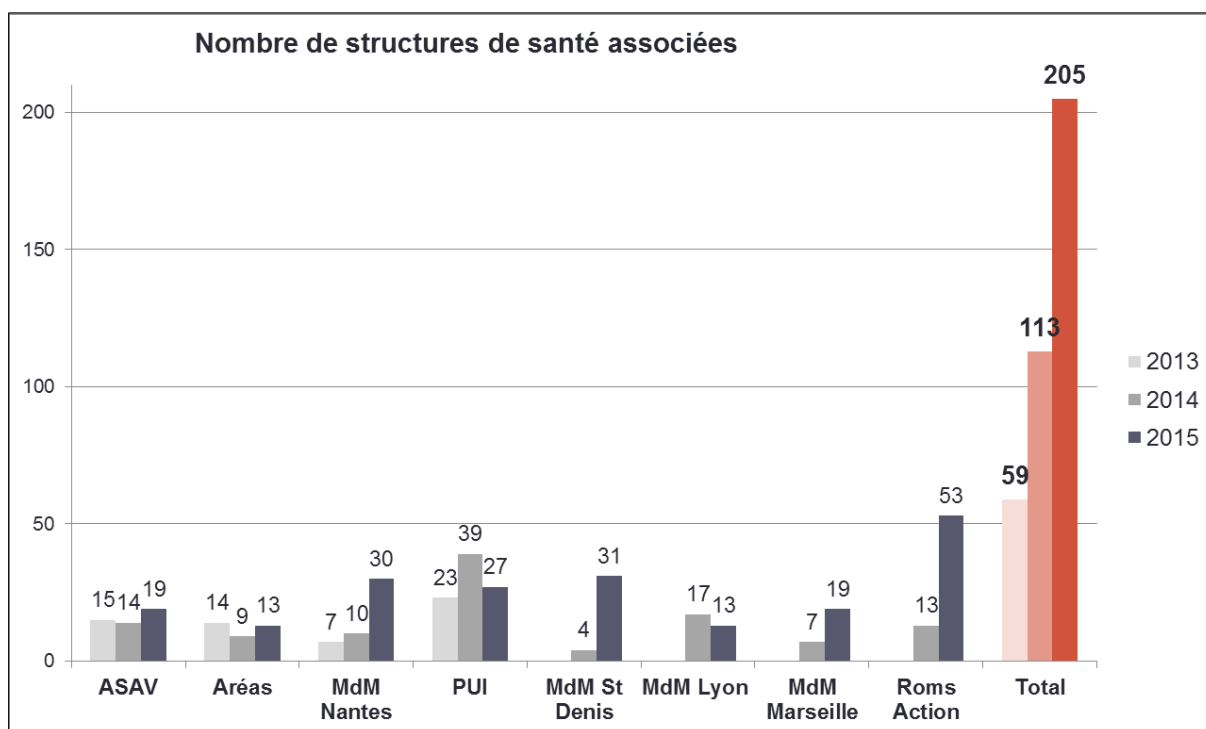


3.4.1 Des partenariats nombreux et actifs au niveau local

Tout au long du programme, les médiateurs ont développé le réseau de partenaires de santé vers lesquels ils accompagnent les personnes suivies (structures d'accès aux droits, mais surtout offrant un service de santé, soit du soin, suivi, prévention). Alors qu'ils évoluaient en 2013 au sein d'un réseau de 113 structures partenaires, **les médiateurs du PNMS ont effectué des accompagnements en 2015 vers 205 structures différentes (soit +81%).**

Les médiateurs ont cité avoir effectué des accompagnements physiques vers plusieurs types de structures de santé – qui sont classées ci-dessous par ordre décroissant, de celles citées en plus grand nombre à celles les moins citées :

- **Des cabinets libéraux** (généralistes, spécialistes et paramédicaux)
- **Des services de prévention des départements ou dépendants d'hôpitaux ou de communes** (CDDS, CLAT, CeGIDD, centres de vaccinations, CPEF, PMI).
- **Des structures hospitalières** (CHU, hôpitaux, cliniques, PASS)
- **Des laboratoires d'analyses et centres d'exams**
- **Des structures de santé pluridisciplinaires** (CMS, centres de santé associatifs, CMP, CAMPS).
- **Des pharmacies**
- **Des associations** (de prévention ou suivi thérapeutique, Planning Familial).
- **La CPAM.**



3.4.2. Un renforcement de l'accessibilité des outils de prévention

Fin 2015, plusieurs outils de l'INPES ont été testés par des habitants de bidonvilles illettrés ou allophones et adaptés en fonction de leurs contraintes. Un groupe de travail a été constitué afin de collecter et d'adapter des outils de prévention élaborés localement par les différentes associations participantes ou provenant, pour certains, de l'étranger. Il s'est agi d'un travail partenarial impliquant les médiateurs sanitaires, des représentants de l'INPES, du Centre Régional d'Information et de Prévention Sida Ile-de-France, de la Fondation du Souffle et de Migrations Santé.

Un financement de l'INPES et du Conseil Régional d'Ile de France a été obtenu afin de concevoir la mallette de médiation santé qui se compose comme suit :

- **Une tablette tactile** évolutive contenant des planches anatomiques, des schémas et brochures imagées, le film « la mère et l'enfant » réédité, que les médiateurs partagent sur une drop box,
- **Des outils de prévention en format « papier »** : la réédition du Car'Mat' (carnet de maternité créé à Nantes, en co-construction avec un doctorant et un groupe d'habitantes d'un bidonville), des planches anatomiques traduites en romani, roumain et hongrois, intitulées « Notre corps aussi » et « Le cycle de la femme et la grossesse » (supports de discussion autour de la Santé Sexuelle et Reproductive réalisés par le planning familial de l'Isère et l'association Roms Action, en co-construction avec un groupe de femmes roms grenobloises),
- **Un outil de démonstration de la santé sexuelle et reproductive (tablier)**: il s'est agi de réactualiser un tablier anatomique réalisé au départ par des médiatrices roms en Roumanie et qui a fait ses preuves dans les équipes de MdM St-Denis et Nantes. Le groupe de médiatrices/teurs du PNMS ont travaillé avec une agence de création afin de réaliser un outil

permettant de présenter des planches anatomiques à taille réelle et d'être un support de discussion collective ou de groupe de paroles autour de la santé sexuelle et reproductive (fonctionnement de la contraception, cycle menstruel, grossesse extra-utérine).

Les médiateurs ont évalué l'utilisation de ces outils durant le premier semestre 2016 et ont recueilli le point de vue des professionnels de santé à l'aide de questionnaires.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Un véritable dynamisme de la coordination de l'ASAV pour adapter les outils de prévention aux populations en testant des outils de prévention de l'INPES sur le terrain ou dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des médiateurs avec des partenaires institutionnels et associatifs du domaine.

3.4.3. Un plaidoyer réalisé auprès des instances et des partenaires associatifs

Les actions de plaidoyer menées à l'échelon européen, national ou encore local sont réalisées respectivement par l'AŠAV et par les responsables associatifs, en parallèle, sans pour autant que les actions soient portées à la connaissance des uns et des autres. Malgré le fait que le plaidoyer n'ait pas nécessairement vocation à être mutualisé, le partage de l'information paraît essentiel au développement de la médiation sanitaire.

« Nous avons proposé des amendements à la loi santé, mais je ne sais pas si l'AŠAV y a contribué également. »

« L'AŠAV est investi au niveau européen mais nous n'avons pas de retour de ce qui est fait. »

« Nous participons aux réunions de Romeurope, mais nous n'y voyons pas de représentants de l'AŠAV. »

Concernant les actions de plaidoyers au niveau régional, la coordination nationale n'a pas encore défini une stratégie globale en direction des ARS alors qu'elles sont les principaux bailleurs des actions du programme. En effet, la coordination intervient principalement en fonction des demandes et besoins exprimés par les associations déjà engagées. Si un courrier type destiné aux ARS pour présenter les contours du programme a été réalisé en ce sens et si les ARS qui soutiennent les huit acteurs locaux ont été invités à participer au comité de pilotage, il n'y a pas eu de communication globale émanant de la coordination nationale auprès de l'ensemble des ARS. Cette communication, soutenue par la DGS, aurait pu avoir un impact positif pour l'élaboration des appels à projets des ARS ainsi que sur le traitement des dossiers de demande de soutien des associations.

Des communications nationales ont été effectuées pour faire reconnaître et promouvoir l'intérêt de la médiation sanitaire auprès des publics les plus en difficultés :

- **Des échanges avec la ministre de la Santé** : en réponse à une question parlementaire la ministre souligne les effets positifs du « Programme national de médiation sanitaire » (publiée au JO Sénat du 28/01/2016).
Courrier de demande de soutien du président de l'association à la ministre (février 2016)
- **Un affichage national fort** comme en témoigne l'inscription de la médiation sanitaire dans la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le Plan Pluriannuel de Lutte contre la Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale (et son évaluation par le CNLE), la Stratégie nationale pour l'inclusion des Roms²¹
 - Des échanges réguliers avec la DGS au moment de l'écriture des textes sur la nouvelle loi de santé publique
 - La transmission d'éléments à certains élus (députés) avant le passage de la loi au Sénat
- **Une présentation du programme** réalisée lors du colloque de la Société Française de Santé Publique en mars 2015.
- **Transmission d'éléments à certains élus** dans le cadre de la refonte des métiers du travail social afin d'expliquer les actions santé menées dans le cadre de la médiation sociale.

Au **niveau européen**, l'AŠAV a été co-organisateur, avec la Belgique, d'un groupe d'échange européen dédié aux pratiques de médiation en santé. Ce projet né en 2013, est piloté par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et financé par la Commission européenne dans le cadre du volet de réduction des inégalités de santé inscrit dans les Stratégies nationales d'inclusion des roms. Cette initiative réunit les médiateurs et les coordinateurs des projets nationaux de chaque pays concerné (Belgique, Espagne, France, Italie, Bulgarie, Roumanie, Slovaquie) pour permettre de comparer les approches et modèles existants, d'étudier les similarités et les différences et de partager les bonnes pratiques et les outils.

Les actions de plaidoyer réalisées en coopération avec les associations :

- Avec Médecins du Monde France, l'AŠAV indique que les actions de plaidoyer ne sont pas développées collectivement même si la responsable du Desk France participe aux comités et instances du programme.
- La coordination nationale indique qu'une marge de progression est souhaitable. Elle juge que cet objectif pourra être atteint en intégrant des organisations plus visibles médiatiquement (Sont notamment citées : le Collectif Inter associatif Sur la Santé – CISS mais aussi l'Observatoire pour le Droit à la Santé des Etrangers – ODSE).

²¹ Cf. Stratégie du gouvernement français pour l'inclusion des Roms dans le cadre de la communication de la Commission du 5 avril 2011 et des conclusions du Conseil du 19 mai 2011-
http://ec.europa.eu/justice/discrimination/roma-integration/france/national-strategy/national_fr.htm

- Une meilleure communication et lisibilité entre les actions de plaidoyer réalisées par la présidence de l'association et la coordination technique du programme est également citée comme piste d'amélioration.

Au-delà des échanges valorisant la pratique de médiation sanitaire, l'AŠAV s'est mobilisé pour la **reconnaissance officielle du métier de médiateur santé** :

- ▶ **L'année 2016 semble constituer un tournant**, le 12 février dernier, la coordination du programme a participé à une journée de travail sur l'élaboration d'une norme métier AFNOR en médiation sociale organisée par France Médiation. Les débats ont traité des enjeux de la formation, d'évaluation, du profil des médiateurs et de l'organisation dans laquelle ils s'inscrivent. Cette norme pourrait s'appliquer à différents champs d'intervention dont la santé. Elle pourrait être un point d'appui pour donner une visibilité institutionnelle au métier et protéger les pratiques de médiation. On observe cependant des points de vue divergents entre les deux structures sur la portée sémantique de la médiation. Ainsi, France Médiation aurait préféré le terme médiation sociale en santé. La coordination nationale indique que les deux structures échangent entre professionnels techniciens mais que les concertations politiques n'ont pas eu lieu sur ce point.
- ▶ **Un Diplôme Universitaire de médiation santé est en cours de réflexion au sein de la commission migrants du Corevih Ile de France.** Il serait principalement axé sur les thématiques VIH/hépatites et reprendrait des éléments de l'expérience de la formation IMEA²². La coordination participe à l'élaboration de la formation et tiendra les membres du programme informés des avancées. D'autre part, une nouvelle formation comprenant la médiation en santé a été identifiée à Bordeaux : il s'agit du *Master 2 en anthropologie à Bordeaux, « Santé, migrations, médiations »*.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Une présence affichée de la coordination nationale et du programme aux réunions de niveau européen.

