



AŠAV

ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS



A.R.E.A.S.

**La médiation,
pour l'accès à la santé
des populations précarisées :
l'exemple des Roms**

Actes du colloque

Vendredi 14 décembre 2012

Salle Laroque
Ministère des Affaires sociales et de la Santé

© Tous droits de reproduction, traduction ou adaptation réservés pour tous pays

Document réalisé par AŠAV
Association pour l'accueil des voyageurs
317, rue de la Garenne - 92000 Nanterre

Retranscription des actes : Tugdual Ruellan

Première édition, Juin 2013
Mise en page - Impression : IZATIS communication 56230 Questembert

La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms

Vendredi 14 décembre 2012

Salle Laroque
Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ce colloque a été organisé à l'occasion de la clôture du programme expérimental de médiation sanitaire. Il a donné lieu à la présentation de ses actions, des résultats de son évaluation et des préconisations qui en sont issues. Ce programme coordonné par l'association AŞAV a été mené durant 2 ans en collaboration avec des structures associatives membres du collectif Romeurope.

De 2011 à 2012, ces associations ont conduit des actions de médiation sanitaire sur quatre sites pilotes en France, auprès des femmes et jeunes enfants roms migrants vivant dans des conditions de grande précarité. Ce dispositif avait pour objectif d'améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention et de faciliter les relations entre professionnels et usagers.

Cet évènement a également permis de réunir des acteurs associatifs, institutionnels et universitaires afin d'éclairer le débat sur les enjeux de la médiation sanitaire auprès des populations précarisées à partir des questions suivantes : Quel médiateur pour quelle action ? Quelle formation pour les médiateurs ? Quel cadre professionnel pour les médiateurs ? Quel cadre institutionnel pour la consolidation de la médiation ?

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

Ce colloque a été organisé avec le soutien de :

la Direction générale de la santé (DGS), l'Institut de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et la Fondation de France.

Structures locales associées au programme de médiation sanitaire :

AREAS, AŞAV, Médecins du Monde Nantes, Sichem.

Partenaires financiers du programme de médiation sanitaire :

la Direction générale de la santé (DGS), l'Institut de prévention et d'éducation à la santé (INPES), la Fondation de France, le CCFD-Terre solidaire, la Fondation LEEM, la Fondation RAJA, la Fondation Un monde par tous.

Localement, le programme est notamment soutenu par les agences régionales de santé du Nord Pas-de-Calais, d'Ile-de-France et des Pays de la Loire ainsi que par le Conseil régional des Pays de la Loire.

La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms

Pour plus d'informations

Joséphine Teoran, Coordinatrice - Programme national de médiation sanitaire
asav92@wanadoo.fr
www.mediation-sanitaire.org

Sommaire

Accueil	p. 6
Laurent El Ghozi, président de l'AŠAV	
Ouverture	p. 7
Hélène Flautre, députée européenne	
Retour d'expérience - Le programme expérimental de médiation sanitaire en direction des populations roms migrantes en France	p. 11
Constats épidémiologiques	p. 11
Jean-François Corty, directeur des missions France, Médecins du Monde	
Contexte et élaboration	p. 14
Michèle Mézard, présidente d'honneur de l'AGCNDH Romeurope	
Déroulement opérationnel	p. 16
Joseph Rustico, directeur de l'AŠAV	
La parole aux médiatrices	p. 19
Fanny Bordeianu (agglomération nantaise)	
Gratiela Butaru (agglomération lilloise)	
Lucile Gacon (Val-d'Oise)	
Simona Iacob (Seine-Saint-Denis)	
Échanges avec les participants	p. 24
Indicateurs d'évaluation	p. 26
Catherine Gerhart, chef du département Territoires et milieux, Inpes	
Résultats d'évaluation	p. 27
Joséphine Teoran, coordinatrice du programme, AŠAV	
Préconisations et perspectives	p. 32
Laurent El Ghozi, président de l'AŠAV	
Échanges avec les participants	p. 34
Quel médiateur pour quelle action ?	p. 37
Modérateur : Pascal Revault (Comede)	
Institutionnalisation de la médiation sanitaire, l'exemple de la Roumanie	p. 38
Avec Marian Mandache (Romani Criss)	
Programme national de médiation sanitaire	p. 39
Patrick Vigneau (Areas)	
Échange avec les participants	p. 42

Introduction de l'après-midi	p. 44
La genèse de la médiation et la reconnaissance du métier de médiateur	p. 44
Bénédicte Madelin, directrice de Profession banlieue	
Quelle formation pour les médiateurs ?	p. 48
Modérateur : Laurent Giraud (France médiation)	
La construction d'un référentiel métier	p. 48
Avec Thérèse Bouvier (Afp)	
Information, médiation, accompagnement en santé - DESU Paris 8	p. 51
Luigi Flora (Université Paris 8)	
Programme de formation Romed - Conseil de l'Europe	p. 53
Marcos Andrade (Romed)	
Vincent Ritz (Romed)	
Intégrer la santé des populations dans la formation des médiateurs sociaux	p. 57
Catherine Richard (DRJSCS Ile de France)	
Échanges avec les participants	p. 58
Quel cadre professionnel pour les médiateurs ?	p. 59
Modérateur : Joseph Rustico (AŠAV)	
Intégration à une structure associative	p. 60
Sylvaine Devriendt (Médecins du Monde Nantes)	
Intégration à un service institutionnel	p. 63
David Dumeau (Cub Bordeaux)	
Regroupement des médiateurs en association	
Fédération des associations de femmes relais (93)	p. 65
Avec Lydie Rappaport (Fédération des associations de femmes-relais du 93)	
Sarah Mas Miangu (Association des femmes médiatrices de Pantin)	
Intégration à une structure de santé	p. 69
Sié Dionou (Centre hospitalier la Pitié-Salpêtrière, Paris)	
Échanges avec les participants	p. 72
Conclusion	p. 73
Synthèse et perspectives d'action pour la reconnaissance du métier de médiateur sanitaire	p. 73
Laurent El Ghozi, président de l'AŠAV	

Accueil

Laurent El Ghozi, président de l'AŠAV

Bonjour, merci d'être venues nombreuses - excusez-moi pour les hommes, mais il n'y en a pas beaucoup, ce qui est probablement un signe. Il y a plus d'inscrits qu'il n'y a de places dans cette salle. C'est plutôt bon signe car cela témoigne de votre intérêt pour cette question de la médiation sanitaire et de l'accès à la santé pour tous mais également de votre intérêt pour la question controversée, difficile, débattue du traitement souvent indigne qui est fait aux Roumains et Bulgares migrants pauvres que l'on dit Roms.

Merci à la Direction Générale de la Santé et au ministère de nous accueillir dans cette salle même si, on ne peut que regretter l'absence de représentant de la ministre. C'est comme ça... J'espère qu'il ne faut pas y voir un signe négatif, quand la médiation sanitaire commence à être inscrite comme nécessaire dans bien des textes officiels. Merci en tout cas à tous les partenaires avec qui ce projet a été monté : la DGS, les ARS, les associations, dont Médecins du Monde, à l'origine du projet ... Merci surtout à Joséphine Teoran qui est la coordinatrice nationale de ce programme dont nous allons parler, salariée de l'AŠAV-Association pour l'accueil des Gens du voyage dans les Hauts de Seine, et qui a largement organisé cette journée à partir du travail de coordination nationale et d'évaluation qu'elle a fait.

La journée va être introduite par Hélène Flautre, députée européenne, qui nous fait l'honneur et le plaisir de venir ouvrir cette journée et qui témoigne ainsi de l'intérêt d'un certain nombre de parlementaires - de son groupe en particulier - pour la question des Roms migrants et de leur volonté d'apporter un traitement aussi digne que possible à cette population discriminée et rejetée par tous.

Nous aurons deux temps dans cette journée :

- dans la matinée, un bilan de cette médiation sanitaire en direction des Roms que nous avons réalisé à plusieurs. Nous verrons comment cela s'est fabriqué et surtout, ce que l'on peut en tirer comme résultats particulièrement intéressants ;
- ensuite, nous réfléchirons ensemble sur la médiation de manière plus générale : qu'est-ce que ce nouveau métier ? Faut-il le promouvoir ? Dans quelles conditions ? Quelle formation ? Quels objectifs peut-on donner à ce que nous considérons comme un nouveau métier ? Comment, ensemble, peut-on construire cela, en valider les missions, dans quel cadre professionnel ?

Toutes ces questions sont débattues depuis de nombreuses années et j'espère que cette journée permettra de poser quelques bases pour construire ensemble ce nouveau cadre et, au-delà, faire comprendre à l'ensemble des décideurs, des acteurs, qu'il faut avancer sur tous ces points, jusqu'à envisager, naturellement, la question du financement. Toutes ces questions sont devant nous à partir de l'évaluation de la médiation sanitaire que nous avons conduite à propos des Roms.

Il y a autour de la table des responsables du programme ainsi que - et peut-être surtout puisque que c'est avec elles que les choses se sont faites - les médiatrices qui ont porté ce projet dans les différents territoires.

Merci à vous.

Ouverture

Hélène Flautre, députée européenne

Le plaisir est pour moi. Je vais rester avec vous toute cette matinée car le **compte-rendu** de la mission que vous avez menée m'intéresse beaucoup. Je souhaite pouvoir l'utiliser au niveau européen puisque je suis engagée, avec le Parlement européen et les institutions européennes, dans ce qu'il est convenu d'appeler maintenant la *Stratégie européenne pour l'inclusion des Roms*. Les prochaines étapes du travail, après l'écriture, plus ou moins réussie, des plans d'action nationaux, vont donner lieu à un travail plus spécifique mené sur les indicateurs par l'Agence des droits fondamentaux. J'ai vu que, dans vos travaux, vous aviez essayé également de valider un certain nombre d'indicateurs pour mesurer l'efficacité de la politique de médiation dans le domaine de la santé. Tout cela fait sens, **doit être capitalisé au niveau européen** pour avoir des instruments. C'est décisif pour la mobilisation des acteurs, élus, institutionnels ou associatifs, de savoir pouvoir compter sur une stratégie qui est réellement tenue, développée à l'échelle européenne pour endiguer les discours que vous devez bien connaître sur le terrain : pourquoi faire des choses extraordinaires chez nous ou tenter de développer des politiques innovantes si par ailleurs, d'autres pays ne s'engagent pas dans le même type de politique ? Le fait de pouvoir garantir qu'à l'échelle européenne, 27 États sont munis de plans d'action nationaux, que ces plans d'action nationaux vont être évalués chaque année, vont être discutés au Parlement européen et que leurs résultats seront mesurés par l'Agence des droits fondamentaux, ça donne un cadre qui permet à chacun de se sentir partie prenante d'une stratégie beaucoup plus large. C'est important.

Souvent, les discussions autour de la question de l'inclusion des Roms - qu'il s'agisse de la santé, du logement, de l'emploi, de l'éducation - commencent par : **est-ce que cela n'est pas soluble dans les questions de précarité et d'exclusion ?** C'est vrai qu'une grande partie des questions que l'on dit affectées aux Roms sont en fait assez solubles dans les questions de précarité et d'exclusion. Mais pas complètement. C'est pour cela d'ailleurs que l'on continue à parler de la question spécifique des Roms car précisément, les Roms désignent pour les politiques publiques, au-delà de la volonté que les gens ont de s'identifier comme Roms, un groupe qui mutualise un certain nombre de discriminations : celles des pauvres et des précaires mais aussi celles des migrants, en ce qui concerne les Roms migrants, caractérisées par exemple par la question de la langue, de l'insécurité juridique du séjour, dont la difficulté en ce qui concerne le domaine de la santé d'accéder à l'ouverture de droits. C'est le cumul d'un certain nombre de discriminations, d'obstacles, de difficultés qui concernent les pauvres, les migrants. Il faut dire aussi que les Roms sont spécifiquement - c'est une récente enquête de l'Agence des droits fondamentaux qui le montre bien - **victimes en tant que tels de racisme**. Cela produit en soi un obstacle supplémentaire et c'est l'accumulation de ces trois dimensions qui caractérise ce qu'on appelle la problématique rom.

Sur la question de la santé, cette triple approche a des effets tout à fait spectaculaires, largement enregistrés. Les chiffres sont bien connus et vous devez tous ici en avoir de bien plus précis encore. En tout cas, au Parlement européen, tout le monde sait que l'espérance de vie des Roms est de dix ans inférieure à celle des Européens. Tout le monde sait que le taux de mortalité infantile est de deux à six fois plus élevé que dans la moyenne de la population. Un certain nombre d'éléments, maintenant assez bien diffusés, caractérise cette préoccupation. C'est pour cela d'ailleurs que l'Union européenne s'est saisie de cette affaire. On aurait pu imaginer,

comme l'Union européenne où les États membres sont capables de le faire sur un certain nombre d'autres sujets ennuyeux, que la question de l'inclusion des Roms ne devienne pas une affaire européenne. C'est devenu une affaire européenne car ça pose la question profondément du crédit de la consistance du projet européen lui-même. Je parle plus spécifiquement des Roms européens, notamment Bulgares et Roumains.

C'est au moment où l'Union européenne a voulu se présenter, et se présente toujours, comme un projet qui garantit des droits fondamentaux pour tous dans l'égalité et sans aucune discrimination, qui est incarné par des textes, des conventions, une charte de droits fondamentaux, des directives, un préambule, que la question des Roms est apparue dans l'espace public extrêmement violente via la violence des expulsions subies par beaucoup d'entre eux - et qu'ils continuent d'ailleurs à subir. La situation faite aux Roms est profondément interrogée, la consistance et la crédibilité du projet européen ont produit cette mobilisation à l'échelle européenne. C'est la puissance très forte de cette question de l'inclusion des Roms que d'interroger - et dans le domaine de la santé, c'est très visible - la façon dont fonctionnent nos sociétés. Et finalement, poser la question de l'inclusion des Roms et trouver des réponses adéquates, comme peut-être celle de la médiation sanitaire, c'est qualifier notre société. C'est trouver ensemble des modalités beaucoup plus performantes pour densifier nos sociétés, faire en sorte qu'elles soient capables d'accueillir la diversité, qu'elles fonctionnent de manière inclusive, avec une capacité de réponse tout à fait adaptée aux publics et aux différentes problématiques que peuvent avoir les populations qui interpellent ou qui font usage des services publics. C'est la force de la question qui est posée aujourd'hui : celle de l'inclusion des Roms. Ce que nous faisons ensemble sur l'inclusion des Roms, c'est une question qui concerne toute la société, l'ensemble de son fonctionnement et qui est potentiellement pertinente pour tous les acteurs, tous ceux qui sont intéressés à la qualification sociétale de notre vivre ensemble.