Une multiplication des actions de plaidoyer vers les échelons politiques mais une communication perfectible entre les différents acteurs du programme. De plus, ces actions gagneraient à s'ouvrir aussi à d'autres associations nationales.

Un soutien de la DGS est nécessaire et a toute sa place dans la stratégie pour sensibiliser les ARS qui représentent des partenaires incontournables.

Des actions constructives et partenariales pour la reconnaissance officielle du métier de médiation sanitaire.

²² Cf. rapport Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA.

3.4.4 ...Mais sur l'état des terrains, des difficultés exprimées et observées par les médiatrices et un faible impact sur les lieux de vie des populations

La méthodologie employée par NovaScopia pour composer et calculer les indicateurs relatifs à l'état des terrains, ainsi que leur analyse détaillée sont présentées **en annexe n°4 du rapport d'évaluation**.

Celle-ci 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 concernent spécifiquement les lieux d'intervention des médiatrices et ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des lieux de vie (squats/bidonvilles) d'un territoire ciblé.

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 :

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

En voici les principaux résultats entre 2013 et 2015 :

- ▶ **Une majorité de sites considérés comme insalubres : on observe un relatif statut quo avec une évolution contrastée selon les départements.**
- ▶ **En 2015, encore ¼ des lieux de vie disposent d'un accès quasi nul à l'énergie et à l'eau. On observe une diminution globale de l'accès à l'eau et à l'énergie sur l'ensemble des sites d'intervention avec de fortes disparités entre départements.**
- ▶ **En matière d'accessibilité aux services de santé et d'accès aux droits, un degré d'accès « moyen » est observé avec des lieux de vie moins enclavés au fil du temps.**
- ▶ **Une majorité des lieux de vie d'intervention est encore concernée par au moins un risque sécuritaire majeur, c'est-à-dire pouvant se trouver aux abords d'une route à grande vitesse, d'une décharge publique, d'un chemin de fer, en zone inondable ou ne permettant pas un accès aux secours.** En 2015, cette situation concernait 58 % des sites. Par ailleurs, on constate une relative progression de la part de lieux de vie épargnés par ces risques : en 2015, 42% des lieux d'intervention sont épargnés par les risques majeurs suivis par l'évaluation et plus aucun site n'en cumule plusieurs (score 1, le plus mauvais), là où en 2013 cela concernait 12% des lieux de vie.
- ▶ Selon les médiatrices, un véritable sentiment d'impuissance prédomine quant à l'impact de la médiation sanitaire sur les conditions de vie des populations. Les actions de plaidoyer ne manquent pourtant pas à l'échelon local mais se révèlent bien souvent peu prises en compte par l'échelon politique. Une gestion des priorités/urgences est alors réalisée par les

médiatrices en se concentrant avant tout sur l'accès aux soins et la mise à disposition d'offre préventive.

La coordination nationale du programme reconnaît cette difficulté rencontrée par les médiatrices et a souhaité mieux analyser cette dimension du métier de médiation sanitaire en répertoriant progressivement les actions de plaidoyer menées à la fois au niveau national et au niveau local. Si celles-ci concernent avant tout la réalisation de courriers et de mails en direction d'élus ou d'institutions, cette activité des médiatrices reste encore peu visible et peu valorisée. Les récents travaux engagés par la coordination nationale tentent désormais de renforcer la visibilité de ces actions en répertoriant et mutualisant les outils/moyens développés par les médiatrices.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

L'insalubrité des terrains sur lesquels vivent les populations bénéficiaires du programme est reconnue et observée par l'ensemble des acteurs.

Les actions de plaidoyer font partie intégrante du programme et du volet d'intervention des médiatrices mais se révèlent bien souvent peu prises en compte par l'échelon politique.

4. De 2013 à 2016 comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme, en direction des populations Gens du voyage?

4.1 Extension du programme aux Gens du voyage : Une opportunité jugée prématurée.

En ce qui concerne l'axe d'intervention en direction des Gens du voyage, il est à ce jour porté par trois associations : Relais Accueil Des Gens du Voyage 76 (l'agglomération rouennaise), Les Forges (agglomération nantaise) et SOLiHA (agglomération caennaise).

Etudier la transférabilité du programme en direction des Gens du voyage nous incite à rappeler les conditions de son extension auprès d'un public sensiblement différent des populations roms. L'extension du programme a été abordée en concertation avec la Direction Générale de la Santé dès 2012. Sa concrétisation fut étroitement liée au lancement du Plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale adopté officiellement le 21 janvier 2013. Celui-ci intégrait pour la première fois l'objectif de développer la médiation sanitaire auprès des Gens du voyage.

Si cette extension est parfois jugée prématurée par la coordination nationale, les professionnels de l'AŠAV indiquent que ce développement est cohérent avec les finalités et objectifs du programme à long terme. De plus, l'AŠAV travaille depuis de nombreuses années auprès du public Gens du voyage.

Cependant, la transition fut parfois complexe à appréhender pour la coordination nationale dans la mesure où celle-ci a dû accompagner le développement du programme auprès des Roms mais aussi engager des travaux conséquents sur l'adaptation des pratiques auprès d'un nouveau public. Contrairement au programme roms qui avait pu bénéficier de 2 ans d'expérimentation avant d'envisager son extension au niveau national, le programme en direction des Gens du voyage a directement été associé au programme national de médiation sanitaire.

Dans ce développement, la coordination nationale fut accompagnée par la FNASAT. La commission santé y a ainsi été rétablie pour soutenir les actions du programme. Dans les faits, l'articulation Fnasat-AŠAV est jugée laborieuse. La répartition des rôles dans l'animation des commissions Santé ne fut pas clairement établie et n'a pas permis un lancement rapide de la dynamique.

Par la suite, un groupe de travail sur l'adaptation du PNMS à un public Gens du voyage a finalement été créé par l'AŠAV et a permis de rassembler et d'identifier les structures les plus investies sur l'accès à la santé. Le développement de la communication sur l'ouverture du public auprès des Gdv a véritablement démarré en 2015. La coordination nationale a notamment rencontré l'ARS Poitou-Charentes, l'ARS Pays de la Loire, l'ARS Basse-Normandie et l'ARS Alsace-Lorraine pour présenter les

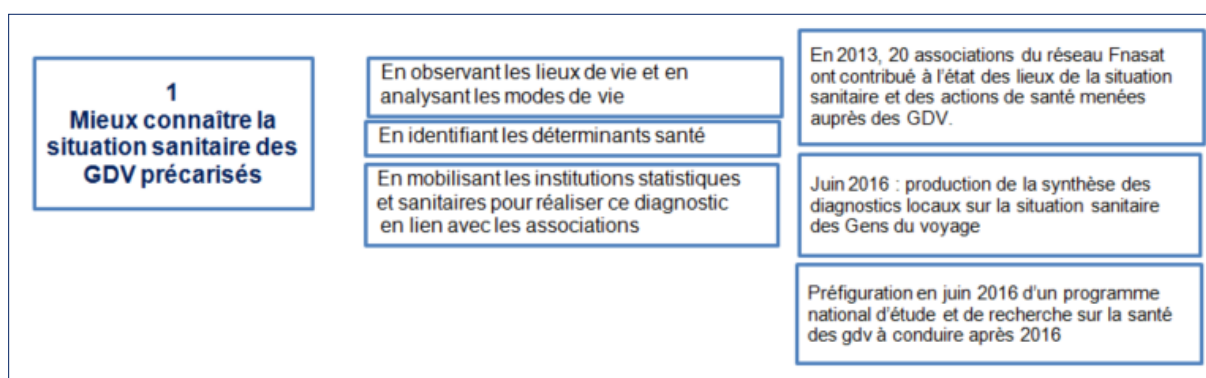
grands axes et objectifs du programme. Les déplacements sur site ont également permis de soutenir les actions des structures engagées auprès des Gens du Voyage.

En comparaison avec la communication déployée pour développer la médiation sanitaire auprès des populations roms, on observe des efforts et des moyens beaucoup plus conséquents pour mobiliser les structures engagées sur la santé de Gens du voyage.

Néanmoins, force est de constater que les résultats demeurent très contrastés. Début 2016, une seule structure²³ réalise des actions de médiation sanitaire dans le cadre du programme national depuis 2015 et deux structures ont obtenu un financement et mettent en place leur action de médiation sanitaire au second semestre 2016 (Les Forges et SOLiHA).

4.2. Une mobilisation réussie pour mieux identifier les actions de santé à l'échelle nationale

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé Gdv (2015-2016)



4.2.1. 2013 : Réalisation d'un état des lieux national des actions de santé auprès des Gens du voyage : première pierre pour l'intégration au programme

Pour favoriser une adaptation progressive du programme au public des Gens du voyage, les coordinatrices de l'ASAV ont participé au groupe de travail santé de la Fnasat-Gens du voyage. Ce groupe s'est réuni de nombreuses fois depuis 2013 : il a permis de comprendre les enjeux relatifs à la médiation sanitaire et de partager les points communs et divergences existantes en matière d'accès à la santé.

En 2013, la coordination a réalisé un état des lieux national des actions de santé auprès des Gens du voyage menées par les structures du réseau Fnasat-Gv²⁴. Il constitue un socle de données pour une

²³ RAGV 76 en Seine-Maritime.

²⁴ Voir, « Etat des lieux des actions de santé menées auprès des Gens du voyage », Réseau FNASAT 2012-2013, ASAV. <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2015/04/%C3%A9tat-des-lieux-sant%C3%A9-gdv-ASAV.pdf>.

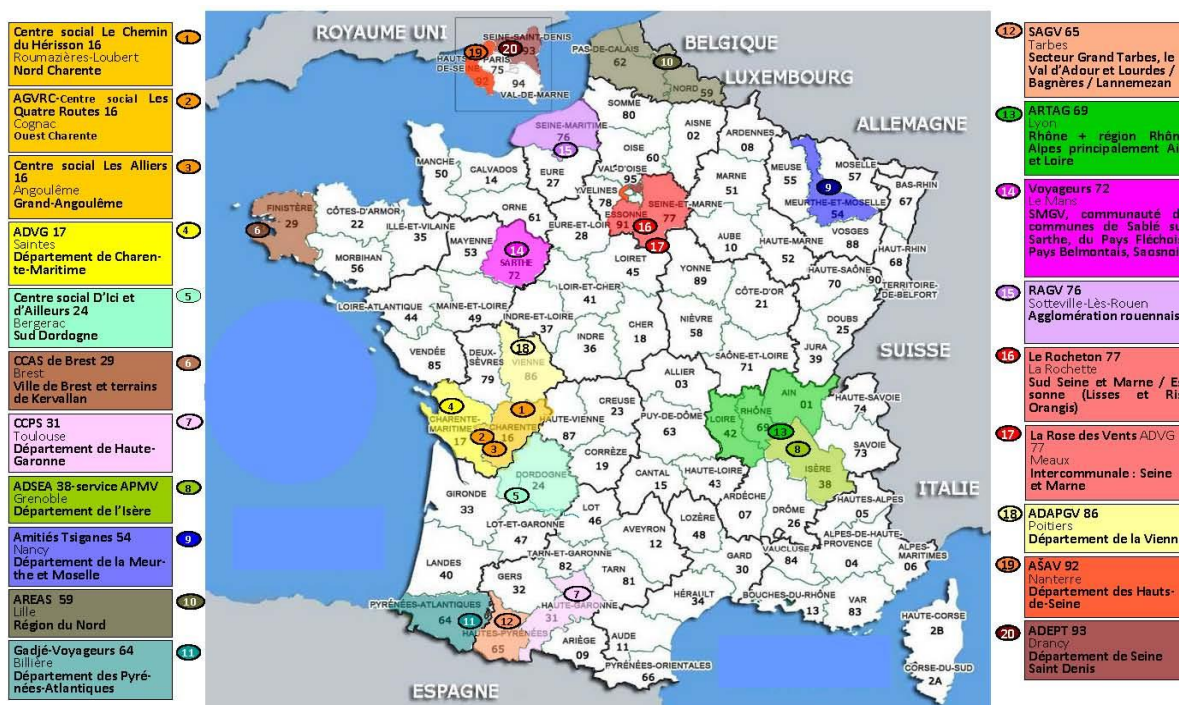
réflexion commune visant à adapter et élargir le programme en direction de ce public, en adéquation avec les réalités du terrain.