La France a répondu à la stratégie européenne sous l'ancien régime et donc, a fait un plan d'action national qui n'est pas excellent mais qui, sur la question de la santé, mentionne néanmoins de façon très précise, le sujet dont on va parler aujourd'hui. C'est le point plutôt positif de ce plan d'action national. La commissaire Reding qui a rencontré notre point de contact national, le préfet Alain Régnier, lui a dit, de manière explicite - beaucoup de gens attendaient, j'attendais et je lui ai demandé, que la commissaire demande à la France de réécrire le plan d'action national. Elle ne l'a pas fait pour ne pas ouvrir une boîte de pandore et pour essayer de cumuler et de travailler avec ce que les États membres ont été capables de rédiger - en France comme ailleurs. Sa position est de dire : « je vais être exigeante et regarder les résultats, donc la capacité que l'on va voir, à évaluer les résultats de ce plan d'action national. » Si les résultats ne sont pas là, il faudra envisager la réécriture de cette stratégie.

Finalement, on travaille avec ça. C'est important de savoir que la Commission européenne continue à exercer son rôle de vigilance par rapport à ce qui va être développé en France. On voit bien comment la logique sécuritaire se confronte à la logique d'inclusion sociale qui y est par ailleurs développée. Le préfet Régnier s'arrache d'ailleurs les cheveux, presque tous les matins, pour savoir comment il va réussir à faire tenir ensemble sans exploser, ces politiques ! Il est aussi en charge de la mise en œuvre de la fameuse **circulaire du 26 août** - cette circulaire parle d'ailleurs des questions de santé à travers les programmes mis en place par les agences régionales de santé. Évidemment, cette circulaire qui concerne les conditions dans lesquelles des personnes occupant de manière illégale un terrain pourraient se voir évacuer et proposer d'autres solutions d'hébergement, c'est une directive qui est très mal appliquée. J'en ai fait la démonstration dans ma région en rencontrant le préfet du Pas-de-Calais. Pour le préfet, cette

directive est celle du ministre de l'Intérieur. Il faut donc déjà faire un travail considérable pour leur expliquer que cette directive est signée par beaucoup de ministres et qu'elle aborde, de manière synthétique, tout un ensemble de domaines d'action.

Il y a un travail compliqué, long, à faire auprès de l'administration que certainement, les autorités politiques - et je parle du Gouvernement, du ministère de l'Intérieur plus particulièrement - devraient s'appliquer à faire de façon systématique. J'ai en tête quelque chose qui est paru à l'époque dans le Canard enchaîné, pour dire la mentalité qui régnait mais qui règne encore : un sous-préfet de la préfecture du Pas-de-Calais avait dit, alors que l'agence régionale avait signalé des cas de rougeole : « je vais répondre à cette préoccupation, non pas par des moyens sanitaires mais par des moyens d'expulsion ! » Dans la bouche d'un sous-préfet... Ça donne quand même la mesure du racisme qui pouvait être diffusé dans ce type d'administration. On part donc de très loin.

Il y a des énoncés politiques au plus haut niveau qui manquent pour mettre à mal l'ensemble de ces approches qui sont discriminantes et racistes. Je compte beaucoup prendre en sandwich le niveau national entre les expériences, les synergies de terrain locales et le terrain européen. Quelque chose symbolise cela, qu'essaie de faire le Conseil de l'Europe ou d'autres acteurs comme Open society institute par exemple, qui repèrent des projets pertinents, innovants, intéressants, présentant des résultats tout à fait convaincants et qui décernent des prix, mettent en réseau les pratiques locales à l'échelle européenne. Des collectivités ont eu ainsi des prix en France, je pense à la commune de Bobigny. Ça permet de faire apparaître, dans l'espace public, un ensemble de pratiques qui font sens, qui montrent que c'est possible, qui valorisent aussi les acteurs qui travaillent dans ce champ. Ça peut être tout à fait encouragé, ça l'est de fait et c'est une perspective intéressante.

Quelque chose contre lequel il faut se prémunir, c'est l'idée – et c'est très diffusé chez les élus, même chez les élus qui font des choses intéressantes - je m'en suis rendue compte à la réunion que le préfet Régnier avait organisée avec les élus dits volontaires – qu'il y aurait en Europe l'origine du mal qui serait en Roumanie. Et que les élus volontaires feraient des choses dans leur ville mais surtout, qu'ils iraient financer des choses en Roumanie ! Je ne mets pas tout ça à la poubelle... Mais, cette idée que les Roms auraient tous vocation à retourner en Roumanie ou en Bulgarie, et qu'ils se verraient dénier leurs droits à la circulation et au séjour comme tout citoyen européen par exemple, c'est une approche qui y est assez délétère.

C'est facile de parler de la Roumanie puisque c'est la Roumanie qui a la proportion la plus importante et le nombre de Roms dans sa population le plus important mais c'est aussi en Roumanie qu'il y a quantité d'expériences tout à fait formidables. La Roumanie a des centaines de médiateurs sur les questions de santé, et depuis plusieurs années. L'idée qu'il y aurait un pays « bouc émissaire » d'où viendrait l'origine du « mal », que je sens sous-jacente dans pas mal de propos d'élus et que je vois aussi à l'œuvre dans pas mal de projets qui sont décidés et financés, je trouve que c'est complètement inadéquat. D'ailleurs, la Roumanie n'a pas besoin d'argent puisqu'il y a des fonds européens pour faire ça. La Roumanie a plutôt des problèmes de gestion administrative dans sa façon de dépenser l'argent européen - d'ailleurs, ça a été montré puisqu'une partie de cet argent est gelée en ce moment pour défaut d'administration, de transparence. Ce n'est donc pas la question du financement qui est posée dans les projets en Roumanie. Je crois donc que cette approche est assez délétère et elle masque, pour l'opinion publique française, le fait que, si vous regardez les études, les performances sur les différents plans abordés par la directive (logement, éducation, santé) ne sont pas plus satisfaisantes en

France qu'en Roumanie. C'est tout à fait équivalent. Les écarts que l'on peut enregistrer entre la situation des Roms et des non Roms, en France comme en Bulgarie ou en Roumanie, sont très proches. Contre ça aussi, il faut répondre même si, a priori, ça a l'air sympathique d'aller financer des projets en Roumanie.

Je vais être toute ouïe à votre évaluation et au compte-rendu que vous allez faire de cette mission. J'anticipe le fait qu'il va y avoir des résultats qui vont être tout à fait pertinents et qui pourront être présentés aussi au niveau européen pour que vous puissiez, par vos expériences, enrichir le cadre européen d'analyse, d'évaluation et de partage des expériences, pour que l'on gagne ensemble cette bataille. Merci de votre invitation.

Animateur (Laurent El Ghozi) : Merci beaucoup Hélène d'avoir rappelé tout cela et d'avoir pris ces positions. Je retiens trois points :

- il y a une spécificité rom mais qui n'est pas de leur fait - ils sont pauvres, migrants, victimes de racisme et par tous, y compris par nos élus ;
- la situation faite aux Roms est un bon indicateur à la fois de la société que l'on fabrique mais également de l'engagement européen sur ces fondamentaux que sont les droits de l'homme, l'égalité, la non-discrimination ;
- certes c'est difficile mais ici et là, les uns et les autres, avons prouvé que c'était possible, les collectivités, les associations, les médiatrices... C'est possible, donc continuons. Merci encore.

Retour d'expérience : le programme expérimental de médiation sanitaire en direction des populations roms migrantes en France

Animation : Laurent EL Ghozi, président de l'AŠAV

Constats épidémiologiques

À propos des Roms rencontrés par Médecins du Monde : une situation d'exception

Dr Jean-François Corty, directeur des missions France, Médecins du Monde

Je voudrais tout d'abord vous remercier de m'avoir invité à présenter le constat relatif à la situation médico-sociale actuelle des Roms rencontrés par Médecins du Monde en France. Je remercie Marielle Chappuis qui a contribué à la réalisation de cette présentation, ainsi que les équipes de Médecins du Monde qui, par leur travail sur le terrain, contribuent quotidiennement à enrichir l'état des connaissances sur les « Roms migrants » précaires en France. Merci à vous tous.

Une population peu connue

Les Roms restent une population mal connue sur le plan médico-social car peu de données et de statistiques existent à l'heure actuelle, au niveau national comme international. Il y a une nécessité d'avancer sur cet aspect. Par ailleurs, les données qui sont présentées en général sont issues d'études auprès de populations dites « visibles » rencontrées dans des lieux désignés comme quartiers ou camps de Roms et en contact avec des structures médico-sociales. Ceci peut contribuer à surreprésenter les Roms en situation de précarité ou présentant des caractéristiques particulières.

Les actions de MdM en France

Médecin du Monde est une organisation non gouvernementale (ONG) qui intervient à l'étranger mais également en France depuis 1986 auprès des populations précaires « en difficulté » d'accès aux soins et aux droits que sont les usagers de drogues, les travailleurs du sexe, les migrants, les SDF avec une attention particulière autour des questions de santé mentale, de diagnostic et de prévention du VIH, de la tuberculose et des hépatites.

Deux modalités d'action :

- les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) : on en compte 21 sur le territoire, ce sont des dispositifs fixes où des médecins, des travailleurs sociaux, des infirmières, des traducteurs, des accueillants etc. font les premiers soins et aident à l'ouverture des droits en orientant vers le droit commun lorsque cela est possible, car nous n'avons pas vocation à nous y substituer ;
- les actions mobiles, elles sont au nombre d'environ 70, et permettent, dans une logique « d'aller vers », d'intervenir auprès des populations précaires, dans la rue, dans les camps, dans les squats pour faire aussi les premiers soins, aider à l'ouverture des droits et les référer vers le droit commun.

Notre objectif en France est d'améliorer l'accès aux droits et aux soins de ces populations précaires et de témoigner de leurs difficultés pour y accéder. D'une certaine manière, MdM est un acteur de santé publique dans le champ de la précarité. Nous sommes des acteurs de terrain, rationnels et militants.

Les activités de MdM auprès des Roms migrants précaires consistent à promouvoir l'accès aux soins et aux droits et à témoigner de leurs conditions d'existence. Nous effectuons également une veille sanitaire et sociale grâce à la mise en place de recueil de données et d'enquêtes spécifiques. Par exemple, en 2010/2011, MdM a réalisé une enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées. Bien évidemment, dans nos prises de parole, nous essayons de mettre en évidence et de lutter contre les inégalités d'accès aux soins, et de manière plus générale les inégalités sociales de santé. Nous mettons aussi en évidence les tensions qui existent entre des enjeux de santé publique et des enjeux sécuritaires, le plus souvent au profit de ces derniers; je pense notamment aux expulsions répétées de lieux de vie sans alternative au relogement, qui mettent des personnes dans de grandes difficultés et qui parfois, peuvent engager des pronostics vitaux.

Le public Rom reçu par les équipes mobiles de MdM en 2011 : caractéristiques socio-économiques

- En 2011, 4300 consultations médicales ont été réalisées auprès de 2700 patients (pour une population estimée entre 12 et 15 000 en France). En moyenne, MdM a réalisé 1,56 consultation par personne. Ce faible ratio est lié au fait que nous essayons de référer le plus possible vers le droit commun et que le suivi de ces populations est particulièrement difficile du fait de leurs conditions de vie ;
- c'est une population plutôt jeune avec un âge moyen de 20,6 ans ;
- 97,3 % sont Roumains même si nous rencontrons aussi des Bulgares, notamment à Bordeaux ;
- 61 % sont en France depuis plus de trois mois ;
- 48 % vivent dans des cabanes (bidonvilles, bâches, tentes...) et 20 % en caravane.

Les problèmes de santé repérés

Les problèmes de santé repérés sont les problèmes classiques de la médecine générale avec une prédominance de pathologies liées aux conditions de vie insalubres : problèmes respiratoires, digestifs, dermatologiques, accidents...Il est difficile de bien documenter tout ce qui relève de pathologies chroniques car nous obtenons rarement les confirmations des diagnostics après référencement vers les hôpitaux.

Toutefois, on constate que les maladies chroniques sont liées ou aggravées par les conditions de vie précaires et l'éloignement des dispositifs de soins. En moyenne, une consultation sur cinq nécessite un suivi à plus de six mois. On parle donc bien de problèmes de santé conséquents avec une nécessité de suivi sur du long terme. Pourtant les personnes se présentent souvent tardivement auprès des équipes. Selon notre dernier rapport publié en octobre 2012, les médecins constatent un retard de recours aux soins dans plus d'un tiers des consultations dans les Casos.

Les conditions de vie, d'extrême précarité, sont propices à l'apparition de pathologies graves. En effet, des campements sont régulièrement détruits sans proposition de relogements dignes et pérennes. On voit des personnes, parce qu'elles ont subi plusieurs expulsions sans alternative au relogement, passer du squat au camp puis à la rue et sont souvent en difficulté pour subvenir à leurs besoins élémentaires les plus vitaux comme se nourrir, se loger, s'habiller. Autant de déterminants qui contribuent à aggraver l'état de santé et l'accès aux soins de ces personnes.

Par ailleurs, ces conditions de vie exposent les populations roms migrantes à de forts risques épidémiques en particulier pour la tuberculose. Si la situation épidémiologique de la France la place comme un pays à faible incidence de tuberculose (avec 8 cas pour 100000 habitants en 2010), ceci ne doit pas masquer de grandes disparités régionales et populationnelles. L'île de France est la région présentant les plus forts taux d'incidence (16,3/100000) et dans certains groupes de population, comme celui des personnes sans domicile fixe, les risques sont particulièrement élevés (supérieur à 50 cas pour 100000 habitants).

Or la couverture vaccinale est particulièrement faible parmi les populations roms suivies par MDM (moins de 40 % en 2010).

De plus, une enquête réalisée en 2010-2011 révèle des chiffres inquiétants en matière de couverture vaccinale très faible pour des antigènes élémentaires tels que la diphtérie, le tétanos, la polio ou la rougeole notamment.

Concernant le ROR (Rougeole Oreillon Rubéole), on observe une couverture vaccinale à 50 %. Des couvertures vaccinales aussi faibles pour des personnes vivant dans des conditions d'extrême précarité constituent des facteurs de risque de mortalité et de complications importants, et ce particulièrement en cas d'épidémie de rougeole comme cela a été le cas en France entre 2008 et 2011, ce qui aurait dû occasionner des réponses vaccinales adaptées. Malheureusement la réponse a été très loin des exigences qu'imposait ce contexte épidémiologique.