L'état des lieux : méthodologie

L'enquête a été réalisée par questionnaire auprès de 20 structures membres de la FNASAT, dont 19 associations et un CCAS. Le recueil des besoins a été réalisé majoritairement par des travailleurs sociaux à partir d'observations de terrain qui ont pu être menées grâce au travail de proximité et un accompagnement sur le long terme des professionnels. En dehors du cadre de cet état des lieux, certaines associations ont entrepris des enquêtes et des diagnostics santé plus élaborés s'appuyant sur des questionnaires épidémiologiques.

L'état des lieux : principaux résultats

Carte des actions en santé menées auprès des Gens du voyage, au sein du réseau Fnasat-Gv en 2012-2013



► Des pathologies liées à des conditions de vie dégradées et aux activités professionnelles

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

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

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

► **Un accès aux droits et aux soins limités**

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

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

► **Des actions de santé diversifiées menées par les acteurs associatifs**

Les actions de santé sont quant à elles regroupées autour de trois domaines :

- Accès aux droits (domiciliation, Aide à la complémentaire Santé, partenariats CPAM...)
- Accès aux soins (sensibilisation, recherche de partenariats locaux, lutte contre les discriminations ...)
- Accès à la prévention (nutrition, périnatalité et santé materno-infantile, risques d'intoxication au plomb, saturnisme, hygiène bucco-dentaire, santé mentale, addictions, sexualité santé environnement...) Selon les acteurs interrogés, les besoins en prévention concernent deux domaines principaux : la nutrition et le suivi de grossesse.

Elles sont développées selon deux axes :

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

► **Des partenaires communs et mobilisés sur tous les territoires**

- Les partenariats nécessaires au développement des actions de santé sont communs à toutes les structures. Ils sont identifiés sur l'ensemble des territoires d'intervention auprès des Gens du voyage. Quatre structures sont toujours sollicitées : les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les centres hospitaliers, les services de Protection Maternelle et infantile et les centres de planification familiale.

- La majorité des partenariats mobilisés ne font pas l'objet de conventions ou d'engagements contractualisés.
- Trois organismes principaux participent aux financements des actions de Santé : Les Agences Régionales de Santé²⁵, les directions départementales de la cohésion sociale et certains conseils départementaux.

► **Médiation sanitaire : des pratiques professionnelles identifiées, un affichage peu visible.**

Sans professionnels spécifiquement affectés à la médiation sanitaire²⁶, l'état des lieux nous révèle que celle-ci est cependant pratiquée à travers trois actions principales :

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

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

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

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Vingt acteurs du réseau FNASAT, répartis sur le territoire, développent un mode d'intervention auprès des Gens du voyage et des professionnels de santé qui s'apparente à celui des médiatrices du PNMS.

Cependant les missions d'interventions auprès des administrations ou des professionnels de santé (en cas de refus de soins) ainsi que les plaidoyers et les remontées d'information vers les structures ad hoc ne sont pas toujours menées.

L'état des lieux a mis en lumière le fait que les associations manquaient de temps dédié et d'ingénierie spécifique en santé.

²⁵ 70% des structures interrogées bénéficient de subventions accordées par l'ARS.

²⁶ 30% des associations interrogées déclarent disposer d'un intervenant en santé.

4.2.2. Vers la construction d'un projet de recherche sur l'état de santé des Gens du voyage

Si le nombre d'associations engagé dans le programme reste faible²⁷ et n'a pas permis de mener les travaux relatifs à la réalisation de diagnostic sanitaires et sociaux du même type que ceux réalisés par le programme auprès des populations roms, l'AŠAV a impulsé un travail de recherche sur l'état de santé des Gdv. Elle a sollicité à plusieurs reprises l'INVS et l'INSERM pour faire un état de la revue de littérature existante sur le sujet au niveau national et partager des pistes dédiées à des travaux de recherche sur ce domaine. Ainsi, trois rencontres ont été organisées en 2015 entre l'AŠAV, l'INVS et l'INSERM.

Plus récemment en 2016, la coordination nationale a été sollicitée par la FNASAT pour rencontrer un collectif de femmes qui vivent sur une aire d'accueil à Hellemmes dans la région Nord-Pas-de-Calais Picardie. Dans cette optique, l'AŠAV a sollicité l'INSERM pour appuyer les demandes du collectif et soutenir l'intérêt d'un projet d'étude à l'échelle locale.

À ce jour, le projet de recherche sur la santé des Gens du voyage a pris un tournant différent de celui prévu initialement. Sans concrétisation financière au moment de la réalisation de l'évaluation, les pistes de recherches partagées par l'AŠAV, l'INSERM et la FNASAT sont, à ce jour, les suivantes :

- Réaliser une **synthèse de la littérature existante** traitant de la santé des Gens du voyage,
- Réaliser une **étude de santé à partir de données recueillies auprès des CPAM, RSI et MSA**, filtrées à partir d'adresses de domiciliation de Gens du voyage,
- Réaliser une **étude à partir de données géo-localisées sur les conditions environnementales** des aires d'accueil pouvant avoir un impact sur la santé des habitants.
- Enfin, réaliser une **première étude monographique sur la santé des habitants de l'aire d'accueil d'Hellemmes** en réponse aux demandes du Collectif Femmes de l'aire d'accueil.

Un courrier a été envoyé au directeur de l'Agence Santé Publique France en mai 2016 afin d'organiser un comité de pilotage du projet en septembre 2016.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

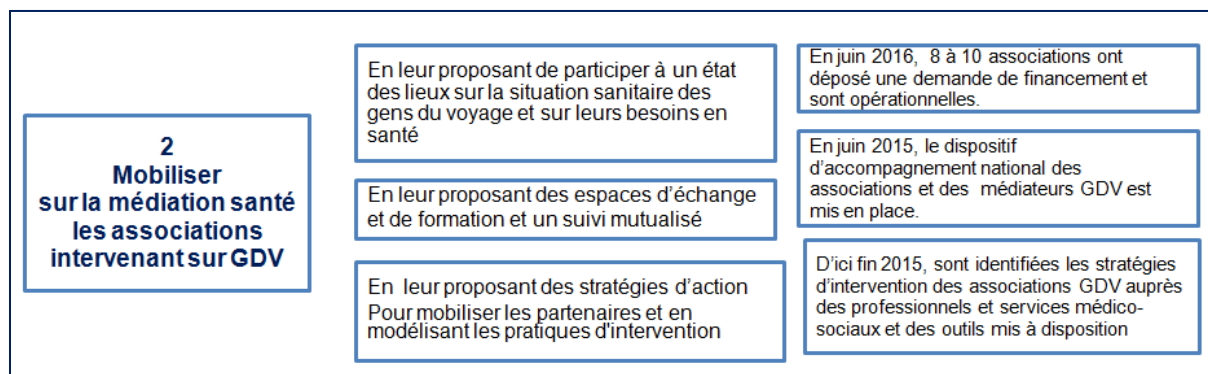
Le peu de données sur la santé des Gens du voyage constitue un frein au développement de projets en leur direction.

Pour répondre à ce besoin, la coordination a mobilisé avec la Fnasat, les partenaires de la recherche pour avancer sur différentes pistes d'enquêtes possibles, d'une part à partir de la revue de littérature et des données des différentes caisses sociales, d'autre part des études plus géolocalisées sur l'impact des conditions environnementales sur la santé et une étude sur la santé des habitants de l'aire d'accueil d'Hellemmes.

²⁷ En 2015, une association a été financée dans le cadre du PNMS, la RAGV 76 financée par l'ARS Haute Normandie. En 2016, deux autres structures Soliha et Les Forges débutent leurs actions courant 2nd semestre 2016.

4.3 Une mobilisation lente des associations sur la médiation mais croissante

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé Gdv (2015-2016)



Au 30 juin 2016, **ce sont désormais trois projets auprès de Gens du voyage qui sont financés au titre du programme de médiation sanitaire :**

- **RAGV 76**, en Haute-Normandie, première association dédiée au Gens du Voyage financée en 2015 dans le cadre du PNMS.
- **Les Forges**, Membre du réseau de France Médiation et active depuis 2011 auprès des Gens du voyage autour de l'agglomération de Nantes.
- **L'association SOLiHA** en Normandie. Le projet commencera courant septembre 2016 dans le département du Calvados (14). En lien avec le centre social itinérant, la médiation sanitaire portée par Soliha aura une attention particulière pour les Gens du voyage les plus en difficultés résidant en dehors des aires d'accueil, comme les familles "hippomobiles".

4.3.1 Une mobilisation active des associations mais une majorité de refus de financement

Dès 2015, de nombreuses associations ayant contribué à la réalisation de l'état des lieux et participant à la commission Santé de la Fnasat ont sollicité le soutien des Agences Régionales de Santé et l'appui méthodologique de la coordination nationale pour intégrer le programme de médiation sanitaire.

En parallèle, l'AŠAV a informé et échangé avec trois acteurs nationaux tels que le réseau France Médiation, l'Association Nationale des Gens du Voyage (ANGVC) et la Plate-forme nationale des ateliers santé ville (ASV) pour mieux communiquer sur cet axe de développement du programme.

Ainsi, entre 2015 et 2016, les demandes de financement des projets de médiation sanitaire auprès des Gens du voyage sont identifiées dans le tableau ci-dessous. L'ensemble des projets intègre les objectifs des PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins).

Région	Structures	Montant demandé en 2015	Accord de financement
Basse-Normandie	SOLIHA – Pact Arim	36 000 euros	Accord de l'ARS Normandie en 2016
Haute-Normandie	RAGV 76	37 000 euros	Accord de l'ARS Normandie en 2015 et 2016
Centre	Voyageurs 37	40 000 euros	Non retenu par la Fondation de France en 2015
IDF	ADVOG	37000 euros	Non retenu par l'ARS d'Ile-de-France en 2016
Lorraine	Amitiés Tsiganes	47 923 euros	Non retenu par l'ARS Grand Est en 2016
Poitou-Charentes	Trois centres sociaux regroupés au sein de l'URECSO (le Chemin du hérisson, Les Alliers et l'ADPGV)	Le chemin du Hérisson : 25 000 euros Les Alliers : 25 000 euros ADAPGV : 25 000 euros	Non retenu par l'ARS Poitou Charentes en 2015
Pays de la Loire	Association Les Forges	7500 euros (Fondation Solimut Mutuelle France) 16000 (ARS)	Accord de l'ARS et de la Fondation Mutuelle France en 2016

Ces structures ont été accompagnées par la coordination dans leur découverte du programme de médiation sanitaire ou encore dans l'identification des besoins de santé du public, la définition des thématiques et des lieux d'intervention prioritaires. Les structures ont également été soutenues dans la rédaction de leur projet de médiation sanitaire et parfois dans l'écriture de la demande de financement.

Les associations évoquent plusieurs freins suite aux instructions non concluantes des ARS ou bailleurs à soutenir des projets de médiation sanitaire en direction des Gens du voyage :

- ▶ Le fait pour une association d'avoir un projet déjà financé dans le cadre d'un axe du Projet Régional de Santé²⁸
- ▶ La reconfiguration des ARS et des changements stratégiques sur les priorités du PRAPS à l'échelle de nouvelles grandes régions
- ▶ Une faible connaissance du programme national à l'échelle des ARS

²⁸ Dans ce cas précis, l'association n'a pas souhaité déposer de demande de financement car le risque de se voir supprimer un financement sur l'axe nutrition-alimentation.

- ▶ La demande de financement de poste (temps de travail du médiateur) et non d'actions ou de matériels
- ▶ La difficulté à trouver des cofinancements (souhaités par les principaux bailleurs)
- ▶ Une faible visibilité des actions santé (actions souvent ponctuelles sans prise en compte globale de l'accès aux droits et de l'accompagnement social) et parfois le sentiment d'un manque de légitimité à mener des projets en santé publique ou en promotion de la santé.