Suivi maternel et infantile

L'âge moyen de la première grossesse dans les populations Roms accueillies par MDM est de 17,3 ans.

Ainsi, nous rencontrons souvent des situations de grossesses précoces et peu suivies médicalement.

Près de 46 % des femmes enceintes rencontrées n'ont reçu aucun soin prénatal. 70,6 % présentent un retard de suivi de grossesse, au regard des protocoles médicaux qui concernent la population en général. Selon les données de la littérature, les taux de mortalité infantile sont deux à quatre fois supérieurs à la moyenne nationale. Le suivi des enfants est aussi particulièrement inquiétant, voire alarmant : seuls 14 % des enfants de moins de six ans accueillis dans les programmes de MDM sont suivis en PMI et 16 % des enfants de plus de six ans sont scolarisés. Ces enfants échappent ainsi à l'accès à la médecine scolaire et à l'éducation à la santé ainsi qu'au repérage précoce des troubles du développement et au dépistage des handicaps ou défauts mineurs (comme troubles du langage, du comportement, problèmes visuels, auditifs...). À Nantes, nous avons observé un impact de la médiation sanitaire sur l'amélioration de ce constat.

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux. Ils touchent les populations précaires roms et les migrants en général. En 2011, seules 14 % des adultes rencontrés et 11 % des mineurs ont des droits ouverts alors que la grande majorité a des droits potentiels. Il existe des barrières administratives conséquentes : il faut justifier de domiciliation alors que 82 % ne disposent pas d'adresse postale, 17 % seulement ont une domiciliation administrative. Il faut maîtriser la langue pour remplir les dossiers. Il y a parfois des pièces abusives qui sont demandées dans certaines préfectures.

Nous notons également une méconnaissance des structures de soins et une insuffisance des dispositifs de droit commun tels que les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass). Ces dernières ne sont pas toutes opérationnelles et en nombre insuffisant.

Par ailleurs, les évacuations répétées des lieux de vie sans alternative au relogement entraînent des ruptures de soins, de scolarisation et constituent de fait des obstacles à l'accès aux droits et aux soins. Cela est catastrophique en termes de santé individuelle et de santé publique.

Quelques recommandations :

- Améliorer les connaissances sur les personnes en situation de précarité dont les Roms pour construire des réponses plus adaptées ;
- Améliorer l'accès aux droits et aux soins : fusion de l'Aide Médicale Etat (AME) et de la Couverture Médicale Universelle (CMU), simplifier les démarches administratives pour l'obtention de ces droits ; développer des Pass réellement opérationnelles et en nombre suffisant ;
- Favoriser les démarches médico-sociales « d'aller vers » au sein des dispositifs de droit commun ;
- Faire appliquer le volet « prévention des démantèlements de campements illicites » de la circulaire du 26 août 2012. En ce moment, ce dispositif est contourné dans certaines régions par des arrêtés de péril qui bien souvent ne respectent pas l'esprit de la circulaire ; par ailleurs, mettre fin aux mesures transitoires en termes d'accès au travail ;
- Favoriser la médiation sanitaire : c'est un plus pour la santé individuelle et la santé publique, et une « arme de destruction massive » contre les stéréotypes sanitaires et xénophobes sources de stigmatisation.

Animateur (Laurent El Ghozi) : Merci pour ce tableau particulièrement alarmant et ce, dans l'indifférence quasi générale... Je passe la parole à Michèle Mézard.

Contexte et élaboration

Elaboration d'un programme expérimental à l'attention des Roms migrants résidant dans les bidonvilles
Michèle Mézard, présidente d'honneur du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope

Je suis bénévole à Médecins du Monde auprès des Roms depuis septembre 1993. Je parle aujourd'hui au titre du collectif Romeurope qui rassemble un certain nombre d'associations intervenant dans l'humanitaire et l'accès aux droits fondamentaux. Ce collectif a été créé en octobre 2000, lors d'un colloque, qui terminait un programme de promotion de la santé développé dans six pays de l'Union européenne. Le constat de l'état de santé des populations roms en situation de précarité dans ces pays était très préoccupant et leur accès aux soins souvent impossible. La santé maternelle et infantile était désignée comme prioritaire avec déjà une préconisation, la médiation sanitaire.

L'extrême difficulté d'accès aux soins était confirmée chaque année dans les rapports de l'observatoire de la santé de Médecins du Monde et ceux de Romeurope, avec une préconisation sans cesse renouvelée : la mise en place de programmes de médiation sanitaire. En octobre 2009, la Halde soulignait également les difficultés d'accès aux soins des Roms, largement dépendants d'un accompagnement en raison des difficultés de langue et de la méconnaissance des réseaux sanitaires.

En 2008-2009, une étude de préfiguration du projet est réalisée à la demande de la Direction générale de la santé, qui fait appel à Romeurope. Elle vise à définir les modalités de mise en place de projets pilotes de médiation sanitaire. Cette étude a permis de se positionner sur un certain nombre de définitions de valeur. Par exemple, qu'est-ce que la médiation en santé publique et la médiation en général ? C'est une interface pour une meilleure compréhension entre les institutions et une population cible ; en santé publique, il s'agit des acteurs du système de santé et leurs publics. C'est aussi un outil de lutte contre les discriminations dans l'accès au système de santé. C'est un intermédiaire visant à favoriser le passage de l'action humanitaire vers la mobilisation des structures de soins de droit commun. Les valeurs de référence étaient rappelées : indépendance, neutralité, impartialité, dialogue, éthique, déontologie. Cette étude avait fait l'analyse des différentes expériences ressources en Europe qui ont permis de jeter les bases du programme expérimental.

D'abord, le profil et le positionnement des médiateurs sanitaires. Il y a un consensus pour dire que le médiateur n'a aucune fonction de représentation, il ne représente pas la population, il ne représente pas non plus les institutions, mais il doit acquérir la reconnaissance des deux. Une réflexion a été menée car, selon les expériences ressources, certaines étaient faites avec des médiateurs ayant une appartenance communautaire, d'autres non. Il a fallu prendre en compte le contexte français. Dans le contexte français, la migration, en particulier celle des Roms originaires de Roumanie qui est la plus importante, est récente. Elle concerne au total un petit nombre de personnes, de 15 à 20 000 personnes. C'est une migration de proximité, ce sont des familles qui souvent, viennent des mêmes villages. Par conséquent, l'appartenance communautaire comporte des risques dans la situation de migration récente et de très grande précarité telle qu'elle se présente en France : une trop grande proximité pose la question de la neutralité. Il a été retenu pour le recrutement de l'équipe pilote des médiateurs de ne pas exclure par principe une appartenance ethnique mais de privilégier les compétences personnelles : capacité d'écoute, de non jugement, aptitude à animer un réseau d'acteurs, connaissance du public, proximité linguistique. Les médiateurs devaient être roumanophones.

Nous avons aussi réfléchi **aux critères de sélection des structures** pour participer au projet. Le premier critère était la connaissance du public et une expérience antérieure. Il faut aussi des équipes pluridisciplinaires, à côté du médiateur, des acteurs de santé (infirmières, médecins). Il faut que cette structure soit inscrite dans un réseau partenarial auquel le médiateur pourra faire appel. On connaît bien la question de la santé sur le terrain : je vous garantis que ce n'est pas la première préoccupation des personnes. Il faut répondre à des questions juridiques, sociales... Il faut donc des structures inscrites dans un réseau global. Il faut aussi qu'elles aient des capacités à gérer et mobiliser des financements locaux, des moyens logistiques.

En 2010, nous avons commencé à mettre en œuvre le projet en partenariat avec la DGS, l'Inpes, la FIA-ISM, les associations du Collectif national droits de l'Homme Romeurope, Romani-Criss, le collectif des médiateurs en santé publique. Les structures d'intervention ont été identifiées. L'AŠAV, qui est un membre fondateur du collectif Romeurope, a accepté d'en assurer la coordination nationale. Sa légitimité était très grande, travaillant depuis 1992 auprès des Roms migrants. Quatre structures locales ont été identifiées : Médecins du Monde à Nantes, le Comité d'aide médicale à Bobigny, Sichem à Fréjus, l'Areas à Lille. Un comité de pilotage national a été constitué avec la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE), le Secrétariat général à la ville, les agences régionales de santé des régions concernées mais aussi les conseils régionaux

impliqués localement, un chercheur de l'Inserm, une chercheuse de l'Iris, les associations du CNDH Romeurope avec le CCFD, Médecins du Monde, la Fnasat-Gens du voyage, l'Areas, le Comité d'aide médicale, Sichem, l'AŠAV.

Nous avons aussi réfléchi **aux bénéficiaires**. Pour bien la mesurer, il fallait cibler l'action. C'est la santé materno-infantile qui était la plus préoccupante. Les bénéficiaires dans ce projet étaient les femmes, sans limite d'âge mais ayant eu déjà une première grossesse ou exprimant un désir d'enfant ; les jeunes enfants de 0 à 6 ans susceptibles d'être pris en charge par les PMI, originaires d'Europe de l'Est et des Balkans résidant dans des bidonvilles sur les quatre territoires identifiés. Le médiateur sanitaire bien sûr, par son action localement sur le terrain, prend en compte les autres enfants mais ces derniers n'entrent pas dans l'évaluation.

Les objectifs généraux du programme, au niveau local, étaient de promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants roms résidant en France dans des conditions de grande précarité, à travers des actions de médiation en santé publique, favorisant leur accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun. Les objectifs au niveau national étaient d'évaluer, par une recherche-action reposant sur quatre expériences menées en coordination par quatre structures, l'efficacité de ces interventions et formuler, à partir du travail de médiation sanitaire auprès de populations roms migrantes, des préconisations pour le développement de dispositifs de médiation en santé publique en direction de tous les publics en situation de grande précarité et vulnérabilité.

Des objectifs spécifiques au niveau des projets locaux ont été déterminés : développer les connaissances des structures sanitaires et capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun ; mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public ; réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique. Des objectifs spécifiques au niveau national : mutualiser les acquis des quatre expériences pilotes, évaluer l'efficacité de chacun des projets en fonction du diagnostic initial, promouvoir les résultats de l'expérimentation.

Je laisse à Catherine Gerhart le soin de décrire en détail la méthodologie d'évaluation. Il était convenu qu'on ne retiendrait que des indicateurs d'activité montrant la mobilisation des femmes, la mobilisation des partenaires et des indicateurs d'accès aux soins.

Laurent El Ghozi : Merci Michèle de ce cadrage et d'avoir souligné cette longue gestation à laquelle tu as largement participé. Nous poursuivons avec le déroulement du programme lui-même.

Déroulement opérationnel

Joseph Rustico, directeur de l'AŠAV

Je représente l'AŠAV, une association qui intervient depuis 1990 auprès de deux publics, les Gens du voyage et les Roms migrants, plus particulièrement roumains. On ne parlera pas des Gens du voyage aujourd'hui. Concernant les Roms, nous intervenons principalement sur des questions sanitaires et juridiques.

Dans le cadre de ce programme, nous avons assumé au départ la coordination nationale. Avant que ne soient restitués les résultats de l'évaluation de ses actions de médiation sanitaire, quelques mots sur le déroulement.

Nous sommes partis de l'étude de préfiguration de ce programme, réalisée par le collectif Romeurope en 2009. L'un des enjeux a résidé dans la faculté à transposer un cadre de référence qui était théorique dans une logique opérationnelle. **La méthode de recherche-action** employée portait la nécessité d'évaluer rigoureusement ces actions de médiation. Ce programme imposait que tous les projets locaux de médiation sanitaire soient engagés simultanément sur les quatre départements concernés par l'expérimentation : le Nord, la Loire-Atlantique, la Seine-Saint-Denis et le Var, portés respectivement par quatre associations, l'AREAS, Médecins du monde Nantes, le Comité d'aide médicale et Sichem, avec une coordination nationale assurée par l'AŠAV.

Le cadre de ce programme avait l'**exigence de garantir une certaine homogénéité** afin d'être propice à une étude qui soit comparative et aussi, de permettre un partage, une mutualisation. En même temps, ce cadre devait être suffisamment souple et adaptable en fonction des contextes locaux afin de valoriser cette diversité. La cohérence de ce programme a été favorisée par le fait qu'un groupe de travail, qui avait collaboré très activement à son élaboration, s'est mué en un comité de pilotage, constitué de représentants associatifs, de partenaires institutionnels et d'experts de divers domaines en lien avec cette problématique. Son rôle a été de fixer les orientations générales du programme, d'adopter et de valider les indicateurs de résultats et d'activités obtenus et d'en suivre l'évolution. Entre 2010 et 2012, le comité s'est réuni cinq fois à un rythme calqué sur les temps de restitution des différentes évaluations : diagnostic initial, diagnostic intermédiaire, rapport final.

Au quotidien, il est revenu à **la coordination nationale** du programme d'en assumer l'animation, d'apporter un appui technique aux structures porteuses des projets locaux et, le cas échéant, l'aide à la recherche de financements, la définition des fiches de poste. Elle a aussi apporté un soutien concret aux médiatrices comme la transmission d'outils, d'informations, de conseils. Cette coordination avait aussi pour fonction de mettre en réseau les différents projets locaux. Nous n'étions pas dans le cadre d'expérimentations séparées mais bien dans quelque chose d'homogène. Cette coordination a reçu la tâche de réaliser l'évaluation interne comparative des actions portées localement.

S'agissant du calendrier du programme, le démarrage a été retardé d'un semestre, à cause de difficultés à mobiliser des financements, ce qui sera une donnée récurrente de ce programme. C'est au dernier trimestre 2010 que vont débiter le recrutement et **la formation initiale commune des médiatrices** sur les quatre départements. Cette formation n'avait pas vocation à constituer un cursus à part entière mais plutôt à s'inscrire en complémentarité d'une formation qui était déjà requise au moment du recrutement. Les structures ont recruté les médiatrices à un niveau de qualification Bac + 2. Cette formation a été planifiée au départ sur cinq jours et a posé un cadre déontologique et technique de la médiation. Elle a transmis également

des éléments de compréhension ethnologique et sociologique des Roms migrants ainsi que leur statut administratif et social en France, qui est particulièrement compliqué tant que les mesures transitoires à l'adhésion de l'Union européenne de la Roumanie et de la Bulgarie ne seront pas levées. Cette formation a également dispensé des connaissances médicales de base. La formation était conçue comme étant évolutive : nous avons réservé un certain nombre de journées de formations supplémentaires dans le cadre du programme pour répondre aux demandes que pouvaient percevoir, ressentir et exprimer les médiatrices au cours de l'action. Ces journées successives de formation ont ainsi répondu à la demande des médiatrices sur les thématiques d'éducation thérapeutique, de santé mentale des publics précaires...