De la même manière, **des premiers leviers sont cités par les associations ayant engagé un dialogue jugé favorable avec les ARS :**

- ▶ L'intégration du programme dans le cadre de groupe santé du schéma départemental des Gens du Voyage
- ▶ Le soutien réalisé par la coordination nationale dans le cadre de la demande de financement auprès des ARS
- ▶ La définition des priorités santé PRAPS avec une forte visibilité des Gens du voyage
- ▶ Un angle d'intervention développé à travers les axes de la promotion de la santé
- ▶ Une communication régulière et proactive sur les problématiques de santé des voyageurs auprès des collectivités locales et des Agences Régionales de Santé.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

Entre 2015 et 2016, la coordination nationale s'est attachée à mobiliser les associations déjà intervenantes auprès des Gdv en faisant connaître le programme national de médiation sanitaire, en les aidant à identifier les besoins en santé, à rédiger un projet et la demande de financement.

Sur les 7 projets présentés aux ARS, 3 ont obtenu un soutien financier de l'ARS.

Parmi les motifs de refus : des raisons liées aux organisations des ARS (regroupement de régions, appels à projets PRAPS dont le contenu a évolué mais aussi méconnaissance du PNMS), des raisons liées à la faible visibilité des actions et au peu de cofinancements.

Parmi les éléments ayant participé à un avis favorable : l'intégration du projet dans le schéma Gens du voyage, le soutien de la coordination nationale, des actions entrant dans le cadre de la promotion de la santé et les échanges réguliers avec les institutions.

4.3.2 L'adaptation de la stratégie d'intervention

En matière de stratégie d'intervention, il apparaît que le référentiel d'intervention du programme n'est pas totalement adapté aux acteurs déjà mobilisés auprès des Gdv. Pour pallier ce déficit, dans une dynamique de co-construction de l'adaptation du programme à ce public, un groupe de travail spécifique a réuni la coordination du programme et les associations intéressées par le développement de projets de médiation en santé en direction des Gens du voyage (CCPS, ADAPGV, La Rose des vents, Adept, RAGV 76, Amitiés Tsiganes et Voyageurs 72). La mobilisation de ce groupe

a permis d'inscrire les structures dans une démarche plus opérationnelle de co-construction des projets locaux de médiation sanitaire.

Les échanges ont plus précisément porté sur le cadrage des missions du médiateur, la définition du public cible, des thématiques ainsi que des lieux d'intervention des projets de médiation en santé et sur l'adaptation des indicateurs nationaux d'évaluation. Parmi les adaptations réalisées, il s'est agit de réorienter le suivi et l'évaluation de la médiation sur les demandes des personnes suivies et les actions du médiateur auprès du public et de son réseau de partenaires. Les réflexions du groupe ont également conduit à décentrer les missions du médiateur de la santé materno-infantile pour une prise en compte plus globale de la santé.

Des travaux sont menés depuis le début de l'année 2016 avec l'association RAGV afin de construire un guide de démarrage utile aux futures associations.

Des modifications ont aussi été réalisées sur la fiche de recueil des indicateurs des lieux de vie d'intervention. Dans cette perspective, différents outils ont été élaborés en 2016 pour assurer un meilleur suivi et évaluation des projets portés par les associations Gdv.

Il s'agit **de trois documents-cadre sur lesquels les projets de médiation sanitaire pourront s'appuyer:**

- **Le cadre logique**
- **L'outil de suivi global « tableau de bord »** qui permet de suivre en continu les actions du médiateur et les indicateurs définis dans le cadre logique.
- **La fiche de recueil de données 2016** - Les indicateurs concernent uniquement les personnes suivies par le médiateur ou celles touchées par des actions collectives conduites dans le cadre de la médiation avec des partenaires. Ils ne concernent donc pas l'ensemble des personnes habitant les lieux de vie ciblés par le médiateur, ni le public Gens du voyage par ailleurs accompagné par la structure.

Ces indicateurs ont pour objectifs de :

- Suivre et documenter les demandes de santé des personnes suivies.
- Rendre compte des actions du médiateur(e) sanitaire par rapport aux objectifs du projet et aux demandes exprimées des personnes suivies.
- Ils ne visent donc pas à produire ou compléter des données sur le public Gens du voyage, qui seraient de l'ordre de la veille sanitaire ou de l'accessibilité ou recours de ce public aux politiques de prévention de santé publique.

Construits collectivement à travers les échanges du groupe « Adaptation »²⁹, ces outils seront expérimentés dès 2016 par la RAGV, SOLiHA et Les Forges.

²⁹ Le groupe « Adaptation » a pris forme en 2015. Coordonné par l'AŠAV, il regroupe l'ensemble des associations mobilisées pour rejoindre le PNMS : Voyageurs 37, RAGV, Les Forges, SOLiHA.

Pour autant, la coordination nationale reconnaît qu'en matière de soutiens aux acteurs locaux, des progrès restent à réaliser particulièrement dans l'accompagnement des associations pour la réalisation d'un diagnostic santé et le soutien sur site.

« Il y a des choses positives mais il y a encore beaucoup de choses à revoir ; notamment pour mieux accompagner les structures lors du lancement du programme. Nous souhaitons également améliorer la phase de diagnostic en prenant en compte les démarches de santé communautaire et notamment mettre en place des enquêtes sur la santé ressentie. »

« Des freins financiers existent pour réaliser des visites régulières auprès de chaque structure engagées dans le programme. »

« Il serait utile d'avoir aussi plus d'échanges réguliers avec les responsables de structures. »³⁰

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

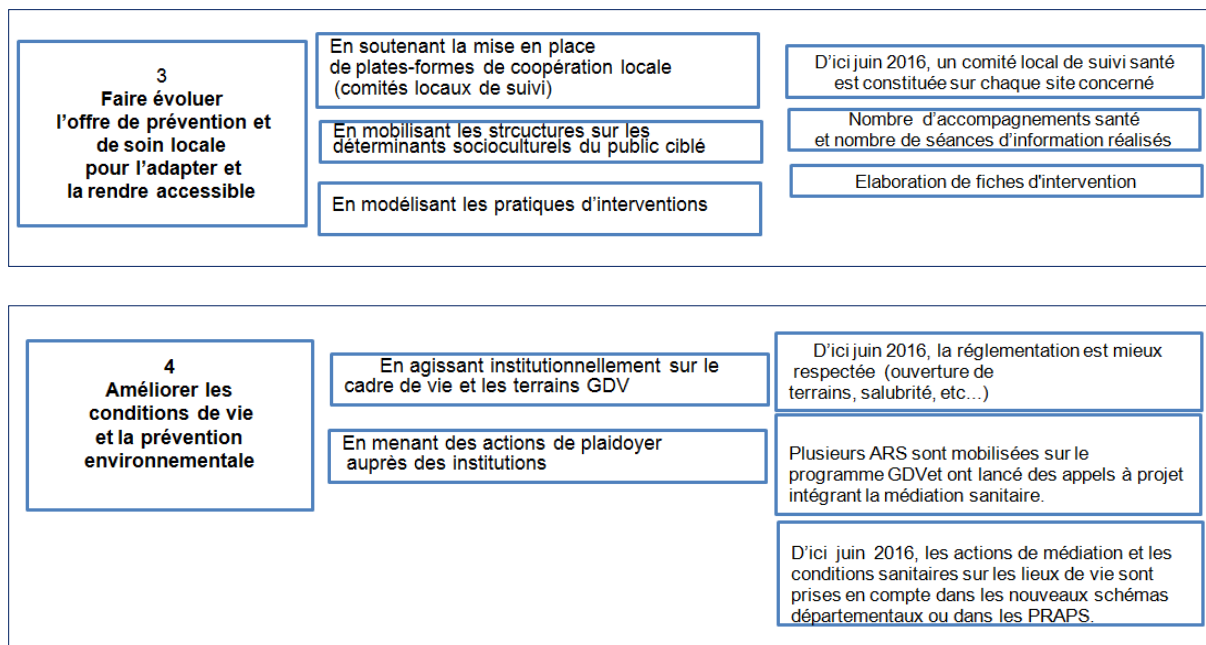
Une stratégie d'intervention revisitée par la coordination du PNMS dans le cadre d'un groupe de travail (CCPS, ADAPGV, La Rose des vents, Adept, RAGV 76, Amitiés Tsiganes et Voyageurs 72) et des outils élaborés : le cadre logique du programme, l'outil de suivi global « tableau de bord » et une fiche de recueil de données concernant les actions 2016 centrée sur les demandes du public.

La coordination nationale note que cet accompagnement reste insuffisant notamment pour ce qui concerne l'accompagnement sur site et les échanges avec les responsables des structures.

³⁰ Verbatim des coordinatrices du PNMS.

4.4 Une évaluation de la transférabilité limitée aux modalités d'intervention de la RAGV 76

► Rappel du référentiel d'évaluation : arbre des objectifs Médiation santé Gdv (2015-2016)



Au regard du nombre de structures engagées sur le programme, une évaluation orientée sur les axes d'évolution de l'offre de prévention et de soin locale n'est pas envisageable. Pour la même raison, il est difficile de se prononcer sur l'impact local du programme sur les conditions de vie et la qualité des aires d'accueil. **En raison de la mise en œuvre récente du projet, les données relatives à l'état des lieux des conditions de vie et à l'amélioration de l'accès à la santé n'ont pas pu être relevées dans le cadre de l'évaluation nationale.**

Nous présenterons cependant ici brièvement le contexte d'intervention du médiateur sanitaire au sein de l'association RAGV 76 en Seine Maritime³¹. Un financement annuel a été attribué par l'ARS à ce projet.

Origine du projet : Le médiateur a participé à l'élaboration d'un diagnostic en partant des données de la CPAM sur la consommation de soins des Gens du voyage. Il y est mis en évidence la prévalence élevée des pathologies liées aux habitudes de vie, le très faible recours aux dispositifs de prévention, la quasi inexistence de frais d'optique et des consommations de soins dentaires laissant supposer un état bucco-dentaire dégradé.

Objectif général : Améliorer la santé globale des Gens du voyage dont plusieurs études mettent en évidence les difficultés d'accès aux soins et à la prévention dues à des inégalités sociales de santé générant une occurrence élevée de certaines pathologies.

Modalités d'intervention : Le médiateur a pris son poste en septembre 2015. Il intervient particulièrement sur neuf lieux de vie correspondant à des aires d'accueil publiques ou des sites

³¹ Données issues du rapport 2015 du PNMS.

de stationnement réguliers non officiels identifiés dans le cadre du projet de médiation sanitaire. Dans un second temps, le projet s'étendra à la communauté d'agglomération Seine-Eure aussi bien pour leurs aires d'accueil que pour les stationnements sur terrains privés.

Les modalités d'action retenues consistent en des déplacements sur site dédiés à la santé, la co-organisation de permanences santé sur site (avec Médecins du Monde et l'Unité Mobile d'Actions Psychiatrie Précarité (UMAPP), l'organisation de séances de vaccination, des orientations et accompagnements individuels et collectifs vers des structures de soins et en un travail en réseau (sensibilisation des professionnels locaux aux problématiques de santé des Gens du voyage et mobilisation d'un groupe de travail dédié³²).

Les accompagnements individuels peuvent être des accompagnements physiques chez les professionnels de la santé ou bien des suivis plus diffus. Les accompagnements physiques ne représentent pas une part importante de l'activité du médiateur dans la mesure où le public fait preuve d'une certaine autonomie lorsqu'il s'agit de recours curatif aux professionnels de santé.

Analyse des impacts à 6 mois :

L'association RAGV 76 observe que la présence du médiateur sanitaire au sein de l'équipe permet aux personnes les plus vulnérables d'être accompagnées dans leurs démarches de soins. Elle permet de lever des freins d'accès à la santé autres que ceux de la mobilité géographique et de faciliter l'intercompréhension entre les professionnels de santé et les Gens du voyage.

La présence du médiateur a également été un levier pour élargir les partenariats (communauté d'agglomération de Seine-Eure) et pour développer de nouvelles modalités de coopération, notamment avec le gestionnaire des aires d'accueil.

Le médiateur sanitaire explique que les premiers mois consistent « à se familiariser avec les familles et à appréhender un nouveau milieu ».

« Avec la médiation, on a très vite compris que c'était le chaînon manquant à notre démarche de promotion de la santé. »

« Il est nécessaire pour certains publics de les accompagner vers les services de santé. Il ne suffit pas de diffuser des outils de sensibilisation ou d'organiser une séance d'informations ; il faut accompagner ; d'où la nécessité d'un médiateur. »

« Dans les premiers mois, on est dans une relation d'accompagnement pure et dure et de proximité et moins dans construction de projets plus ambitieux. »

« Le gros du boulot c'est d'être identifié comme un acteur relais et une ressource pour la configuration des parcours de soins. Il n'y a pas de demandes explicites en matière de santé. Il faut les déchiffrer progressivement. »

³² Ce groupe de travail réunit la CPAM, la CARSAT, l'ARS, la Métropole Rouen Normandie, l'UMAPPP, Médecins du Monde, et les équipes de vaccination.