En complément de cette formation, **des journées d'échanges de pratique entre les médiatrices** ont été organisées. Elles se sont révélées au moins aussi importantes que les journées de formation sociale. Elles ont permis aux médiatrices, avec la coordinatrice, de partager entre elles et d'échanger sur des problématiques communes mais aussi spécifiques qu'elles rencontraient quotidiennement dans chacune de leurs actions. Elles pouvaient aussi échanger sur des bonnes pratiques, l'adaptation des formations et les questions méthodologiques propres à l'évaluation.

Les actions de médiation sanitaire proprement dites, sur le terrain, ont été engagées en janvier 2011. Il était prévu une durée initiale de 18 mois, portée ensuite à 24 mois. Ces actions de médiation ont débuté par **un diagnostic initial** de la situation des femmes et des enfants qui étaient présents sur le terrain. Nous avons également évalué les conditions d'habitat. Tout cela s'est déroulé sur un trimestre et a été remonté à la coordinatrice, selon les outils et les référentiels du programme.

Passé ce diagnostic, les médiatrices ont pu concrètement mettre en œuvre les **actions de médiation sanitaire sur le terrain**. Elles ont mené entre autres des actions à destination des femmes, comme par exemple transmettre une information sur les structures de soins et de santé, faciliter l'accès à une couverture maladie, aux soins, à la prévention, mais aussi un travail en direction des professionnels de santé comme informer sur les déterminants culturels des comportements (généralement, c'était surtout un travail de démystification et de déconstruction de préjugés que l'on peut avoir vis-à-vis des Roms). Par ailleurs, la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé adaptées a été initiée en collaboration avec des acteurs de santé : PMI, centres de planning familial, hôpitaux, Pass...

Il y a eu par la suite deux autres périodes de remontée des données au titre de l'évaluation : un temps intermédiaire (T+9), puis au titre du rapport final (T+18).

Néanmoins, bien que l'expérimentation ait pu être conduite à son terme, nous avons rencontré **deux grandes difficultés** au cours de ce programme :

- l'instabilité des sites - la moitié des sites sur lesquels nous sommes intervenus a été à un moment ou à un autre évacuée. Nous l'avons anticipé puisque nous sommes partis sur des logiques de développement de réseaux, des logiques de territoire et pas exclusivement de suivi des personnes. Il n'empêche que cela a compliqué énormément la tâche des médiatrices ;
- les difficultés chroniques à mobiliser les financements, tant pour la coordination nationale que pour les actions locales - la composition des intervenants du programme a été bouleversée. En deux ans, nous avons enregistré l'arrêt définitif du Comité d'Aide Médicale qui intervenait à Bobigny, suite à une faillite ; ainsi que de l'association qui intervenait dans le Var, Sichem, qui a dû renoncer pour défaut de financement. En compensation, l'AŠAV a dû porter des actions dans le Val-d'Oise et en Seine-Saint-Denis.

Cela a donné lieu au rallongement de ce programme de six mois pour inclure les actions d'Île-de-France, les synchroniser avec le reste du programme. Cela a permis également l'approfondissement des actions partenariales. Les actions envers les partenaires de santé sont les plus difficiles et les plus longues à faire évoluer. Nous avons pu ainsi travailler plus en profondeur et intégrer davantage d'éléments qualitatifs à l'évaluation.

Laurent El Ghozi : Merci, voilà donc comment s'est déroulé ce programme. Si on est arrivé jusqu'ici, c'est vraiment grâce à la volonté de tous et ça n'a pas été simple.

La parole aux médiatrices

Fanny Bordeianu, médiatrice sanitaire pour l'agglomération nantaise, Médecins du Monde
Gratiela Butaru, médiatrice sanitaire pour l'agglomération lilloise, AREAS
Lucile Gacon, médiatrice sanitaire pour le Val d'Oise, AŠAV
Simona Iacob, médiatrice sanitaire pour la Seine-Saint-Denis, AŠAV

Fanny Bordeianu : Nous proposons d'apporter ici des éléments de témoignages et du ressenti des médiatrices durant le déroulement opérationnel du projet au cours des deux années écoulées.

Nous présentons en premier lieu le **schéma idéal de la posture de médiation** telle que nous la concevons, et en particulier au regard de la charte de la médiation sociale, qui se définit autour des principes de neutralité et d'impartialité, de respect des droits fondamentaux, de discrétion et de désintéressement. Mais il s'agit bien d'un idéal, d'une pleine neutralité que l'on chercherait à atteindre. Toutefois, cet équilibre est difficile à maintenir : on réinterroge perpétuellement notre posture, d'autant que nous avons comme point de départ un déséquilibre certain entre les institutions publiques et les Roms migrants qui connaissent un état de très grande précarité. Finalement, la posture du médiateur est **une posture d'équilibriste**.

Définir son cadre d'intervention est une étape essentielle pour pouvoir asseoir sa posture.

- 1. Le médiateur n'est ni un militant communautaire, ni l'instrument de l'institution. Il se doit d'être impartial, tout en restant attentif aux difficultés rencontrées par les uns et les autres ;
- 2. Il favorise la rencontre, la connaissance mutuelle, le dialogue entre communauté et institution, en prenant en considération les codes et la culture de chacun, en veillant bien entendu à ne pas construire de difficultés de communication qui seraient proprement liées à la « culture rom » réelle ou supposée, mais en mettant l'accent sur les facteurs sociaux, les conditions de vie, la marginalisation, le faible niveau de scolarisation, et les obstacles au regard desquels les institutions ont leur part de responsabilité comme le cadre législatif et réglementaire, les éventuels dénis de droits, la stigmatisation des patients...
- 3. Bien que la maîtrise de la langue soit primordiale pour mener notre action, notre rôle se distingue clairement de celui de l'interprète, auquel on ne peut se substituer. Nous menons un plaidoyer pour le recours à l'interprétariat professionnel dans les structures de soins ;
- 4. Il a vocation à s'effacer, c'est-à-dire qu'il accompagne un processus d'autonomisation des personnes. L'objectif principal du médiateur c'est qu'on n'ait finalement plus besoin de lui.

Le travail du médiateur s'inscrit au sein d'une équipe, sur laquelle il doit pouvoir s'appuyer. Il peut trouver en ses collègues des personnes-ressources qui peuvent le relayer pour des questions qui ne relèvent pas forcément du champ sanitaire. À la fois, il peut être difficile de garder sa spécificité au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Selon les associations participantes au projet, **le réseau partenarial** de départ était plus ou moins étoffé, aussi il a fallu à la fois s'appuyer sur le réseau existant et initier de nouveaux partenariats. Ce réseau permet le cas échéant d'orienter les personnes vers les structures en capacité de répondre aux sollicitations qui dépassent le champ d'intervention de la médiatrice.

Nous souhaitons à présent évoquer avec vous les éléments qui nous ont paru significatifs en ce qui concerne **les relations avec les familles et avec les partenaires de santé**. L'un des grands défis de ce projet a été de parvenir à être identifié et reconnu en tant que médiateur.

Être identifié et reconnu en tant que médiateur

- Pour ce faire, il est fondamental de pouvoir construire une relation de confiance, tant vis-à-vis des structures de soins que des familles. Aussi, tisser cette confiance nécessite du temps pour faire ses preuves, et la capacité ensuite à se distancer pour conserver un juste équilibre. Il y a un cadre commun défini par le programme national autour duquel les médiatrices se retrouvent. Chacune s'y prend différemment à partir de ce socle, d'où l'importance de l'analyse de la pratique et des rencontres que nous avons pu avoir tout au long du projet, au regard des valeurs qui sont partagées.
- Ensuite, chaque structure porteuse était plus ou moins reconnue au départ par le public, les collectivités et les partenaires santé, d'un point de vue local. Aussi les médiatrices ont pu bénéficier de cette reconnaissance préalable pour démarrer leur action. Les premiers pas étaient déjà faits auprès de ce réseau, mais c'est ensuite le travail de la médiatrice qui a permis de l'élargir et le renforcer. Je prends pour exemple le partenariat initié à Nantes avec le service de prévention de la CPAM de la Loire-Atlantique, qui n'était pas un service partenaire de Médecins du Monde. Il s'agissait d'un interlocuteur à contacter selon la feuille de route suggérée par la coordination du programme au niveau national, et cette rencontre a par la suite porté ses fruits et permis une collaboration riche et constructive.
- Enfin, le fait d'appartenir à un programme national nous a ouvert beaucoup de portes, tant auprès des structures de santé, que des collectivités locales. En effet, pouvoir se présenter en expliquant que l'on intervient dans le cadre d'un programme soutenu notamment par la Direction générale de la santé et par l'Inpes, ça facilite tout de suite la discussion.

Implication des familles et des partenaires. Sans l'implication des uns et des autres, cela ne fonctionne pas. C'est un élément déterminant dans la réussite de l'action de médiation.

Quelques exemples significatifs de cette implication pour chacun des sites :

- Bobigny : L'implication de la PMI Marcel-Cachin à Bobigny dans la formation des femmes-relais roms en matière de contraception, de suivi médical au cours de la grossesse, des pathologies pouvant être rencontrées dans la petite enfance, de la vaccination et de l'utilisation des antibiotiques ;

- Nantes : Le travail en partenariat avec le service prévention de la CPAM de la Loire-Atlantique qui a proposé à un groupe de femmes de participer à des bilans de santé, a débouché sur des actions concrètes autour de l'alimentation des enfants et le sevrage tabagique. Il s'agissait là de propositions faites par les femmes elles-mêmes. Leur implication a été déterminante dans le succès de ces ateliers ;
- Lille : L'interpellation par la médiatrice concernant des dysfonctionnements dans le recueil des pièces pour la constitution du dossier de demande d'AME au niveau du guichet a encouragé la CPAM de Roubaix-Tourcoing à initier une formation en interne de ses agents, dispensée par la chef de service de l'AREAS et la médiatrice elle-même.
- Ile-de-France : Chaque mercredi après-midi, un délégué de la CPAM des Hauts-de-Seine participe aux permanences de l'AŠAV, aux côtés de la médiatrice du Val-d'Oise, au titre d'une charte conventionnelle. Cette collaboration permet d'analyser les demandes posant des difficultés et le plus souvent de les dépasser, en identifiant le niveau et les motifs de blocages de certains dossiers d'AME en retard qui pénalisent les demandeurs qui ont besoin de soins.

Un second point important à nos yeux, a été l'organisation, en miroir du comité de pilotage national, **de comités de suivi locaux** par les structures porteuses, dès le début du projet. Ces comités, que l'on a cherché à constituer d'acteurs divers impliqués et intéressés par le programme (collectivités locales, financeurs, élus locaux, services hospitaliers, partenaires associatifs...), ont permis de réunir autour d'une même table des personnes clés qui ne se seraient pas forcément rencontrées sur ce sujet autrement, et qui chacune pouvait, grâce à son implication, avoir un impact significatif sur l'amélioration de l'accès aux soins des femmes et des jeunes enfants roms de leur territoire.

Nous avons évoqué les relations avec les familles et les institutions, mais on ne peut ignorer **les autres acteurs**, indirectement concernés par le programme, mais avec qui nous avons été aussi amenées à travailler. En premier lieu, les collectifs de soutien locaux : très présents sur les terrains la plupart du temps, ils peuvent constituer un atout certain (par exemple des bénévoles du collectif de soutien de Deuil-la-Barre ou de Saint-Ouen-l'Aumône, qui accompagnent et soutiennent les familles en cas d'expulsion en assurant les négociations avec les collectivités locales), ou parfois représenter un obstacle (en particulier par des actions intempestives d'individus agissant parfois en « électron libre » qui peuvent saper le travail d'autonomisation mis en place par la médiatrice ou introduire de la confusion dans les relations avec les partenaires). Il est donc très important d'apprendre à se connaître pour pouvoir coordonner les actions qui peuvent être mises en place autour des personnes vivant sur les terrains.

Au-delà des partenaires identifiés initialement, il s'est avéré que des partenaires s'inscrivant parfois hors du champ sanitaire constituaient des ressources importantes en matière de santé : le Secours Catholique à Lille finançant par exemple le droit de timbre de 30 euros pour l'obtention de l'AME en cours d'action, ou les Restaurants du Cœur à Nantes distribuant des colis alimentaires aux personnes. Il est important de pouvoir identifier ces partenaires, mutualiser les actions et de travailler ensemble dans un souci d'amélioration de l'état de santé des personnes.

Création d'outils de prévention. Dans le cadre de notre action, nous avons eu l'occasion de participer à la création d'outils de prévention en lien avec les familles et les partenaires de santé.

- Ainsi, à Nantes : « Mon livret Santé »
Médecins du Monde a pu collaborer avec les différents services de la CPAM et la Pass du CHU de Nantes. Nous avons élaboré cet outil prioritairement à l'intention des personnes en situation de précarité, migrantes ou non. Il s'agit d'un livret très imagé. Cet outil est destiné à l'usage des professionnels pour servir d'outil de médiation, d'interface entre eux et les patients. Il a un format de poche et propose un plan détachable avec les adresses utiles localement en matière d'accès aux soins et à la prévention. Il est traduit en cinq langues (anglais, russe, turc, roumain, arabe) et a donc été pensé au-delà du public qui nous intéressait au départ.
- Un second outil a été construit dans le cadre d'un partenariat avec le Centre de lutte anti tuberculeuse de Loire-Atlantique (Clat 44). Dès le début du programme, nous avons pu nous rapprocher d'un partenaire incontournable pour MdM, le Centre fédératif de prévention et de dépistage qui regroupe trois structures en matière de santé materno infantile (le Centre de dépistage anonyme et gratuit, le Centre de vaccination polyvalent, le Centre de lutte antituberculeuse). Nous avons imaginé ensemble un outil qui s'adresserait aux patients d'origine roumaine et qui s'appuierait d'abord sur les représentations de la maladie que pouvaient avoir les personnes. Nous avons échangé avec les familles avant de revenir vers le médecin. À partir des données recueillies sur le terrain, le médecin a pu délivrer un message de prévention et d'information sur la tuberculose en constituant une réponse adaptée aux interrogations des personnes tout en rendant le discours médical accessible. Nous avons ensuite élaboré un outil intitulé « Tuberculose, mythes ou réalités » constitué d'un tableau destiné à être utilisé directement sur les terrains et d'un CD-Rom en roumain, avec une vidéo diffusée en boucle dans la salle d'attente et à visionner sur le site du CHU de Nantes : <http://www.chu-nantes.fr/a-propos-de-la-tuberculose-mythes-ou-realites-tb-mituri-si-fapte-34754.kjsp?RH=ACCUEIL#KLINK>.
- **Simona Iacob** : À Bobigny, pour construire des outils, nous sommes partis de la difficulté à trouver des brochures adaptées à un public qui est immigré, illettré et qui parle très peu, voire pas du tout le français. Nous avons donc décidé de faire une brochure « à la sauce rom ». Nous avons démarré avec 20 femmes et 36 enfants avec lesquels nous avons d'abord dressé un état des lieux, une sorte d'inventaire pour voir quels sont les facteurs, les situations à risque pour leur santé, quels sont aussi les habitudes et les comportements peu favorables à la santé, sur lesquels ces personnes voulaient travailler. Une fois choisis les thèmes et les sujets, nous avons obtenu grâce à la mairie de Bobigny, Codes 93 et à la PMI, un nombre assez important de brochures en français. Nous avons travaillé avec les familles : ensemble, nous avons décortiqué, décodé et essayé de comprendre ce que disaient ces brochures.

Une fois cette phase de compréhension et d'apprentissage accomplie, nous sommes passés à la phase de la mise en scène : chaque participant devait mettre en scène ce qu'il avait appris pour apprendre aux autres ce qu'il connaissait mais aussi, stimuler les autres à prendre de bonnes habitudes, manger des fruits et légumes... Toutes ces mises en scène ont été photographiées ; avec une partie des photos, nous avons réalisé un livre, imprimé à 20 exemplaires, un pour chaque famille. C'est une sorte de livre mémoire qui retrace tous les thèmes que nous avons abordés. Il est fait pour que les familles le gardent, le lisent entre elles.

Avec les mêmes photos, nous avons réalisé quatre autres livres jeux et un jeu de cartes. Leur but est de jouer ensemble. Les livres ne contiennent pas de textes, seulement des photos pour que toute personne qui raconte l'histoire utilise à la fois les connaissances de santé qu'elle a acquises mais aussi, qu'elle utilise sa créativité son imagination. Nous avons également réalisé trois petits films de deux à trois minutes, destinés à des enfants de trois à huit ans. Ce sont des contes pour travailler les connaissances en termes d'éducation à la santé. Ce type de travail s'est montré assez efficace. Nous avons pu constater que les participants, plus particulièrement les enfants, non seulement ont appris de nouvelles connaissances mais à leur tour, sont devenus des promoteurs de ces connaissances.

Nous observons un nombre important de **modifications de comportement**. La clé de voûte de ce travail, c'est la créativité. Le plus important, c'est le chemin que font ces familles, le fait qu'elles aient travaillé autour de ces outils avec leurs propres émotions, avec leurs interrogations et leurs questionnements. Ces outils cristallisent en quelque sorte leur réussite et leur créativité. Je suis persuadée que, dans tout groupe de Roms ou personnes en précarité, il y a un **énorme potentiel en termes humain et en termes de créativité** mais un potentiel qui reste enseveli dans **la poussière de notre ignorance et de notre indifférence**. Pour améliorer la santé de ces populations, certes il est important de leur parler de vaccins, d'équilibre alimentaire, de l'AME mais il est tout aussi important de leur rendre leur dignité, de restaurer leur capacité à rêver et de reconnaître chez eux quelque chose de profondément humain : **la capacité de créer et la créativité**.

Animateur (Laurent El Ghozi) : Merci de cet enthousiasme et de cette créativité. Il y a la créativité des femmes que vous avez accompagnées mais il y a aussi la vôtre...

Fanny Bordeianu : Nous voulions maintenant vous faire part des principales difficultés rencontrées et des avancées constatées tout au long du déroulement de ce programme.

Commençons par les difficultés

La première et la plus importante selon nous a été **la question de l'instabilité**. Il a été particulièrement difficile de travailler dans un contexte d'évacuation de terrains, qui a considérablement compliqué les actions de médiation - difficulté à retrouver les familles suivies initialement, questions de santé reléguées au second plan, éloignement des lieux de vie et dégradation des conditions sanitaires. Le résultat est sans commune mesure avec les avancées rencontrées sur les terrains ayant connu un semblant de stabilité. Aussi, dans un contexte où le travail social rime souvent avec précarité des emplois, il est d'autant plus difficile de construire des projets dans la durée. Et la médiation a besoin de temps et de conditions de travail stables pour pouvoir s'opérer.

Ensuite, **le rapport au temps** et les difficultés qui en découlent, est l'une des manifestations les plus criantes de deux mondes qui ont du mal à se rencontrer. Les Roms qui vivent dans l'immédiateté (on ne sait pas où on sera ni ce qu'on fera demain) et l'institution qui va donner des rendez-vous à deux ou trois mois, délais inhérents aux conditions des services ou à la disponibilité des spécialistes : le temps institutionnel est différent de celui des familles, ce qui complique un accès aux soins dans de bonnes conditions. La difficulté est de faire se rencontrer ces deux mondes, ce qui suppose des ajustements et des compromis de part et d'autre.

Enfin, **travailler seul au quotidien** demeure l'une des difficultés principales. Il faut faire face au surinvestissement de la médiatrice par les familles et par l'institution qui voit en elle une sorte de solution miracle à tous les problèmes. Le fait aussi d'être seul dans une équipe à parler

la langue expose le médiateur en première ligne, face à la charge émotionnelle que peuvent représenter les situations.

Principales avancées constatées

Si les difficultés ont été légions, pour autant les avancées constatées ont été tout aussi importantes.

Aujourd'hui les médiatrices jouissent d'une véritable reconnaissance de la part de la communauté, mais aussi des partenaires santé. Ce projet prend fin, mais c'est seulement maintenant que les conditions sont parfaitement réunies pour pouvoir commencer à travailler, d'une certaine façon.

Aussi, nous constatons qu'il existe **une meilleure intercompréhension entre les familles et les services de santé**. Nous observons également que des structures partenaires initient des actions pour améliorer l'accueil des personnes, **en instituant des partenariats** avec des services d'interprétariat professionnel par exemple, ou en aménageant des plages d'accueil sans rendez-vous, favorisant ainsi l'accès à leurs services pour un public en situation de grande précarité.

Enfin et pour conclure, la plus grande satisfaction pour nous, médiatrices, est de voir des femmes **qui s'autonomisent de plus en plus**, renouvelant elles-mêmes leurs droits AME, réalisant seules un parcours de soins adapté à leur situation particulière ou encore - et c'est le plus significatif - commençant à transmettre leur savoir et la connaissance qu'elles ont acquises de notre système de soin à d'autres membres de la communauté.

Animateur (Laurent El Ghozi) : Merci à vous quatre. Je propose que l'on prenne quelques questions parmi les participants.

Échanges avec les participants

Lydie Rappaport, présidente de la fédération des associations de femmes relais du 93 : Quand vous parlez de la grande précarité, sur quels postes les médiatrices sont-elles rémunérées ?

Joseph Rustico, directeur de l'AŠAV : Il s'agit de financements venant des Agences régionales de santé.

Laurent El Ghozi, président de l'AŠAV : C'est un dispositif expérimental. Il n'y avait donc pas de postes dédiés. On a monté un dispositif. La DGS puis les ARS, des collectivités locales, ont apporté des financements. C'est un dispositif qui s'arrête maintenant. D'où les questions que nous allons nous poser pour savoir ce que nous allons faire après et plus largement, sur la question générale : quel statut pour les médiatrices ?

Une participante : Comment évaluez-vous l'autonomisation des personnes ?

Simona Iacob, médiatrice à l'AŠAV : Sur le projet de Bobigny, nous avons eu un volet spécialement conçu pour les femmes qui voulaient s'investir pour devenir des femmes relais.

Pour ce type de public, nous avons conçu une grille d'autonomie dans laquelle il y avait plusieurs niveaux. Par ailleurs, en général l'évaluation se fait plutôt en fonction de ce que les médiatrices observent : la personne va-t-elle seule aux rendez-vous ? A-t-elle obtenu seule le document ? A Bobigny, nous avons élaboré des outils spécifiques pour mesurer cette autonomie de manière plus scientifique.

Une participante : Vous parlez de couverture vaccinale et de taux qui ne sont pas satisfaisants. Je pense que vous les appréciez à partir des données de carnet de santé, or on sait que ces carnets se perdent régulièrement dans les expulsions. Comment faire pour ne pas vacciner à tort ?

Jean-François Corty, directeur des missions France, Médecins du Monde : Effectivement, nous nous basons sur les carnets de santé lorsqu'il y en a mais il y en a très peu. On se base sur ce que les gens nous disent et sur l'information qu'ils peuvent avoir, qui est assez parcellaire. Sur les campagnes de vaccination, bien évidemment, on travaille main dans la main avec les Conseils généraux, les PMI. Souvent, on fait de la médiation entre les PMI et les résidents de certains terrains, on les accompagne, on est aussi le relais d'information pour la vaccination. D'après notre enquête, c'est plus de 90 % des Roms qui nous signifiaient que, dès lors qu'ils étaient informés sur l'intérêt de la vaccination, ils étaient plutôt favorables pour en bénéficier. Il n'y a pas de rejet. Ils sont demandeurs de ces soins dès lors qu'ils sont informés.

Une anecdote. Lorsque l'épidémie de rougeole et les incidences étaient majeures l'an passé, notamment en région Paca à Marseille, où il y a des couvertures vaccinales très basses, nous avons sollicité le Conseil général et l'ARS pour lancer une campagne de vaccination de masse en période épidémique, pour 1000 personnes (ce qui est exceptionnel en France pour des populations précaires, des taux que l'on voit plutôt en région sub-saharienne). Nous avons travaillé ensemble à la mise en place d'actions mobiles en envoyant un courrier à la préfecture pour demander au préfet de ne pas expulser, pour pouvoir faire la première injection puis la deuxième, le mois d'après, pour avoir une couverture globale. Sur les 1000 personnes prévues, nous avons vacciné en première injection 200 personnes. Seulement 50 personnes ont bénéficié du rappel ! Comment voulez-vous travailler dans ces conditions alors que les indicateurs, notamment autour de l'incidence de la rougeole, étaient explosifs ! Au regard des conditions de vie des personnes, les complications et risques de mortalité étaient là pour confirmer la nécessité d'aller sur cette stratégie.

Animateur (Laurent El Ghozi) : Ça, c'est l'expérience de Médecins du Monde, sans médiation. Et donc, on va passer tout de suite à cette question : quelle évaluation peut-on faire du dispositif de médiation sanitaire sur les quatre sites d'intervention ?

Suite de l'animation : Alexandre Le Clève, chargé de mission à la Fnasat-Gens du voyage

Indicateurs d'évaluation

Catherine Gerhart, chef du département Territoires et milieux, Inpes

Je vous remercie de m'avoir invitée. Je suis un peu gênée : c'est un grand honneur que vous me faites mais le gros du travail a été fait par l'AŠAV. Nous l'avons accompagnée. En vous écoutant, je découvre que c'est très important pour vous, notamment pour valoriser le travail et, comme c'est un projet expérimental, pour éventuellement le déployer dans d'autres lieux, notamment au niveau de l'Europe. L'évaluation ne se résume pas à la définition des indicateurs et au relevé d'indicateurs. L'évaluation d'un programme porte aussi sur d'autres éléments que les indicateurs de résultat. Mais pour répondre à la demande qui m'a été faite, je ne vous présente là que les indicateurs d'évaluation des actions. En effet, les indicateurs que je vais vous présenter ne concernent pas l'activité des médiatrices or, c'est important : si on veut juger de l'efficacité d'un programme, c'est-à-dire le rapport coût - efficacité, il faut avoir des données sur ce qui concerne l'activité même des médiatrices. Je vais donc me concentrer sur les indicateurs d'évaluation des effets des actions.

Au départ, l'évaluation devait être réalisée à 0, 6 et 18 mois. Comme il y a eu un léger décalage, les **étapes d'évaluation** ont été fixées aux 3, 9 et entre le 18^e et 24^e mois pour l'évaluation finale. En effet, au lieu de durer quelques semaines, l'état des lieux initial a duré trois mois.

Je ne vous parlerai pas des résultats puisqu'ils seront présentés par Joséphine Teoran, qui a fait l'évaluation du programme. Je vais donc vous présenter les indicateurs des effets des actions en précisant les outils de recueil utilisés. Ces indicateurs sont véritablement issus d'une réflexion sur la traduction en objectifs opérationnels des objectifs généraux du programme.

Le premier objectif était de **développer les connaissances et les capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de droit commun**. Les indicateurs qui ont été retenus concernent :

- l'amélioration des connaissances du système de soins,
- l'augmentation du recours autonome aux consultations médicales pour les femmes et les enfants, l'évolution du nombre de recours aux urgences,
- les connaissances des possibilités d'accès à la contraception et le type de structures consultées par les femmes dans ce cadre.

Tous ces indicateurs ont été relevés par les quatre médiatrices du projet à l'aide de la fiche familiale de suivi.

Le deuxième objectif consistait à **mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance du public concerné**. Concernant les partenaires du projet, les indicateurs ont été :

- l'adaptation de l'organisation des consultations en fonction des difficultés rencontrées par des publics en situation de précarité : PMI, hôpitaux de proximité ;
- le recours à l'interprétariat professionnel par les structures de santé ;
- l'amélioration des connaissances sur les conditions de vie et le comportement des personnes roms et l'évolution des représentations et des attitudes des professionnels de santé envers ce public ;
- l'amélioration de l'accès aux droits des personnes (de l'AME au sein des CPAM)

Pour réaliser l'état des lieux initial concernant cet objectif, les médiatrices ont interrogé les acteurs de santé à partir d'une grille d'entretien.

Certains indicateurs ont également été relevés par les médiatrices et inscrits dans la fiche familiale de suivi.

Pour réaliser l'évaluation finale de ces indicateurs, la coordination a effectué des entretiens semi-directifs, d'une part avec les partenaires de santé sur les différents territoires d'intervention et d'autre part avec les médiatrices elles-mêmes.

Concernant l'évaluation des effets de la médiation sur le dispositif de droit commun plus élargi, l'indicateur a été le nombre de médecins de ville recevant effectivement les femmes en début de programme, puis enfin de programme. Il figure dans la fiche sur l'environnement (la situation des terrains) et dans la fiche familiale de suivi. C'est un indicateur difficile à relever précisément.