L'association indique que les premiers mois de mise en œuvre ont été l'occasion de redéfinir les objectifs au regard de ceux énoncés initialement dans la demande de financement. Ainsi, le nombre d'accompagnements physiques vers les services de santé, le temps de présence sur les aires d'accueil ou encore l'organisation de certaines activités menées dans le centre social a été défini de manière hebdomadaire.

Le médiateur souligne l'importance du travail de proximité et la capacité à pouvoir accompagner les personnes sur des temps longs supérieurs à trois mois. Il indique que les premières sollicitations en matière de santé sont, en majorité, des situations complexes qui peuvent mêler des problématiques sociales et économiques importantes d'où l'avantage de pouvoir bénéficier d'un poste à temps plein.

En comparaison avec les actions menées auprès des populations roms, les approches sont différentes. Si le volet promotion sociale est plus prégnant dans les modalités d'actions auprès des Gens du Voyage, c'est l'ouverture des droits et l'accompagnement vers la prise en charge sanitaire qui prédominent dans l'approche auprès des populations roms. Le référentiel d'actions ne peut pas être identique.

Selon les acteurs, les freins à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention sont considérablement différents entre Gens du voyage et publics roms migrants. La barrière de la langue et les problématiques d'ouverture des droits ne sont, par exemple, pas partagées par les deux publics. La coordination nationale indique qu'il est difficile aujourd'hui de pouvoir pleinement prendre en compte et formaliser les pratiques mises en œuvre par l'association RAGV 76. Il s'agit en effet d'une seule et unique expérience dont les caractéristiques peuvent être liées au contexte local et à l'histoire du territoire. Avec l'intégration de nouvelles structures, le soutien méthodologique et le format d'accompagnement proposé aux médiateurs sera amené à évoluer au regard des convergences des situations locales.

Pour l'ensemble des acteurs, il y a un temps de gestation et de maturation du projet qui doit être intégré. Réaliser le bilan de l'adaptation du volet GDV paraît prématuré à ce stade de mise en œuvre mais la coordination nationale souligne que le temps d'intégration du programme au projet associatif des structures intéressées est également un facteur important à prendre en compte.

SYNTHÈSE - ÉVALUATION

L'état des lieux national du réseau Fnasat-Gv ainsi que les 6 mois d'expérience de l'association RAGV évalués permettent de confirmer l'utilité de la médiation sanitaire auprès des populations Gens du voyage.

Si l'architecture du programme en direction des habitants des bidonvilles semble être adaptée pour la structuration d'un nouveau réseau de médiateur Gdv. La formation de ses membres et la consolidation des pratiques, les modalités d'actions du volet habitants des bidonvilles et outils développés ne peuvent faire l'objet d'une transférabilité stricto sensu. En effet, les deux publics concernés partagent des problématiques d'accès aux soins mais les causes identifiées et les leviers d'actions qui peuvent être mis en œuvre diffèrent.

L'accompagnement physique des roms vers le soin qui a une place très importante dans les tâches des médiateurs sera moindre dans les tâches d'un médiateur Gdv. A contrario la sensibilisation des professionnels aux problématiques rencontrées par le public et l'information des publics relative au système de santé semble occuper une place similaire selon les premiers retours d'expériences.

Le travail engagé par le groupe de travail d'adaptation du programme doit se poursuivre et aboutir à un référentiel d'actions qui sera consolidé avec l'engagement concret d'autres associations sur le terrain.

-PARTIE 2-

FREINS ET LEVIERS AU DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME

5. Les freins et les leviers au développement du programme depuis 2013

Les freins et leviers s'observent à différents niveaux : législatif et réglementaire, organisation nationale du programme et déploiement des actions par les médiateurs sur les sites.

5.1 La médiation sanitaire intégrée à la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016

D'une façon générale, si la médiation sanitaire est désormais intégrée à la Loi de modernisation du système de Santé du 26 janvier 2016, il n'en demeure pas moins que le programme de médiation sanitaire ne bénéficie pas pour l'instant d'un cadre réglementaire précis qui en faciliterait la mise en œuvre.

Au-delà du seul aspect financier et de sa traduction opérationnelle, la dynamique partenariale s'est traduite par la reconnaissance de la médiation sanitaire, ainsi que de l'interprétariat linguistique, dans le code de la santé publique. Cette inscription dans la loi de Modernisation du Système de santé est un effet majeur qui pourrait, dans la mise en œuvre à venir du programme, être accompagnée de la production et de la diffusion d'outils visant à asseoir la méthode de la médiation sanitaire et sa connaissance.

Une présence et soutien des institutions telles la DIHAL et du Ministère de l'Education nationale pour accompagner le développement du programme sont attendus. Certains partenaires attendent une reconnaissance de la formation en médiation sanitaire et la poursuite de sa généralisation auprès d'autres publics.

5.2. Au niveau national : des modalités de pilotage et de coordination aux effets contrastés

5.2.1 La coordination nationale

- La structuration de la coordination nationale a été pensée pour le programme expérimental 2010-2012. La montée en charge du programme, l'implication de nouveaux acteurs sur l'ensemble du territoire national avec des spécificités territoriales et des démarches associatives diverses a engendré des besoins supplémentaires en terme de communication, d'échanges et de co-construction, difficilement absorbables in extenso aujourd'hui par la coordination nationale.

- Dans le fonctionnement de la coordination nationale, les financements ont été décrits comme insuffisants ou sans garantie de renouvellement ; ce qui a parfois fragilisé la fonction de pilotage.
- Le cadre souple proposé par l'AŠAV a permis de structurer un réseau de médiateurs autour de valeurs, connaissances et de compétences partagées et développées via la formation initiale, les formations continues et échanges de pratiques.

Ce cadrage du programme permet à la coordination de réaliser une adhésion « sur-mesure » en fonction de l'identité de l'association ou des engagements pris par l'association auprès de l'ARS lors de la demande de subvention.

On observe une certaine hétérogénéité des moyens consacrés aux différentes modalités d'intervention (actions collectives, individuelles ou encore dans l'accompagnement physique vers les structures de soins) selon les associations. Cette liberté affichée dans les priorités d'actions permet d'adapter les programmes de médiation sanitaire d'une part à la disparité de configuration des terrains mais aussi aux compétences du professionnel de la médiation.

- En matière de pilotage, si le référentiel d'intervention est diffusé ou accompagné, il n'existe pas encore de tableau de bord général de suivi des actions par territoire³³. Celui-ci permettrait de mettre en évidence le caractère multiforme du programme selon les territoires et les moyens mobilisés en médiation sanitaire. En fonction des résultats et leurs évolutions, une redéfinition des priorités pourrait alors émerger à travers la réalisation ou le renouvellement de diagnostics locaux de santé impulsés par les associations.
- L'équipe d'évaluation a également observé un questionnement sur la légitimité du pilotage national de l'AŠAV au regard du périmètre d'action de la FNASAT (niveau national). Celui-ci s'explique par l'historique du développement du programme : la phase expérimentale a été élaborée conjointement entre le collectif Romeurope, l'AŠAV et Médecins du Monde. Au moment de l'obtention du financement du programme, MdM n'a pas souhaité en porter la coordination et c'est donc l'AŠAV, association départementale des Hauts de Seine, qui en a pris la charge. Avec le développement du programme en termes de territoires et de public, l'AŠAV a émis le souhait que celui-ci soit repris par une structure à portée nationale. La coordination du PNMS par la FNASAT est l'option qui sera soumise au comité de pilotage 2016.
- La coordination partagée au niveau de l'AŠAV : 1 directeur, 2 coordinatrices n'a pas toujours facilité la mise en cohérence du programme entre la définition du référentiel et la déclinaison des actions sur les terrains. La démarche évaluative a également permis de mieux cerner le positionnement du comité de pilotage : s'il suit l'activité du programme et son développement, il ne constitue pas à l'heure actuelle une véritable instance de propositions d'actions et d'orientation. Selon les années, l'AŠAV ou le comité technique occupent ce rôle d'instance décisionnelle.

Des échanges peu formalisés et irréguliers avec les directions des associations concernées ont été mis en évidence avec des échanges portant très peu sur les aspects stratégiques du programme, l'équipe d'évaluation. Aujourd'hui, les concertations entre l'AŠAV et les

³³ Un tableau de bord de la coordination a été réalisé en 2016 mais il concerne principalement le partage des missions à réaliser en matière de pilotage au sein de la coordination de l'AŠAV.

responsables des associations participantes se font rares et ne sont pas encore véritablement formalisées.

Les responsables associatifs manquent de visibilité sur le travail mené par l'AŠAV au niveau national et européen et de temps de concertation partagés.

- La qualité du programme d'échanges de pratiques et de mise à disposition de ressources et d'outils auprès des professionnels de terrain est reconnue par les équipes. Cette interface riche et facile d'accès avec la construction d'une plateforme d'outils et de documents thématiques a renforcé les compétences des médiateurs et a permis une capitalisation des démarches et des approches (par exemple avec la création des fiches expériences).

5.2.2 Le référentiel national

La diffusion des documents de référence aux structures entrant dans le programme est nécessaire mais reste à compléter par un accompagnement constant auprès des médiateurs et de leurs directions. De plus, ces documents sont à améliorer pour s'ajuster aux différentes situations de contexte des structures participantes.

5.2.3 Le suivi

- En matière de suivi et de définitions des indicateurs, le programme n'intègre pas encore suffisamment les facteurs protecteurs de la santé³⁴. De nombreux indicateurs sont fondés sur les risques et la maladie. De même, des indicateurs relatifs aux barrières liées à la communication ou à l'apprentissage du français semblent essentiels.
- Par ailleurs, des indicateurs de suivi trop détaillés ne permettant pas de disposer d'une base de données fiable qui permettrait de mieux suivre l'évolution du programme.

³⁴ Ressources internes et externes protégeant la santé des êtres humains. Ils comportent des caractéristiques individuelles (estime de soi, sentiment d'appartenance, optimisme, etc.), des comportements personnels (alimentation, activité physique, etc.), des conditions socio-économiques (travail, air et eau non pollués, appui social, soins, etc.)

5.3. Au niveau local : le déploiement du programme sur site

5.3.1 Les partenariats, la coordination locale

Près de la moitié des partenaires locaux ont répondu à la question sur les partenariats en proposant des pistes concrètes.

Ils soulignent le manque de coordination entre les parties prenantes du projet de médiation sanitaire. Une plus grande mobilisation des collectivités locales permettrait notamment une amélioration de l'efficacité du dispositif. De même, une plus grande participation des populations est évoquée.

« Il faut que les partenaires institutionnels soient plus actifs et plus réactifs face à des situations critiques (épidémies de gales par exemple), que les expulsions ne soient pas la réponse systématique à la résorption des bidonvilles, qu'un réel travail d'innovation soit mené sur la question des habitats alternatifs : la stabilisation des lieux de vie étant une condition de réussite de tout projet avec les habitants. »

« Une meilleure communication entre tous les acteurs afin d'articuler au mieux les interventions complémentaires de chacun »

« Il est nécessaire de travailler ensemble avec les populations pour apprendre à mieux nous connaître »

« Il faut plus de prise de conscience du politique de la nécessité de ne pas stigmatiser ces populations, de les accepter sur leurs territoires et de les domicilier. Les expulsions permanentes sont trop douloureuses, sources de ruptures de soins, de déscolarisation des enfants et cassent les projets de partenariat. Donc continuer ++ les plaidoyers. Les services de PMI existent et doivent reprendre cette prévention primaire, s'impliquer davantage dans ces projets par une volonté des directions. Mais les moyens manquent aussi, donc pas si simple. »

5.3.2 La participation des populations

- La participation des populations à la mise en œuvre du programme n'est pas véritablement observée ou pas suffisamment valorisée dans son ensemble (niveau local et national). A terme, il conviendra d'apprécier le degré de cette participation-mobilisation tout au long de l'action. Cela relève de l'intérêt de valoriser une culture de promotion de la santé plus à même de répondre aux enjeux de santé qui dépasse le cadre de l'offre de soins disponible. Ce constat ne signifie pas une absence d'expériences et d'approches spécifiques qui répondent aux préoccupations des populations comme en témoignent l'évolution des thèmes abordés lors des temps nationaux d'échanges de pratiques (refus de soins, violences conjugales, autonomie des personnes, faire face aux évacuations...) mais aussi la diversité des séances de sensibilisation collectives.
- Selon certains partenaires, les publics roms ne sont pas suffisamment associés aux actions. En outre, il faudrait qu'ils aient davantage accès à des informations concernant les domaines de la

santé, de l'éducation ou de l'hygiène. Le renforcement des connaissances en matière de contraception, connaissance du corps, droits des femmes et des mineures en général est évoqué par un partenaire.