Le troisième objectif : **réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique. Les indicateurs ont été :**

- l'accès à l'eau : le nombre de points d'eau sur les terrains, la distance du point d'eau le plus proche ;
- le nombre de sanitaires, toilettes auto-construites ou mises à disposition, utilisables ou non ;
- le nombre de bennes et conteneurs pour le ramassage des ordures, la périodicité du ramassage, la présence d'ordures sur le terrain (échelle de zéro à cinq) ; si oui, antérieure ou non à l'installation des familles ; la présence de nuisibles ;

L'outil de recueil était la fiche sur l'environnement, incluant les saisines des structures compétentes pour l'hygiène et la salubrité du site.

En conclusion, je tiens à dire que l'AŠAV a développé **un dispositif de suivi et d'évaluation très élaboré**. Moi qui étudie de nombreux programmes, j'ai rarement vu un tel travail sur l'évaluation du programme lui-même. Je salue ce travail car c'est rare, ainsi que la qualité de l'analyse de ce programme. Il y a eu un important travail de relevés de données qui a nécessité du temps. C'est vrai que c'est une exigence pour l'évaluation qui est peu commune mais qui est liée au fait que, **si on veut vraiment faire avancer les politiques de ce type, il faut le prouver** : « Prouvez-nous que ça marche ! » nous disent toujours nos décideurs. Pour prouver que ça marche, il faut que ceux qui mènent les programmes aient en tête de prouver que ça marche. On ne peut rien faire au niveau politique de relevés de contact direct avec le public ou des partenaires. Il faut les traduire dans des termes qui peuvent ensuite être portés politiquement. C'est vraiment le travail qu'a fait l'AŠAV et je le salue.

Résultats d'évaluation

Joséphine Teoran, coordinatrice du programme national de médiation sanitaire, AŠAV

Je vais vous présenter les résultats de l'évaluation finale de ce programme expérimental, qui a duré au total deux ans. L'évaluation avait pour objectif général de mesurer la pertinence de la médiation sanitaire auprès de femmes et jeunes enfants roms pour un meilleur accès aux soins et à la prévention dans le système de droit commun.

Elle consistait à mesurer l'évolution des trois niveaux d'intervention des médiatrices :

- l'évolution des conditions d'habitat des familles, de la salubrité et de la sécurité de l'environnement ;

- l'évolution de l'accès effectif des femmes et des enfants aux soins et à la prévention et des recours autonomes aux soins ;
- l'évolution de la mobilisation des acteurs de santé pour une amélioration de l'accueil et du suivi dans les structures.

Evolution du contexte

De quelle manière le contexte d'intervention a-t-il évolué lors de ces deux années sur les différents sites ? Les actions de médiation évaluées dans cette phase finale d'expérimentation étaient portées par trois structures associatives : l'AREAS pour l'agglomération lilloise, Médecins du monde pour l'agglomération nantaise, l'AŠAV pour le Val-d'Oise et Bobigny.

Les médiatrices ont mené leurs actions sur treize sites. Aujourd'hui, seuls six sites sont les mêmes qu'au lancement des actions. Au total, dix terrains sur lesquels étaient menées les actions ont été évacués. Certains foyers suivis par les médiatrices, comme ceux de l'agglomération nantaise et ceux du terrain de Tourcoing, ont dû quitter leur lieu de vie à deux voire trois reprises durant ces deux années.

L'évaluation finale porte sur le suivi de 44 foyers, soit un total de 107 femmes et enfants de moins de 6 ans. Les médiatrices ont chacune suivi en moyenne une quinzaine de foyers.

Des changements ont eu lieu dans la cohorte de l'étude au cours du programme. Les médiatrices ont été dans l'incapacité de continuer à suivre certains foyers, du fait de leur départ dans leur pays d'origine ou dans d'autres pays européens, ou de leur déplacement sur le territoire local ou national suite aux évacuations. Pour garder un équilibre dans le nombre de personnes suivies, de nouveaux foyers ont été intégrés à l'étude au cours des neuf premiers mois de l'action : de nouveaux arrivants sur les terrains d'intervention des médiatrices, ou des femmes plus âgées qui prennent en charge leurs petits-enfants de moins de 6 ans.

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

- Premier constat que l'on peut faire : toutes les menaces d'évacuation qui avaient été relevées au moment du diagnostic initial, sur les différents terrains de départ, ont été exécutées, malgré la mise en place d'actions de médiation. Actuellement, la majorité des terrains fait encore l'objet de demandes d'évacuations, à l'exception de cinq terrains : trois sur quatre à Lille, celui de Villeneuve-d'Ascq, un sur deux à Saint-Ouen-l'Aumône.
- Ces expulsions ont eu de nombreuses incidences au niveau sanitaire. Tous les aménagements faits sur les sites par les familles ont dû être réentrepris sur les nouveaux terrains. Les médiatrices ont également observé un désinvestissement de certaines familles envers les questions de santé et le suivi médical, dû à leur situation de grande instabilité. Cela a parfois engendré des ruptures ou des retards dans leur suivi médical. Par ailleurs, certains groupes se sont divisés sur plusieurs terrains après l'évacuation de leur lieu de vie, ce qui a complexifié leur suivi par les médiatrices. Enfin, les médiatrices ont perdu contact avec certaines familles et n'ont pas pu continuer leur suivi. Tous ces éléments ont rendu particulièrement difficile la poursuite des actions de médiation sanitaire et ont provoqué parfois un recul au niveau de l'accès aux soins et des conditions d'habitat des familles.

- Concernant l'évolution des conditions de vie sur les terrains, les services mis en place par les communes pour l'enlèvement des ordures sont insuffisants par rapport au nombre d'habitants, hormis sur deux terrains à Lille-Fives, sur le terrain de Villeneuve-d'Ascq, celui de Deuil-La-Barre et celui de Bobigny. Le nombre de toilettes demeure largement insuffisant sur tous les sites : huit terrains sur treize n'en ont aucune. Les familles n'ont toujours aucun point d'eau sur les terrains, hormis à Villeneuve-d'Ascq comme initialement et à Bobigny. Aucune n'a accès à des installations électriques légales.

Sans une réelle volonté politique au niveau local de stabilisation des terrains, les actions de médiation ne peuvent avoir d'impact, ou en ont très peu, sur l'amélioration de la salubrité, de la sécurité, et sur la stabilité de l'habitat.

Evolution concernant l'accès effectif des femmes et des enfants aux soins et à la prévention

• L'accès aux droits

- **La domiciliation administrative.** Tous les foyers de l'étude bénéficient désormais d'une domiciliation, condition à l'accès à l'AME (Aide Médicale d'Etat). Lors de la phase initiale, 80 % des foyers de l'étude bénéficiaient d'une domiciliation. En revanche, il n'y a aucune évolution concernant la domiciliation par les organismes publics. Sur les huit communes de l'étude, seuls les CCAS de Deuil-la-Barre et de Lille acceptent de domicilier les familles roms présentes sur leur commune. Les CCAS de Villeneuve-d'Ascq et de Tourcoing ont fait marche arrière et n'acceptent plus désormais de domicilier les nouvelles familles. Les familles sont alors domiciliées dans des associations agréées qui sont vite saturées.
- **L'assurance maladie.** Nous constatons une nette évolution suite aux actions de médiation : 93 % des femmes ont obtenu ou sont en cours de renouvellement de l'AME alors que dans la phase initiale seulement 42% avaient l'AME. Cela est dû à l'important travail de médiation effectué par les médiatrices et les structures porteuses du projet auprès des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie). Les médiatrices ont pu également collaborer avec certaines d'entre elles pour élaborer des outils facilitant l'accès au système de soins.
L'instauration du droit de timbre de 30 euros pour avoir accès à l'AME, instauré en mars 2011 et levé en juillet 2012, a engendré des ruptures ou des retards dans l'accès aux soins pour plusieurs femmes de l'étude. Ces ruptures et retards ont pu être dépassés par le soutien financier d'autres associations auxquelles ont fait appel les médiatrices et aussi par la volonté des foyers de maintenir leurs droits AME.

• L'accès aux soins

- **L'accès aux consultations.** Nous notons une nette avancée dans l'accès aux consultations. Globalement, les foyers bénéficiant de la médiation sanitaire ont plus que doublé leur fréquentation des services de santé. Lors de la phase initiale, elles étaient à 22 % (nombre de consultations pour 100 personnes). Elles sont maintenant à 57 % (nombre de consultations

pour 100 personnes). Par ailleurs, la quasi-totalité des consultations a été faite dans des services de soins de droit commun, et non plus dans des structures associatives.

- **L'accompagnement vers les soins et le recours autonome.** Le nombre de consultations obtenues seules a augmenté. Seules 8 femmes sur les 44 ont encore besoin d'être accompagnées par les médiatrices et que celles-ci leur rappellent leur rendez-vous. On note donc une évolution pour l'accès autonome aux soins. Néanmoins, il existe encore des freins, le principal étant l'absence de recours à l'interprétariat professionnel lors des consultations et l'instabilité des lieux de vie.
 - **Le recours à la médecine de ville.** Les consultations chez un médecin libéral sont globalement plus fréquentes : 13 % des consultations dans la phase initiale, 39 % dans la phase finale.
 - **Le suivi par un médecin traitant des foyers de l'étude.** Il est en augmentation sur la majorité des sites. 16 sur 44 foyers en bénéficient ; il n'y en avait aucun au lancement du programme. Un frein majeur persiste encore : la barrière de la langue.
 - **Le recours aux urgences.** Il est moins fréquent, ce qui démontre une meilleure orientation vers les structures de soins. 13 % des foyers ont eu recours aux urgences dans les 15 jours précédents l'évaluation alors qu'ils représentaient 23 % lors de la phase initiale.
- **L'accès à la prévention**
- **Les suivis de grossesse.** Nous notons une nette progression dans le suivi médical des femmes enceintes, avec une prise en charge entre le 2^e et le 3^e mois de grossesse. Lors de la phase initiale, aucune des femmes enceintes rencontrées par les médiatrices sur les sites n'avait encore consulté un médecin alors que le début de la grossesse pour la majorité d'entre elles dépassait 6 mois. Nous observons aussi des consultations et échographies à fréquence habituelle.
 - **La contraception.** 89 % des femmes de l'étude connaissent maintenant un lieu où s'adresser pour bénéficier d'une contraception. Elles n'étaient dans la phase initiale que 17 %.
43 % des femmes suivies ont adopté un moyen de contraception au cours de l'étude. Par ailleurs, les professionnels de santé interrogés ont souligné que les médiatrices facilitent leurs échanges avec les femmes sur les thèmes de la sexualité et de la contraception.
 - **Les vaccinations et le suivi des jeunes enfants.** Nous notons une nette amélioration du suivi médical des enfants de moins de 6 ans faisant partie des foyers de l'étude. Dans la phase finale, 98 % des enfants ont un carnet de santé, alors qu'ils n'étaient que 36 % lors du lancement des actions de médiation. La couverture vaccinale des enfants est elle aussi beaucoup plus

complète, pour tous les vaccins : il y a quatre fois plus d'enfants vaccinés qu'au départ.

Evolution concernant l'accès effectif des femmes aux soins et à la prévention

- **Les frottis et mammographies.** Nous observons également une progression du suivi gynécologique des femmes de la cohorte : 42 % des femmes ont effectué un frottis au cours de ces deux ans (23 % au cours des 24 mois précédant la mise en place des actions). Une mammographie a été réalisée (il n'y avait dans l'étude que cinq femmes dans la tranche d'âge pour laquelle cet examen est préconisé dans le cadre du dépistage du cancer du sein).
- **Actions de sensibilisation aux pratiques de prévention.** Des actions ont été mises en place par les médiatrices et en collaboration avec les acteurs de santé : élaboration d'outils, séances d'information conjointes sur les lieux de vie...

Evolution de la mobilisation des acteurs de santé

Les médiatrices ont principalement travaillé avec les CPAM, les hôpitaux, les services de ville dont principalement les PMI, et les médecins de ville.

- **Recours à l'interprétariat.** Le recours à des services d'interprétariat professionnel est une initiative indispensable à l'autonomisation des publics migrants, dans leurs démarches d'accès aux soins. Les médiatrices avaient pour mission de mener un plaidoyer auprès des structures de soins en ce sens. Il en a résulté une réflexion accrue de la part des structures et services de santé sur l'importance d'avoir recours à ces services d'interprétariat. Ils parviennent finalement à faire une distinction assez claire entre le rôle de médiateur et celui de l'interprète, notion qui n'était pas aussi claire au début du programme pour eux. Les partenaires et les médiatrices ont notamment collaboré pour élaborer des outils traduits, imaginés pour pallier le manque d'interprétariat.

Malgré cela, le recours aux services d'interprétariat professionnel par les structures de santé demeure insuffisant du fait essentiellement d'un manque de fonds nécessaires pour y faire appel.

- **Initiatives partenariales réalisées.** Les médiatrices ont mis en place des séances d'information pour améliorer l'intercompréhension entre les acteurs de santé et le public-cible : sensibilisation des professionnels aux conditions de vie et aux déterminants socioculturels, information du public-cible pour une meilleure connaissance du système de soins.

Certaines structures ont tenté d'adapter leurs services pour un accueil facilité avec des plages de consultations sans rendez-vous ou des plages horaires spécifiques.

Des actions conjointes ont été mises en place : actions de prévention sur les lieux de vie, élaboration d'outils de prévention.

- **Perspectives de continuité des actions partenariales.** Les partenaires de santé rencontrés ont déclaré que l'appui des médiatrices est nécessaire à la continuité des initiatives amorcées. Ils souhaitent que les actions de médiation s'inscrivent dans la durée. Les professionnels expriment même la volonté de voir les actions de médiation se développer.

Conclusion

La médiation sanitaire favorise l'accès effectif aux soins et à la prévention des populations roms par l'intégration dans le système de droit commun. Tous les résultats en attestent. Nous observons :

- Un impact très positif dans le développement de l'accès des femmes et des jeunes enfants aux soins et à la prévention et le développement des recours autonomes aux soins ;
- Une amélioration de l'accueil et du suivi dans les structures de santé, mais avec l'importance d'inscrire la médiation dans la durée pour parvenir à une autonomie des services de droit commun.
- En revanche, il n'y a eu que très peu d'effets sur l'amélioration des conditions d'habitat et d'environnement des personnes.

La transférabilité du programme à destination d'autres publics précaires apparaît tout à fait pertinente. Toutes les actions qui ont été réalisées avec la population rom pourraient très bien être réalisées à destination d'autres populations précaires rencontrant des difficultés similaires.

Animateur (Alexandre Le Clève) : A la lumière de ces présentations, quelques préconisations et perspectives.

Préconisations et perspectives

Laurent El Ghozi, président de l'AŠAV

- 1. Evaluer et faire savoir :** d'abord, faire la preuve objective, argumentée de l'intérêt de ce programme. L'évaluation est probante et nous devons nous en servir comme plaidoyer, à la fois auprès des institutions, de l'État mais aussi et peut-être surtout, auprès des élus locaux pour leur montrer que l'on peut faire quelque chose, que cela peut être efficace pour améliorer la situation sanitaire des personnes les plus précaires, changer et modifier les représentations de tous sur ces publics, faire reculer les exclusions.
- 2. La durée :** cela ne peut marcher que si on a du temps. Il faut donc stabiliser les terrains ou proposer des conditions d'hébergement décentes pour ces publics ; il faut aussi, bien sûr, stabiliser les postes. Dans tous les cas, il faut du temps.
- 3. L'échange :** un des intérêts de ce programme, c'est le fait que l'on ait travaillé en réseaux multi-polaires, avec des échanges fréquents et pluri-professionnels, avec un appui à la fois juridique, sanitaire mais aussi ethnologique... Élargir le regard et les compétences pour essayer d'être plus efficace.
- 4. Le recrutement des médiatrices :** il exige maîtrise de la langue, éthique, engagement.
- 5. La formation initiale et permanente :** il ne suffit pas d'avoir un diplôme, il faut surtout continuer à échanger, à se former avec ses pairs, dans différents domaines.
- 6. Le suivi local et national** avec l'échange, la mutualisation, le travail collectif entre les médiatrices et avec l'ensemble des partenaires.
- 7. Enfin, faire confiance à l'humanité, à la créativité, à l'inventivité,** non seulement des médiatrices mais également des femmes, des enfants, des familles que l'on accompagne.

Tout cela dans un contexte qui détermine aujourd'hui les perspectives de cette médiation.

Le cadre général, c'est :

- la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Le groupe santé, qui a travaillé sur ces questions, écrit page 45 : « *étendre l'usage de l'interprétariat professionnel, favoriser le développement de la médiation en santé dans le domaine de la prévention, de l'accompagnement vers les droits, les soins et la santé.* » En espérant que cela aura été entendu par les onze ministres qui ont participé à cette conférence et sera repris dans le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté ;
- les PRAPS : inscrire dans tous ces programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, volet obligatoire de chaque Programme régional de Santé, cette question de la médiation pour l'accès à la santé des publics précaires.

Le cadre spécifique pour les Roms :

- La Stratégie nationale pour l'inclusion des Roms et des Gens du voyage : la première version de ce document rendu obligatoire par les instances européennes est quasi nulle, hélas. Cependant, le programme expérimental de médiation sanitaire est pratiquement la seule mesure mise en avant dans le champ de la santé, pourtant mal financé, dont la pérennisation n'est absolument pas assurée. Il faut donc réécrire cette stratégie nationale et y inclure formellement la question de la médiation ;
- La circulaire du 26 août 2012 qui a fait suite à la rencontre entre le Premier ministre et Romeurope, le 22 août : elle est relative à l'accompagnement du démantèlement des bidonvilles, ce qui veut dire que la priorité de la circulaire, ce sont les démantèlements et les évacuations ! Cela contredit, en apparence notre première préconisation, c'est-à-dire la stabilisation. Néanmoins, cette circulaire, signée par sept ministres dont la ministre de la Santé et des Affaires sociales, met en avant la question du diagnostic préalable et de l'accompagnement des personnes qui y vivent, dans tous les domaines, y compris sur le plan sanitaire. La médiation sanitaire trouve là toute sa place ;
- La lettre de mission au préfet Régnier pour l'application de cette circulaire affirme la nécessité de mise à l'abri, puis de stabilisation de ces publics - on arrive bien sur cette question de la stabilisation et de la durée de l'accompagnement - de coordination de toutes les politiques publiques - dont la santé est un élément majeur - d'interfaces entre les élus, les administrations, les associations et les Roms eux-mêmes ;
- Les Programmes régionaux de Santé élaborés par les ARS : suite à l'interpellation du directeur général de l'ARS Île-de-France par le président de la Conférence régionale pour la santé et l'autonomie, Claude Evin a répondu qu'il ne saurait y avoir d'évacuation, au motif de l'insalubrité, si cette évacuation était susceptible d'aggraver l'état de santé de la population. Il faut s'appuyer sur cet argument pour obtenir des pouvoirs publics le temps indispensable pour une médiation sanitaire efficace ;
- De même il faut solliciter, par la médiation, l'engagement, pour la mise en œuvre complète de la circulaire du 26 août 2012 et l'intégration des Roms, des collectivités territoriales, des CCAS, de la PMI.

Voilà donc à la fois le cadre général et le cadre spécifique concernant les Roms migrants dans lesquels doit s'inscrire notre mobilisation. Car, évidemment, ce n'est que dans le cadre d'une mobilisation des collectifs, des associations, des élus, que la médiation sanitaire en direction des Roms pourra trouver toute sa place, appuyée sur la qualité de l'évaluation qui vient d'être présentée. Merci à tous, et en particulier à Joséphine Teoran, d'avoir porté ce travail.

Échanges avec les participants

Une participante : je voudrais savoir quel a été l'obstacle le plus important à lever au niveau des institutions et des structures partenaires de votre médiation ? Qu'est-ce qui a été le plus difficile à faire bouger ?

Joseph Rustico, directeur de l'ASAV : C'est l'amélioration de la salubrité sur les terrains. C'est aussi un argument qui peut être utilisé dans le cadre d'une évaluation. Ensuite, il faut convaincre et faire un plaidoyer auprès des services de santé : au départ, il a fallu aller au-delà des préjugés. Cela demande patience et explication. L'aspect positif, c'est que l'on se rend compte qu'une grande partie des personnels de santé ne demandent que cela, et de travailler avec les médiatrices. Les autres obstacles tournent autour de la barrière de la langue. Cela a été une étape assez importante pour les médiatrices à dépasser : le fait de ne pas être considérées comme des interprètes. Cela peut aussi donner lieu à d'autres travers : à un moment, on repère quelqu'un comme interprète et, tout naturellement, on va créer des structures spécialisées comme des plages dédiées aux Roms. On échappe alors à l'objectif de traitement par le droit commun.

Catherine Le Samedi, responsable du service social des patients de l'hôpital de la Fontaine à Saint-Denis : Nous sommes l'un des hôpitaux qui, en Île-de-France, reçoit le plus de population rom en prénatal, postnatal, médecine générale, pédiatrie. La permanence d'accès aux soins est l'un des lieux par lequel nous voyons arriver un nombre très important de personnes roms. Nous avons travaillé avec sept associations, ayant chacune des médiateurs. L'ensemble de ces associations apporte une amélioration dans la prise en charge des populations sur les permanences d'accès aux soins. Mais si on veut faire en sorte que l'accès aux services de droit commun s'améliore, on peut imaginer que les permanences d'accès aux soins ne soient qu'une première marche dans l'échelle de l'accès au droit commun. Il faut aussi que les lieux de droit commun développent, auprès de leur personnel et de leur accueil, une capacité d'accueil des différentes populations exclues qui doivent être prises en charge. Nous avons eu la chance, depuis plusieurs années, de travailler en termes de formation avec ces différents acteurs de la médiation sanitaire auprès des populations roms et nous avons toujours voulu que cette expérience puisse aider l'ensemble des précaires pris en charge dans l'hôpital. Grâce à l'apport de ces médiateurs associatifs, la prise en charge en santé de la population rom à l'hôpital n'est plus un souci en soi. On peut proposer des accompagnements adaptés.

Par contre, en termes d'établissements de santé, cela fait plusieurs années qu'au niveau des ARS et au niveau de nos partenaires, nous demandons à avoir des financements de médiateurs intra-institutionnels. Cela n'a pas été entendu jusqu'à présent. Ce serait une façon de développer l'accueil de ces publics. Nous avons obtenu un financement avec la Fondation de France et une association pour pouvoir créer un poste à mi-temps de médiateur en santé sur la structure hospitalière. On ne peut pas imaginer développer un seul type d'action de médiation sanitaire pour les populations roms mais vraiment, d'accompagner les structures de droit commun sur leur

accueil bienveillant de l'ensemble des populations précaires, dont les Roms font partie. Mais en soi, ce n'est pas le seul public que nous devons accompagner avec toute cette spécificité.

Jean-Claude Guiraud, président d'honneur du CCPS, Toulouse : Vous avez séparé formellement médiation et interprétariat. Je ne veux pas lancer le débat au niveau théorique mais je vais apporter un avis de quelques décennies de militant associatif auprès des Tziganes mais aussi auprès des migrants. Je ne suis pas aussi sûr que cela que l'on puisse séparer, de façon trop nette, la question de l'interprétariat de celle de la médiation. Nous avons organisé à Toulouse un colloque européen : en particulier, dans les pays anglo-saxons, la question de médiateur social apparaît être un travail d'interprétariat. Ce n'est pas tout à fait l'objet de cette journée mais je voulais simplement l'évoquer. Si nous ne sommes pas clairs avec ces notions, quelquefois, l'interprète peut faire de la médiation sans le savoir.

Une participante : Je voudrais savoir si les médiatrices, avec les publics roms, ont elles-mêmes rencontré des problèmes de langue, au niveau de leur pratique ? En effet, des expériences antérieures de médiation ont porté sur une idée qui est à vérifier : le choix de la médiatrice se faisait selon des critères de proximité avec les publics qu'elle avait à rencontrer et à accompagner. Proximité, notamment culturelle et linguistique. Comment cela s'est-il passé avec les Roms ?

Lucile Gacon, médiatrice dans le Val d'Oise (ASAV) : Au niveau de la langue, toutes les personnes qui ont été suivies parlent le roumain, et toutes les médiatrices parlent également le roumain. Il n'y a donc pas eu de problème à ce niveau. Il y a un travail d'adaptation du langage scientifique, de soignant qui est réalisé par la médiatrice.

Gratiela Butaru, médiatrice à Lille (AREAS) : Nous sommes bien accueillies, justement parce que nous parlons leur langue. Le roumain reste leur langue maternelle. Il n'y a pas eu de souci.

Une participante : Une médiatrice doit-elle nécessairement parler la langue ? Peut-on imaginer une personne qui ne parle pas mais qui aurait recours à un interprète professionnel ?

Lucile Gacon, médiatrice dans le Val d'Oise (ASAV) : La connaissance de la langue est essentielle car c'est justement le premier pas pour la personne qui va lui donner la possibilité d'accéder aux structures de soins et donc, à ce moment-là, à l'interprétariat. C'est justement parce que nous ne sommes pas que des interprètes qu'il y a ce passage. C'est essentiel pour être un intermédiaire vers les structures de soins.

Gratiela Butaru, médiatrice à Lille (AREAS) : Il y a une confiance qui s'est créée entre nous et la famille. C'est grâce à cela que les personnes nous confient leurs soucis par rapport à des problématiques qui ne sont pas évidentes à évoquer devant un médecin qu'elles ne connaissent pas. C'est grâce à cette confiance que l'on a pu les accompagner vers les structures de droit commun.

Une participante : L'instabilité des camps est bien sûr un obstacle majeur à la médiation mais cette instabilité est aussi liée à la mobilité des populations elles-mêmes, qui se déplacent. Peut-on évaluer et estimer que la médiation a une action sur cette mobilité ? Est-ce qu'elle les stabilise ?

Gratiela Butaru, médiatrice à Lille (AREAS) : D'après mon expérience, je ne crois pas qu'ils choisissent de migrer sans qu'il y ait un problème. Peut-être, trop de boue ? Mais en principe, ce sont les expulsions. Ça dépend aussi peut-être de la région...

Une participante : Un exemple pour l'interprétariat, celui des femmes médiatrices de la Fédération des associations de Seine-Saint-Denis. Il y a plus de 45 populations différentes avec souvent, par exemple pour les Africains, plusieurs dialectes. Nous avons choisi de procéder en deux étapes. La première : quand quelqu'un a besoin d'un accompagnement, il s'adresse à une femme relais de son pays d'origine qui fera l'interprétariat, non seulement de la langue mais aussi de la culture, des us et coutumes. Dès que les habitants ont une meilleure connaissance du français et savent se débrouiller entre eux, nous essayons au contraire qu'ils aient à faire à une autre femme relais, pas forcément de la même origine, pour favoriser une meilleure connaissance et un meilleur échange entre les cultures.

Un participant : Je m'adresse au concepteur du projet, probablement aussi aux évaluateurs. Alors que les liens avec les migrants et les populations très précarisées ont été faits dès le début de cette séance, notamment au niveau de la médiation, qu'elle soit sanitaire ou sociale vis-à-vis des migrants, je voudrais savoir si vous vous êtes inspirés d'autres expériences menées depuis une trentaine d'années ? Avez-vous une estimation, même approximative, du nombre de médiateurs roms qui ont été engagés dans le cadre de ce projet ?

Joseph Rustico, directeur de l'ASAV : Sur la conception du projet, effectivement, nous avons été voir les différentes expériences. Une rencontre préfigure cette étude sur le programme ; elle a balisé l'ensemble des expériences sur la médiation. En fait, il y en avait aussi de deux types : la médiation en santé centrée sur la promotion de la santé et quelques expériences de médiation plutôt dans la promotion des individus. Cela peut impliquer aussi le fait de choisir des personnes appartenant ou non à la communauté. On était plutôt sur la première alternative. Dans le programme de médiation, il y a quatre sites : il y avait donc entre cinq et six médiateurs. En général, il est difficile d'avoir plus d'un ou deux médiateurs sur un département. Ensuite, il y a des expériences de médiation auprès des populations roms mais qui n'étaient pas dans ce programme.

Animateur (Alexandre Le Clève) : Merci, nous allons passer à l'autre table ronde. J'invite les intervenants à nous rejoindre.

Quel médiateur pour quelle action ?

Intervenants :

- **Marian Mandache**, juriste, directeur de Romani Criss
- **Patrick Vigneau**, directeur de l'Areas

Modérateur : Pascal Revault, directeur opérationnel et médecin coordinateur, Comede

Modérateur, Pascal Revault : Médecin coordinateur du Comité médical pour les exilés, j'ai travaillé dans le domaine de la médiation dans les années 1990 et au début des années 2000. Je suis donc intéressé d'écouter, de comprendre les évolutions de la médiation aujourd'hui. Nous avons la chance d'avoir deux présentations : une, de l'agglomération lilloise avec Patrick Vigneau, éducateur et directeur de l'AREAS, , et une autre de Roumanie, avec Marian Mandache, juriste et directeur de Romani Criss.