5.3.3 Les modalités d'intervention

Les freins et les leviers selon les modalités d'intervention en médiation sanitaire sont examinés selon les axes : Visibilité, légitimité, adaptabilité. Des résultats positifs

► Visibilité

La médiation sanitaire est peu connue de la population générale, elle l'est encore moins par les publics des bidonvilles ou par les Gens du Voyage. A la croisée des chemins entre travail social, démarche préventive, veille sanitaire et facilitateur des échanges avec les professionnels de santé, elle s'inscrit non pas à travers la communication d'une association ou l'accès à un service de santé mais par la présence quasi quotidienne d'un médiateur ou d'une médiatrice sur les lieux de vie.

Cette visibilité liée à la mobilité des professionnels permet souvent un effet « *bouche à oreille* » et accroît la mobilisation des familles autour de la médiation sanitaire. Selon la taille des terrains, le temps de présence des familles et l'expérience accumulée des médiateurs, les effets peuvent être relativement rapides pour permettre une identification du rôle de la médiation en bidonvilles. Les médiateurs évoquent néanmoins une période d'acclimatation/appréhension d'environ six mois. Mais, si cette visibilité de la médiation sanitaire se « personnalise » sur les lieux de vie ; elle semble beaucoup plus lente et difficile auprès des acteurs politiques, sanitaires et sociaux du territoire et s'accompagne d'un manque de visibilité sur les missions globales du médiateur parfois réduit au rôle de facilitateur ou d'interprète.

Les partenaires institutionnels et locaux ainsi que les professionnels de santé libéraux impliqués dans le programme ont été interrogés par le biais de questionnaires spécifiques à chaque type de profil³⁵. Le degré de connaissance déclaré du programme par les différents acteurs est en cohérence avec leur positionnement respectif. Ainsi, on observe chez les acteurs locaux une part de 51 % d'entre eux qui ont une bonne voire une très bonne connaissance du programme au niveau local, contre 12% qui ont une bonne connaissance du programme dans sa dimension nationale.

En revanche, la majorité des répondants partenaires nationaux pensent avoir une bonne voire une très bonne connaissance du projet de médiation sanitaire dans sa dimension nationale et une connaissance approximative des projets locaux.

Le principal effet que les partenaires identifient est la plus grande prise en compte de la médiation 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.

³⁵ Enquête en ligne réalisée auprès de 10 partenaires nationaux, 149 partenaires locaux et 5 professionnels de santé libéraux. Voir questionnaire en Annexe n°6.

Un seul et unique professionnel de santé libéral a accepté de participer à l'enquête. Il considère que l'action des médiateurs rend ses consultations, auprès de patients concernés par le programme, plus efficaces. Ce dernier déclare avoir une connaissance sommaire du programme aussi bien au niveau local que national. Si cela peut s'expliquer par le fait que l'action du praticien est centrée sur les problématiques individuelles des patients. La mobilisation des professionnels libéraux reste un axe de progrès du programme, tous territoires confondus. On peut supposer qu'une connaissance du programme, de ces objectifs et ses modalités de mise en œuvre, pourra contribuer à consolider les collaborations voire à en créer de nouvelles.

► **Légitimité et cohérence**

Pour s'inscrire durablement, la médiation sanitaire souffre certainement d'un manque de légitimité vis-à-vis des professionnels de santé, en particulier des médecins. Non formés ou informés, trop peu d'entre eux connaissent la fonction et les pratiques de médiation.

Les professionnels issus du secteur social semblent moins concernés par ce défaut de légitimité : ils sont unanimes pour attester du rôle essentiel des médiateurs dans le programme. Selon les partenaires locaux du champ social, les médiateurs jouent un rôle primordial dans la transmission d'informations, la création de liens de confiance ainsi que le suivi des familles et facilitent ainsi l'accès aux soins des bénéficiaires.

L'effet le plus important caractérisé par les membres des réseaux locaux est une amélioration de la connaissance des problématiques de santé des publics roms. En deuxième place se situe la prise en compte de ces problématiques par les partenaires institutionnels.

Au niveau local et national, tous sont satisfaits voire très satisfaits de la dynamique partenariale initiée et/ou de leur implication dans le programme de médiation sanitaire.

Pour les partenaires locaux, si 29% indiquent que les objectifs sont atteints totalement, une majorité (63%) estime que le programme n'a que partiellement atteint ses objectifs tandis qu'en moyenne, les partenaires nationaux déclarent que le programme répond totalement aux objectifs prévus initialement. Cela peut s'expliquer par le différentiel entre le grand nombre de situations susceptibles d'être accompagnées par les médiateurs sur les lieux de vie bénéficiant du programme et le faible nombre de situations pouvant être accompagnées par les médiateurs.

► **Adaptabilité**

En pratique, si l'offre en médiation sanitaire couvre désormais 6 régions, il est certain que cette démarche, essentielle dans l'amélioration de l'accès aux droits (domiciliation et couverture maladie) et d'accompagnements vers les services de santé, ne couvre pas suffisamment les besoins quantitatifs et qualitatifs des populations roms ou Gdv en situation de précarité. Entre 2013 et 2015, après avoir accueilli le double d'associations permettant la montée en charge du programme, on assiste aujourd'hui à un épuisement des acteurs de terrain, dont l'activité se retrouve parfois à moyens constants malgré une hausse du nombre de lieux de vie où ils auraient motif à agir pour mobiliser les partenaires locaux.

D'autre part, le développement du programme doit s'opérer en tenant compte de plusieurs principes de réalité :

- **le besoin d'asseoir le programme sur un référentiel d'intervention partagé** dont les axes se retrouvent autour de :
 - la facilitation de l'accès aux soins (sensibilisation des personnes aux problématiques de santé et meilleure compréhension des organisations sanitaires et sociales, facilitation de l'accès à une couverture maladie et accompagnement physique de certains patients).
 - le développement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé sur les lieux de vie
 - une fonction de veille et d'observation sur les problématiques rencontrées et une identification de nouveaux besoins.

- **La nécessité d'adapter le niveau d'intervention et de prioriser les différents axes d'interventions en fonction du contexte local (politique, sanitaire, social, environnemental).** La multiplicité des modalités d'intervention et les situations d'urgence auxquelles sont confrontées les équipes de médiation ont en effet rendu complexe la mise en place de la démarche de médiation sanitaire.

- **La certitude de devoir réadapter et de recommencer les démarches engagées en fonction du rythme des évacuations de lieux de vie et de leurs conséquences sanitaires et sociales.** Après trois ans de développement, la déclinaison locale du programme a pris diverses formes selon les enjeux des territoires et la taille des équipes déployées en médiation sanitaire (avec notamment l'impact de la présence de bénévoles ou non). Si sa mise en pratique apparaît complexe, il semble aujourd'hui important de pouvoir non seulement fixer des priorisations d'objectifs différenciés selon les structures engagées mais aussi de se donner la capacité d'ajuster les résultats à atteindre en fonction de l'évolution des diagnostics territoriaux initiaux. Cela ne signifie pas que l'intégralité du programme de médiation sanitaire soit spécifique à chaque structure engagée, mais cela doit s'illustrer par une composition du programme plus personnalisée et donc adaptable.

► Attractivité

En matière de communication, l'équipe d'évaluation fait part des éléments suivants :

- Une communication encore peu visible au niveau national même si des efforts ont été réalisés : site internet, courriers aux ARS et à la DGS, présence dans certains colloques (plateforme ASV) et activité à l'échelon européen.
- Une communication plus structurée au niveau local mais avec une identité qui n'apparaît pas comme celle émanant du programme national.
- Une communication réussie et de proximité avec une plateforme mise à disposition des médiateurs mais une faible articulation avec les directions d'associations et des acteurs de la médiation au niveau national (France Médiation, MdM, Centre de ressources en santé mentale...).

5.3.4 Les outils et moyens mis à disposition des médiatrices

Au niveau local, les médiateurs doivent remonter des données annuellement à l'AŠAV. Ces données sont agrégées par les médiateurs par terrain concerné. Cela s'avère une tâche difficile car les lieux d'intervention ainsi que leur état sont mouvants. Par ailleurs, l'action sur un terrain peut être ponctuelle, ou une personne peut être suivie hors terrain au regard d'un besoin.

« Ici, on travaille sur des petits terrains, donc si tout le monde va bien sur un terrain, on peut se permettre de ne pas s'y rendre pendant deux mois et de privilégier un autre terrain. »

« Parfois, quand les gens sont expulsés, on continue à les suivre sur le trottoir, alors que le terrain n'existe plus, donc c'est compliqué de faire des fiches par terrain. »

Par ailleurs, la taille des terrains d'intervention étant très hétérogène (de 5 à 500 habitants) plusieurs médiateurs interviennent sur un nombre plus important de terrains que ce qui est préconisé par l'AŠAV.

On observe que certains acteurs assurent une remontée partielle de leur activité, à l'AŠAV, pour respecter le cadre qu'ils pensent être imposé (intervention sur un seul terrain). Sur ce sujet la coordination nationale précise qu'il n'a pas été question au sein du PNMS de demander que l'intervention soit limitée à un seul lieu de vie. Les structures qui sont intervenues ainsi à un moment le faisaient déjà avant leur intégration au programme (MdM Lyon et St Denis) et ne l'ont pas poursuivi sur toute la période de leur participation au programme. Les préconisations partagées par le référentiel et l'AŠAV concernent la nécessité d'assurer un suivi et un lien régulier sur les lieux de vie. Il n'y a pas de seuil fixé juste une vigilance sur l'adéquation entre les moyens/médiateurs sanitaires et le nombre de lieux d'interventions.

« On fait remonter l'activité de 6 terrains, or nous intervenons sur 15 terrains. Nous avons fait le choix opérationnel d'intervenir sur tous les terrains, cela repose sur de vraies logiques de santé, cela permet d'éviter les perdus de vue. Les gens sont mobiles et nous avons pu répondre à des épidémies car on est en mesure de retrouver les gens au fur et à mesure. »

Une réflexion est à mener afin de restreindre le nombre d'indicateurs à remonter au niveau national afin qu'ils soient récoltés par l'ensemble des associations et que leur analyse soit pertinente et fidèle aux actions menées.

5.3.5 Les profils, missions et turn-over des médiateurs

- **Entre 2015 et 2016, 1 médiateur sur 2 a été remplacé.** On observe un turn-over important sur ces postes. La plupart des professionnels ont un diplôme de niveau 1 et des souhaits d'évolution professionnelle qu'ils ne peuvent réaliser dans la filière de la médiation ou au sein de leur association. D'autres disposent de plusieurs années d'expérience de la médiation et souhaiteraient accéder à une formation diplômante. La capitalisation des données prend d'autant plus d'importance dans ce contexte de turn-over.

Les médiateurs du programme ont évoqué des facteurs à cela :

- **le sentiment de ne pas pouvoir inscrire son travail dans la durée**, les expulsions des lieux de vie engendrant des interruptions voire des ruptures de prise en charge,
 - **le sentiment de ne pas disposer du temps nécessaire** pour assurer l'ensemble des tâches : médiation, démarches administratives, développement de collaborations et partenariats, accompagnements physiques,
 - **le sentiment d'épuisement lié aux contraintes** telles que les refus ou délais d'ouverture des droits sur certains territoires, la difficulté de réaliser des domiciliations sur d'autres, le moindre recours à l'interprétariat des structures de soins,
 - **le sentiment d'être submergé par les urgences** au détriment du développement des objectifs du programme,
 - **l'ampleur de la tâche** pour tous les médiateurs et plus particulièrement ceux qui évoluent seuls sur les terrains,
 - **l'absence de référentiel métier**,
 - **l'absence de perspective de carrière et d'évolution.**
- **Les partenaires locaux sont unanimes quant à l'importance de la médiation sanitaire dans l'accès aux soins et à la prévention des publics.** La majorité d'entre eux souhaitent renforcer le nombre de médiateurs sur le terrain afin que ces derniers puissent suivre les familles de manière plus précise et régulière.

Mais le manque de moyens financiers ou encore le caractère non pérenne des actions sont également des points soulevés par les partenaires locaux.

« On pourra améliorer le programme si on peut avoir une équipe stable de médiateurs sanitaires avec plus de temps dédié à l'accompagnement. Utiliser les ressources du territoire en favorisant l'accès au droit commun et en identifiant les ressources de terrain et les ressources de deuxième degré d'appui à la coordination. Pouvoir à chaque prise en charge d'un patient malade, établir un plan personnalisé de santé, base du travail en coordination. Se rapprocher des acteurs locaux de type cabinets infirmiers pour favoriser leur engagement dans la prise en charge de cette population. »

« La théorie de la médiation sanitaire est séduisante mais son efficacité encore limitée pourrait être renforcée par : une présence quotidienne sur les terrains plus importante et un suivi plus précis des familles ; -une couverture de l'ensemble des bidonvilles et squats ; une coordination de l'action des différents intervenants, structures et bénévoles. »

« Il faudrait plus de médiateurs, permettant des accompagnements plus réguliers, plus fréquents. Il faudrait permettre aux structures de se déplacer. »

Les médiateurs disent être souvent débordés. La palette des missions qui leur sont confiées est vaste. Ces missions relèvent, au-delà de la construction de partenariats, des domaines juridiques, administratifs et médicaux. Les médiateurs doivent non seulement être en mesure de mobiliser et de sensibiliser des professionnels aux problématiques du public rom mais aussi d'informer ou d'être un relais pour l'accès aux droits, d'interpeller les institutions locales, de dialoguer avec des conseillers juridiques, de recueillir les besoins des habitants des bidonvilles, d'assurer une veille de l'état de salubrité des lieux de vie et d'assurer l'interface entre soignants et habitants.

La variété des missions nécessite une polyvalence soutenue. Il est difficile de hiérarchiser les tâches quand on est, au quotidien, face à des situations d'urgence. De plus, les professionnels partenaires locaux, ne cernent pas toujours bien les missions du médiateur et le sollicite parfois pour des tâches qui ne sont pas de son ressort.

« Les professionnels nous sollicitent pour tout et n'importe quoi. »

« Souvent, je dois rappeler que je ne suis pas interprète, que cela n'est pas mon rôle. »

« Toutes les actions sont prioritaires, or on n'a pas le temps de tout faire. Dans ce cas, je réponds en priorité aux demandes des personnes. »

« Parfois, je prends 2 heures pour trouver le médecin qui accepte l'AME, il nous manque du temps pour organiser une stratégie du médiateur, pour capitaliser... »

« On manque de temps pour l'écriture, la construction de projet et les ateliers de groupe. »

L'ensemble des responsables associatifs rencontrés tout comme les médiateurs souhaitent que le programme contribue à la professionnalisation de la médiation et à la reconnaissance d'un métier.

La prise de poste est un moment clé. L'AŠAV a élaboré une formation de base des médiateurs, cependant, le suivi rapproché et individualisé du médiateur dès la prise de poste n'est pas toujours possible. C'est pourquoi, un outil tel qu'un livret d'accueil du médiateur constitué d'un socle commun partagé (posture, réseau des médiateurs, missions, processus d'ouverture de droit...) et un volet spécifique et évolutif au regard du contexte local et associatif, pourrait enrichir le programme. Par ailleurs, la co-construction d'un référentiel métier, permettant aux associations d'élaborer sur cette base des fiches de poste, est une piste d'amélioration.

5.3.6 Des difficultés persistantes face auxquelles les médiateurs sont confrontés

L'action des médiateurs pour assurer l'accompagnement vers une prise en charge médicale est étroitement liée à des démarches administratives essentielles. On constate les difficultés rencontrées sur certains territoires qui imposent aux associations d'engager des négociations, de faire un rappel du droit, de faire appel à un conciliateur ou médiateur de justice voire d'engager des actions juridiques concernant :

- **La domiciliation administrative**, préalable à l'ouverture de droits, à laquelle s'opposent certaines communes sur lesquelles sont implantés les squats ou bidonvilles,
- **Les évacuations de terrains qui restent avant tout nuisibles aux efforts des personnes pour prendre charge leur santé et qui viennent également ébranler la dynamique partenariale et les démarches des médiatrices sanitaires** pour l'accessibilité aux droits et aux soins. Le nombre d'expulsions ou d'évacuations forcées n'a cessé de croître entre 2013 et 2015. La coordination nationale a mobilisé les structures afin de répertorier l'ensemble des démarches, courriers, prises de positions réalisées sur une année afin de mesurer les moyens déployés sur cette problématique.
- **L'ouverture des droits** des personnes suivies par la médiation, malgré son taux croissant et le développement de stratégies innovantes entre projet de médiation et Caisses primaires d'assurance maladie. Une part importante du temps de travail des médiateurs est dédiée aux questions liées à l'ouverture des droits et on observe de nombreux obstacles à celle-ci (délais, demandes de pièces abusives...).
- **Les refus de soins** : 13 signalements aux autorités compétentes ont été effectués par les médiateurs en 2015. Les acteurs du programme indiquent que le fait de pouvoir faire appel à un praticien libéral est un véritable atout pour les personnes. Mais, bien que les médiateurs aient développé des moyens, voire des outils pour faciliter cet accès, celui-ci reste encore relativement faible.
- **Le recours à l'interprétariat par les institutions**. Malgré une mobilisation de la médiation sur ce sujet, **un déficit encore net est constaté.**

En résumé

La dimension nationale du programme trouve tout son sens dans l'activation de relais à l'action voire dans les modifications de fonctionnement des structures mobilisées. Les regroupements entre médiateurs et les échanges de pratiques permettent à chacun de se nourrir des expériences des autres et d'envisager des leviers d'action sur son propre territoire.

La gestion des urgences médicales et l'orientation des personnes pour l'ouverture des droits préalables aux prises en charge médicales sont des tâches chronophages et prioritaires pour les médiateurs. Outre leur impact sur les personnes accompagnées, elles peuvent aussi occasionner une sensibilisation des interlocuteurs à la prise en compte des questions de santé. **Cette démarche peut être renforcée par des interpellations rappelant les obligations légales** adressées par les associations aux municipalités qui refusent la domiciliation des populations roms ou encore aux CPAM faisant des demandes de pièces abusives pour les dossiers d'ouverture de droit.

La salubrité des lieux de vie fait l'objet d'un recueil d'indicateurs par les médiateurs sur chacun des terrains ciblés par le PNMS. Cela fait débat car cela demande un temps d'observation (présence de poubelles, en nombre suffisant, périodicité du ramassage, présence de nuisibles, état du sol...) qu'ils ne peuvent pas nécessairement dégager. Par ailleurs, pour certains, il s'agit d'indicateurs qui ne sont pas des priorités associatives ou encore, qu'ils considèrent ne pas relever de la médiation sanitaire.

Si le plaidoyer intègre les aspects de salubrité des lieux de vie, on observe peu de retombées directes sur la situation des bidonvilles. Une réflexion est à mener avec les associations sur l'opportunité des modalités de collecte et de traitement des indicateurs de salubrité des lieux de vie.

Plusieurs moyens sont mis en œuvre par les associations pour améliorer la prise en compte institutionnelle des questions de santé et de salubrité sur les territoires. Cependant, **la question de l'adéquation des moyens mis en œuvre au regard de l'ampleur des enjeux, de la multiplicité des acteurs concernés et des résistances institutionnelles rencontrées par les associations se pose.** Quel est l'impact d'un rappel à la loi réalisé par une association à une municipalité ou à une CPAM ?

Sans impulsion politique nationale, il paraît difficile de générer des résultats à la hauteur des moyens investis. Bien que le programme national de médiation sanitaire soit financé par les services de l'Etat au niveau national, par des ARS au niveau local voire des collectivités, **les associations doivent, pour mettre en œuvre le projet, faire face à des obstacles qui sont bien souvent liés au non-respect de la loi et aux résistances institutionnelles quant à la prise en charge des populations Gens du voyage ou habitants de bidonvilles.** Une réflexion pourrait être engagée avec les membres du comité de pilotage afin d'envisager un dispositif d'accompagnement opérationnel du programme, institutionnel, à enclencher lorsque les difficultés rencontrées par les associations, comme dans le cas de la domiciliation, relèvent du non-respect du droit par les institutions.

La médiation sanitaire permet l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité, particulièrement pour les publics allophones, à condition que le système de santé en direction duquel il fait médiation soit engagé dans l'accueil et la prise en charge de ces derniers.

Finalement, cette conception de la médiation renvoie à ce que l'on appelle **l'accessibilité universelle**. Cette notion plutôt réservée aux acteurs du handicap peut parfaitement se développer dans le champ de la promotion de la santé et de la santé publique. Permettant aux personnes de développer des connaissances et des compétences sur la maladie, les traitements, leur suivi dans un parcours de soin, la médiation leur permet, si elles le souhaitent, **d'acquérir de l'autonomie** pour ouvrir des droits, comprendre les symptômes d'une pathologie, savoir localiser le service de santé adapté à la situation ou encore appréhender progressivement les déterminants de la santé en lien avec un mode de vie cependant difficile.

Pour la première fois en France, la loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 27 janvier 2016 comprend un article (art.90) qui traite de la médiation sanitaire :

I. – Le chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-13. – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

« Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé. ».

Le choix de l'extension du programme aux publics des Gens du voyage en situation de précarité est le résultat de nombreux échanges entre l'AŠAV, la FNASAT, le collectif Romeurope et la Direction Générale de la Santé. Après trois années de fonctionnement, de multiples documents méthodologiques en précisent le contenu opérationnel et les outils. Les critères de qualité ne sont pas encore déterminés à ce stade.

Avant de s'attacher à imaginer les contours d'un système sanitaire et social qui puisse favoriser le développement de la médiation sanitaire, il est tout d'abord indispensable de saluer le travail, l'énergie, la rigueur professionnelle que dégagent l'ensemble des acteurs de la médiation sanitaire à toutes les échelles du programme : coordinations nationale et locales, médiateurs-trices sanitaires sur les lieux de vie au plus près des populations. Si des points d'amélioration sont identifiés dans le pilotage et la coordination du programme ou encore dans les conditions de transférabilité aux Gens du voyage, il faut saluer les efforts conséquents réalisés par les équipes de médiation pour harmoniser les pratiques, faire connaître le programme aux acteurs locaux et inventer de nouveaux outils adaptés aux besoins des populations.

Recueil d'expression de partenaires locaux ou nationaux :

« Tout simplement parce que sans l'intervention des médiateurs, ce travail médical in situ n'aurait pas été possible. Dans ces conditions si difficiles, un travail en équipe est essentiel. Les médiateurs permettent à des institutionnels comme moi d'intervenir. Chacun des deux côtés apporte son expertise à l'autre. Je regrette seulement que la médiation soit confiée à des associations dont les budgets sont sans cesse menacés, alors qu'il me semble que ces actions relèvent de la mission de l'État ou des collectivités locales. »

« La dynamique partenariale a le mérite d'exister avec des personnes sympathiques! A notre avis, elle gagnerait à être plus pragmatique : le désir d'autonomie /santé ne se décrète pas et n'émerge qu'après une longue période d'accompagnement. »

« Il conviendrait aussi d'améliorer la connaissance (et l'utilisation optimale) des structures existantes : PMI, médecine scolaire et des asso bénévoles. »

« Améliorations des suivis des patientes enceintes et de certains enfants. Liens sur le terrain avec les différents partenaires. Importance +++ des médiateurs, piliers indispensables de ces dispositifs. Les familles entrent dans des suivis de droit commun une fois la confiance installée ».

« La médiation sanitaire permet souvent le repérage du lieu d'orientation mais cela n'est pas suffisant. »

« Le travail en réseau est fondamental pour l'accompagnement de ces familles vivant dans des conditions très précaires.»

-PARTIE 3-

RECOMMANDATIONS

6. Les grands axes de recommandations : modalités stratégiques de pilotage, d'organisation, de suivi, de communication.

6.1. La médiation sanitaire et la réduction des inégalités sociales de santé

L'état de santé et de bien-être d'une population, d'un individu est déterminé par plusieurs facteurs : des facteurs individuels, sociaux, environnementaux, économiques et structurels voire institutionnels. Ainsi, les différences d'espérance de vie sont très variables d'un pays à un autre, mais également à l'intérieur d'un même pays en fonction des catégories socio-professionnelles. Elles suivent globalement un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne³⁶.

Ces inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées en France³⁷. Elles concernent toute la population selon un gradient social. La politique de santé publique peut elle-même être pourvoyeuse d'ISS (Fassin, 2000) : « une « bonne » politique d'éducation et de prévention se fait presque davantage plus au bénéfice des catégories aisées plutôt que modestes ». La pauvreté, la précarité, l'exclusion sont une autre face des inégalités sociales de santé et en représentent la forme extrême ; les modes d'analyse, d'interprétation et d'intervention sont donc différents mais complémentaires et non exclusifs.

La médiation sanitaire qui vise à développer les connaissances et capacités des personnes et à mobiliser les acteurs de santé peut-elle réduire les inégalités sociales de santé ?

Au regard de cette finalité et la diversité des approches déployées, nous estimons qu'elle peut y contribuer fortement. Nous observons cependant que cet objectif est encore très peu évoqué dans le programme ou ses déclinaisons locales.

Les modalités d'intervention du programme et son élargissement aux Gens du voyage précarisés méritent que des travaux de recherche soient mobilisés sur cet axe.

Le programme de médiation sanitaire s'inscrit de par son histoire comme un programme construit pour les publics roms. Son organisation reflète et prend en compte les ancrages culturels des croyances et des comportements de santé et face à la maladie des personnes vivant en bidonvilles. Il y a depuis le lancement du programme un véritable enjeu à s'intéresser aux pratiques de santé communautaire et à associer plus largement les populations dans les étapes de diagnostic, de suivi et d'évaluation.

³⁶ CSDH. *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva : World Health Organization, 2008.

³⁷ Mackenbach JP, Srirbu I, Roksam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. European Union working group on socioeconomic inequalities in health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2468-81.

Pour améliorer la qualité du programme, il doit pouvoir s'adapter aux besoins spécifiques des personnes et de leurs milieux de vie, en portant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables, contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales de santé. **Au regard des résultats observés, les pratiques de médiation sanitaire constituent un outil structurant pour renforcer les actions de veille, de promotion, de prévention et de protection avec un ensemble de partenaires issus du système de santé et des services sociaux.**

Le périmètre d'intervention géographique le plus pertinent semble se situer à l'échelle de villes ou de communautés d'agglomérations.

Concernant le positionnement stratégique du programme, il nous semble que les modalités de financements et les conditions d'attribution représentent des facteurs déterminants. A ce titre, elles doivent pouvoir évoluer et se clarifier afin de garantir une stabilité au programme et de mieux cerner son périmètre d'intervention. La disparité des soutiens entre une structure pilote (financée par la DGS) et les médiateurs sanitaires (financés par différents bailleurs locaux) peuvent aussi contribuer à déséquilibrer le système de coordination nationale. Enfin, un programme dont la coordination est financée par la DGS devrait bénéficier d'un soutien du ministère de la santé pour mobiliser les ARS, DDCS et autres financeurs locaux.

6.2. Recommandations générales pour améliorer la qualité du programme et la poursuite de son développement auprès des Gens du voyage

GOUVERNANCE ET PILOTAGE

Définition des orientations stratégiques du PNMS :

- ▶ **Le niveau régional apparaît comme le niveau pertinent pour déployer et financer les pratiques de médiation sanitaire.** Les cohérences régionales et territoriales de santé doivent être impliquées pour identifier les territoires prioritaires. La mise en œuvre opérationnelle sera réalisée par des acteurs associatifs issus de l'action sociale et compétents en matière de santé communautaire. Une coopération renforcée avec les collectivités locales (villes et Établissement public de coopération intercommunale) sera recherchée.
- ▶ **Le niveau national semble pertinent pour assurer un rôle de diffusion de bonnes pratiques, de révision du référentiel, de définition de critères de qualité.** Il pourrait également promouvoir des stratégies de communication de promotion de la médiation sanitaire auprès des professionnels et des collectivités territoriales. La réflexion doit se poursuivre concernant les formations diplômantes en médiation sanitaire ou médiation en santé.
- ▶ **Re-questionner le périmètre des objectifs opérationnels du programme au regard des moyens humains disponibles au sein de chacune des associations** (1 à 2 médiateurs) et prioriser les tâches (veille sur l'état des terrains, accompagnement, informations collectives, individuelles, sensibilisation des acteurs locaux) en fonction des diagnostics locaux.

- ▶ **Réinterroger le positionnement de l'AŠAV comme structure pilote du programme afin de garantir les meilleures conditions de pérennité du programme. Au regard du périmètre du programme, une structure d'envergure nationale** semble plus adaptée pour assurer efficacement les fonctions de pilotage et de plaidoyer. L'AŠAV continuerait à assurer une fonction de centre de ressources.
- ▶ **Engager une réflexion relative à l'amélioration de l'implication des supérieurs hiérarchiques des médiateurs.** La création d'un comité de suivi biannuel, réunissant l'ensemble des supérieurs hiérarchiques des médiateurs permettrait de renforcer la communication des associations vers la coordination nationale et inversement. Ces temps de réflexion stratégique contribueraient aux objectifs suivants :
 - Informer des actions de plaidoyer menées par les associations aux niveaux local et national
 - Faciliter la mise en œuvre des pratiques ou la résolution de problématiques émergeant lors des réunions d'échange des médiateurs
 - Discuter des choix stratégiques propres à chacune des associations et soutenir les dynamiques locales
 - Accroître la visibilité des actions menées par l'AŠAV au niveau national et européen
 - Concilier les objectifs associatifs de chacun des membres avec les objectifs du programme au niveau national
- ▶ **Appliquer les conditions d'entrée et de sortie** du programme, elles existent.
- ▶ **Restaurer un comité de pilotage plus restreint**, plus stratégique et améliorer le cadrage du programme : suivi annuel pour réajuster l'action en fonction du référentiel.
- ▶ **Définir une phase d'expérimentation (nombre limité de structures adhérentes) avant un développement national du programme pour l'axe Gens du Voyage.**
- ▶ **Poursuivre les recherches et développer de nouveaux partenariats pour assurer une stabilité financière du programme.**

SUIVI

- ▶ **Le suivi annuel plus détaillé** devra permettre de réajuster les actions en fonction du référentiel.
- ▶ **Formaliser un réajustement des fiches de suivi et fiches terrains en fonction de la pertinence des indicateurs et de la qualification des professionnels** (à ce jour, certaines données de suivi relèvent de professionnels médicaux ou ne concernent plus directement les objectifs principaux du programme tel les indicateurs de santé materno-infantile.).
- ▶ **Simplifier les outils de suivi en concertation avec les responsables associatifs** afin que les remontées de données soient exhaustives et exploitables chaque année. Privilégier un faible nombre d'indicateurs partagés par tous plutôt qu'un grand nombre non collectés de façon exhaustive.

- ▶ **Instaurer une visite annuelle de la coordination nationale sur chaque site d'intervention.**
- ▶ **Mieux prendre en compte les données qualitatives en associant systématiquement les personnes concernées** (populations roms et Gens du voyage) à la démarche de suivi (selon les principes de développement de l'approche en santé communautaire – promotion de la santé).

PLAIDOYER

- ▶ **Définir une stratégie et des objectifs plus opérationnels en matière d'amélioration des milieux de vie.** La multiplication des évacuations de bidonvilles ces dernières années a mis en péril et en difficulté de multiples actions de médiation sanitaire. C'est un facteur dommageable dans les parcours de santé et de vie des personnes. Aussi, la capacité des acteurs à anticiper, préparer, dialoguer avec les pouvoirs publics quand un lieu de vie est concerné par une évacuation nous paraît essentielle. Néanmoins, cette fonction ne peut pas être confiée aux médiateurs et devrait se développer à un niveau politique qui dépasse parfois le cadre du programme.
- ▶ **Communiquer/mutualiser les actions de plaidoyer au niveau national et européen** (Romeurope, Médecins du Monde France, France Médiation, FNASAT)
- ▶ **Systématiser le partage des informations relatives aux actions de plaidoyer** menées par les associations au niveau local et leurs effets.

MODALITÉS D'INTERVENTION

- ▶ **Poursuivre les travaux engagés sur la mobilisation des compétences psychosociales et l'approche communautaire en santé.**
- ▶ **Poursuivre l'amélioration de la qualité du programme à partir de la recherche sur la littératie en santé³⁸.** La littératie est un puissant déterminant de la santé, au même titre que sont le revenu, le statut d'emploi, le niveau d'éducation et le groupe ethnique d'appartenance³⁹. Ainsi, une littératie limitée se traduit par⁴⁰ :
 - Moins de participation dans la promotion de la santé.
 - Moins de participation dans des opérations de dépistage.
 - Une prise de risque plus élevée.

³⁸ Pour définir la littératie en santé, le professeur belge Stephan Van den Broucke dépasse l'acception commune: "Selon un consensus important, la littératie en santé réfère à la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé. On y inclut parfois aussi la motivation nécessaire pour utiliser ces compétences. Il s'agit donc d'abord d'éléments personnels. Mais il ne faut pas oublier le rôle du contexte, qui impose ses propres exigences".

³⁹ Health Literacy. The Solid Facts. WHO 2013

⁴⁰ Les personnes ayant un faible niveau de littératie ont 1,5 à 3 fois plus de probabilité d'être dans des conditions défavorables de santé que les personnes ayant un niveau de littératie plus élevé (Protheroe, Nutbeam, & Rowlands, 2009).

- Plus d'accidents de travail.
 - Une moins bonne gestion des maladies chroniques (diabète, VIH et asthme).
 - Une prise de médication déficiente.
 - Plus d'hospitalisations et de ré hospitalisations.
 - Plus de morbidité et de morts prématurées.
- ▶ **Construire un référentiel d'actions « populations en situation de précarité » en fonction des milieux de vie et non des typologies de publics** (compétences des médiateurs, besoin ou non d'interprétariat...). Capitaliser les expériences déjà acquises sur les bidonvilles à travers la réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques.
 - ▶ **Spécifiquement pour soutenir son développement auprès des Gens du voyage et soutenir les associations spécialisées** : réaliser un état des lieux sur la place consacrée à la santé dans l'élaboration des schémas départementaux Gens du voyage et par la même, renforcer la place dédiée à la santé.
 - ▶ **Favoriser une meilleure visibilité du programme** en articulant le référentiel du programme avec la démarche qualité en promotion de la santé soutenue par l'Agence Santé Publique France.

MÉTIER DE MÉDIATION

- ▶ **Réaliser un livret d'accueil du médiateur** sanitaire dans le programme afin de gagner en efficacité lors de la prise de fonction (turn-over important repéré sur les postes de médiateurs)
- ▶ **Mener une investigation sur les facteurs impliquant le turn-over** des médiateurs pour tenter de le pallier.
- ▶ Même si les réalités de terrain divergent entre public roms et public Gdv, **favoriser la rencontre des médiateurs auprès des deux publics pour enrichir les pratiques.**
- ▶ **Poursuivre les temps d'analyse de la pratique** pour l'ensemble des équipes de médiation
- ▶ **Soutenir et valoriser le positionnement des médiateurs dans l'animation et la préparation des comités locaux du programme.** Une certaine souplesse doit être conservée pour, non seulement, s'adapter aux instances déjà existantes (et ne pas créer de doublons) mais aussi inscrire durablement les pratiques de médiation sanitaire dans le paysage sanitaire et social local.

COMMUNICATION ET IDENTITÉ

- ▶ **Développer une communication plus forte en direction des ARS**, créer des supports de communication réguliers (newsletter), diffuser une synthèse des bilans annuels du programme national à chaque ARS financeur. Positionner le programme comme un dispositif de lutte contre les inégalités sociales de santé.
- ▶ **Développer des outils de communication en direction des responsables de structures** (au-delà de la réunion annuelle)
- ▶ **Renforcer les coopérations avec MdM, France Médiation et l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme.**
- ▶ **Développer la recherche sur les pratiques en médiation sanitaire.** Les fondations pourraient être mobilisées pour orienter certains de leurs appels d'offre sur la médiation sanitaire.