Ce qui est posé par cette table ronde, quel médiateur pour quelle action, renvoie d'abord à une tension qui y est consubstantielle de la médiation, qui a toujours existé : d'une part une tension entre avoir des outils, des personnes relais, être le relais d'une politique de santé pour améliorer l'état de santé d'une population et d'autre part, une transformation sociale facilitée par la médiation, sur la base des échanges entre personnes, institutions. Il y aurait ainsi deux possibilités d'entrer dans la médiation. Les deux exemples que nous allons écouter donnent à voir ces deux possibilités.

Les choses sont bien sûr plus complexes et on ne peut pas les réduire à cette bipolarité. D'abord, parce qu'on peut très bien, à partir d'un outil de santé publique, transformer une société et ensuite, parce que la médiation participe à l'évolution des représentations sociales, elle n'est ainsi pas une simple facilitation.

Ensuite, il est intéressant de replacer ce travail de médiation dans le dépassement actuel de la charte d'Ottawa, considérant qu'il est illusoire et peu efficace de travailler plus ou moins vaguement sur le renforcement de capacité des personnes, la médiation et le plaidoyer, ses trois piliers originels. Aborder de façon prioritaire les inégalités de santé après avoir caractérisé les déterminants sociaux à l'œuvre sur l'état de santé, clarifierait des objectifs de santé publique atteignables et donc de politiques publiques, qu'il s'agisse du droit des personnes, de l'accès aux soins, des relations entre soignants et soignés... dans lesquels la médiation aurait ainsi toute sa place.

Sans oublier bien sûr l'intérêt de clarifier les orientations d'un programme de médiation et ses limites. Mais, *in fine*, la question n'est-elle pas, pour les personnes qui participent à la médiation, d'être non seulement reconnues mais aussi d'avoir prise sur les déterminants de leur état de santé ?

En d'autres termes, la médiation est aussi le dépassement de ce terme français médical et pas très élégant de la « prise en charge ». On voit bien ce que ce mot « prise en charge » a d'ambigu et de contradictoire avec les objectifs d'une autonomie et d'une meilleure santé. D'abord, il y a une prise sur la personne, dont on ne sait pas très bien par qui elle est réalisée, comment et pourquoi, et surtout, il y a une charge, qu'il faut porter. C'est le coût social et économique en lieu et place du bénéfice d'un soin global. À partir du moment où l'on arrive à dépasser ce concept de la prise en charge, on va se poser d'autres questions en évaluation, en médiation et en politique de santé bien sûr.

Institutionnalisation de la médiation sanitaire, l'exemple de la Roumanie

Marian Mandache, juriste, directeur de Romani Criss

Merci pour votre invitation. Je travaille avec Romani Criss depuis 2003. Romani Criss travaille surtout sur des questions de droits de l'homme, de santé et d'éducation. Nous travaillons surtout en Roumanie. Nous avons été créés en 1993. À ce moment-là, il y avait plusieurs conflits interethniques. Durant cette période, nous avons été impliqués dans la reconstruction des maisons à la suite de ces conflits entre les populations majoritaires et les populations roms. Nous avons aussi essayé de faire cette reconstruction avec la confiance des communautés roumaines, roms, hongroises. Les relations étaient très violentes. Il y a eu plusieurs personnes blessées, des maisons incendiées. Nous avons essayé de reconstruire la confiance. Les Roms vivaient comme des réfugiés, dans les bois, en dehors des villages. Comment pouvions-nous résoudre cette situation pour offrir des conditions de vie décentes aux femmes, aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes à la santé précaire ?

Nous avons alors eu l'idée de solliciter les femmes pour être une interface entre la communauté rom et les autorités locales. L'hostilité envers les femmes n'était pas aussi grande que vers les hommes. Il était donc plus facile pour les femmes de revenir dans le village pour parler avec le médecin, les élus de la mairie. Voilà le contexte dans lequel cette idée a été créée. Le sens de ce programme est l'accessibilité dans les communautés roms : comprendre par exemple les attributions spécifiques de l'institution (éducation, santé, prévention, communication avec les patients...). Avec des communautés exclues qui ont des problèmes de communication, c'est plus difficile à faire.

Nous avons d'abord pensé aux besoins essentiels de la communauté en l'utilisant comme ressource avec toutes ses potentialités. Nous avons utilisé les ressources des femmes roms, valorisé ce que nous faisons avec le soutien du CCFD¹. Nous avons commencé un programme pilote dans lequel nous avons formé les femmes de la communauté, qui sont ensuite intervenues comme médiatrices.

En 2000, contexte dans lequel on parlait de la responsabilité d'État, nous avons créé une méthodologie de travail avec des fiches de poste pour les médiateurs sanitaires et avons commencé le processus d'institutionnalisation de ce métier. En 2001, la fonction de médiateur sanitaire était reconnue officiellement. Nous avons alors un partenariat avec une organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, avec le ministère de la Santé. Nous avons pu ainsi progresser dans l'accès à la santé des roms et combattre les discriminations.

En 2002, le ministère de la Santé reconnaissait officiellement le métier. En 2007, une formation était mise en place en se référant aux standards européens. En 2008, notre organisation était reconnue comme centre d'évaluation et de certification des compétences professionnelles pour les médiateurs sanitaires. Un élément positif a été l'implication de l'OSCE², organisation internationale. Cela a permis de catalyser l'implication de l'État roumain. Les formations initiales sont assurées par Romani Criss; elles sont dispensées gratuitement avec le soutien des autorités locales (prêts de salle pour les cours). En 2009, était mise en place la décentralisation.

Au départ, les médiateurs étaient obligés de rester à l'hôpital comme tous les fonctionnaires et les bureaucrates, contraints de rester dans leur établissement. Le médiateur se trouvait annexé

¹ Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement

² Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe

à l'institution. Ils ont beaucoup travaillé avec le médecin de famille ; chaque famille se réfère à un médecin de famille. Le but était de favoriser une consultation autonome des personnes, de faire en sorte que les personnes fassent la démarche d'aller vers le médecin. Il y avait le risque de ségrégation dans les services de santé.

L'engagement de l'État a été bien confirmé durant cette période d'expérimentation. En 2008, 600 personnes roms avaient été confirmées dans ce rôle de médiateur sanitaire, employées par l'État. C'est devenu une composante du programme national pour la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance. L'efficacité a été renforcée et le financement annuel du programme s'est renouvelé. La décentralisation du programme de médiation de santé a commencé en 2008. Ce n'est pas une très bonne expérience : les compétences ont été transférées de l'État à la commune et c'est aujourd'hui un problème. Beaucoup de mairies n'ont pas voulu employer de médiatrices roms par discrimination et pour d'autres raisons. Elles sont aujourd'hui moins de 300. Il n'y a pas eu de consultations avec la société civile. Une centaine de médiatrices ont sollicité Romani Criss pour les aider. Nous avons mené quelques actions devant la justice.

En 2012, le système est financé par le ministère de la Santé même s'il y a un contrat avec les mairies. Les médiatrices sont employées par les autorités locales. Certaines mairies imposent dans la fiche de poste des tâches qui ne respectent pas le référentiel métier. En 2012 a été créée l'association des médiatrices sanitaires. Aujourd'hui, 144 personnes sont membres de cette association.

Nous devons désormais impliquer la communauté. Le plus grand succès que nous ayons eu en Roumanie, avec le dispositif de médiation sanitaire, c'est que **la communauté rom n'était pas l'objet de notre intervention mais le sujet**. Nous sommes intervenus ensemble avec la communauté. Il y a eu beaucoup de discussions mais sur le long terme, c'est la solution la plus efficace. Nous devons défendre les principes moraux. Nous avons eu des situations dans lesquelles il y avait beaucoup de conflits avec les autorités locales. Ainsi, une mairie a fait construire un mur pour isoler les Roms ! Nous n'avons malheureusement pas toujours eu le soutien des autres organisations qui ont choisi de travailler avec les mairies, sans respecter les droits de l'homme. Je pense qu'en France, la situation est presque la même avec une politique aussi efficace d'exclusion et d'expulsion des terrains et de reconduite à la frontière. C'est le plus grand problème qui existe pour l'intégration et pour la médiation.

Programme national de médiation sanitaire

Patrick Vigneau, directeur de l'Areas

L'AREAS est un service social dans le Nord Pas-de-Calais qui s'occupe des Gens du voyage et des Roms migrants. Il est constitué de deux équipes. Pour les Roms, c'est une équipe pluridisciplinaire avec une médiatrice, deux infirmières, une dizaine de travailleurs sociaux. L'action de la médiatrice sanitaire s'inscrit dans cette équipe. C'est une des conditions indispensables pour la réussite d'un tel projet.

Quel médiateur pour quelle action ? On aurait pu prolonger cette question, dans quel environnement et avec quel accompagnement ? Je propose de partir du contexte ; définir le rôle d'une médiatrice dépend aussi de la construction de ce programme. Je repartirai donc de l'aspect national pour voir ensuite les axes d'intervention plus spécifiques, non pas simplement sur ce qui s'est passé sur Lille mais de façon nationale, sur l'ensemble des associations.

Le contexte national, c'est avant tout **un comité de pilotage pluri-acteurs**. C'est le fruit d'une réflexion de dix années sur cette question de médiation sanitaire. Lorsque nous avons constitué ce groupe, il y a quatre ans, la réflexion était déjà bien engagée. Ce temps de réflexion et de partage fut aussi un élément essentiel dans la réussite de ce projet. Celui-ci fut borné et cadré par un certain nombre d'acteurs de terrain, de financeurs, d'institutionnels. Un élément déterminant dans la construction du projet a été la mise en place d'un poste de coordinatrice. Chloé Faouzi a été à l'origine de cette intervention et je l'en remercie, puis Joséphine Teoran. Le poste de coordination permet la cohésion du programme : de la conduite à l'évaluation de ces expériences. C'est un peu un lieu ressource de l'ensemble des médiatrices en contact régulièrement avec la coordination qui, elle-même, renvoie des choses, des événements, des bonnes pratiques qui se passent sur un territoire et dont on peut se saisir pour les transférer sur un autre territoire.

Ensuite, il y a eu un certain nombre de **modules de formation élaborés au niveau national**. Les médiatrices arrivaient avec un certain nombre de prérequis. Il s'agit de médiatrices ayant au minimum un bac + 2. Elles possèdent pour la plupart d'entre elles un master. En France, nous sommes au tout début de ce programme expérimental, nous n'avons pas les antécédents ni l'expérience de ce qui se passe en Roumanie, ne serait-ce que par le nombre (6 médiatrices pour 600 en Roumanie). Les médiatrices devaient être en capacité d'allier un travail de terrain et un travail de recherche. C'est le fruit de ce travail que nous sommes en train de restituer aujourd'hui. **La recherche associée à l'action est fondamentale dans le travail de reconnaissance de ce nouveau métier.**

Les acquis du programme ont été formalisés à travers un ensemble d'outils méthodologiques et d'éducation pour la santé et l'impact de chacun des projets a été évalué : Joséphine, il y a quelques instants, nous a retracé l'ensemble de ces effets produits sur deux ans. Il s'est bâti par un diagnostic initial assez complet avec un questionnaire, une évaluation intermédiaire à neuf mois et une évaluation finale à dix-huit mois. La structuration de cette évaluation nous a permis de voir l'évolution sur l'ensemble du projet.

Les axes principaux de l'intervention

Quel est le quotidien des médiatrices ? Quelles sont leurs missions, quelles compétences et prérequis avons-nous sollicités ?

Le premier axe est la constitution d'un réseau partenarial territorialisé

La charte de référence de la médiation sociale (que l'on pourrait transposer à la médiation sanitaire) place la dimension de la médiation au premier rang : *« l'inscription dans des logiques partenariales et territorialisées est un principe essentiel de la médiation sociale. Elle est une condition de sa réussite qui dépend notamment de la capacité des autres acteurs à prendre le relais. »* Sans ces logiques partenariales et territorialisées, l'action des médiatrices s'avérerait fort restreinte. Sans la sensibilisation des acteurs locaux, sans leur mobilisation, la portée de l'action est infime. Si un réseau est créé, si les partenaires sont sensibilisés, l'ensemble de ces acteurs permet de faire évoluer la situation. Cela se traduit par la création et l'animation d'un réseau avec l'ensemble des professionnels de santé comme les hôpitaux, les médecins de ville, la PMI, la Pass, les services sociaux, les associations, la préfecture, la municipalité...

Deuxième axe : l'information à destination des familles et des femmes roms

Cette information est nécessaire car les familles viennent de pays où le fonctionnement et les codes médicaux ne sont pas les mêmes. Il y a nécessité à montrer les choses, à expliquer le fonctionnement des institutions et services médicaux. Cela fait partie de l'intervention des médiatrices.

Troisième axe : la sensibilisation et la formation des acteurs

Il ne suffit pas de sensibiliser et d'apprendre aux femmes comment se prendre en charge, comment aborder une situation lors d'un rendez-vous... Il est important conjointement que les acteurs du champ médical et sanitaire soient suffisamment informés de la situation des familles : les statuts, les conditions de vie, la culture. Il s'agit de fournir des clés de compréhension pour expliquer pourquoi telle femme n'est pas venue à ce rendez-vous - elle a été expulsée la veille ! Pourquoi arrivent-ils en grand nombre dans les hôpitaux ? Il est nécessaire de sensibiliser et former les professionnels de la santé sur la réalité de vie des familles roms pour une meilleure acceptation de ce public. Mais cela va dans les deux sens : il est également important d'expliquer aux femmes qu'il faut essayer d'éviter de se présenter à 10 ou à 15 aux urgences car ça perturbe le service...

Quatrième axe : l'éducation à la santé

Le médiateur transmet des informations (vaccination, suivi des grossesses, planning familial, alimentation, hygiène...) susceptibles de favoriser des comportements favorables à la santé

Cinquième axe : actions de promotion autour de la santé

Il s'agit de la participation aux actions de prévention sur l'hygiène, le planning familial, l'alimentation.... Le médiateur fait le lien entre les équipes de santé mobiles sur les terrains et les populations roms, l'idée étant de favoriser la poursuite de la prise en charge par les services de droit commun.

Sixième axe : veille et respect des droits

Veille sanitaire et alerte au niveau des pouvoirs publics sur des questions de santé publique notamment au niveau des épidémies, rougeole, tuberculose ou insalubrité. Veille aussi sur la question des droits : alerter lorsqu'il y a des blocages, des refus de soins, des difficultés d'ouverture des droits à l'assurance-maladie, traitements discriminatoires, pratiques de guichet.

Médiateur, c'est **avant tout un métier spécifique en construction et non une fonction**. La médiation est faite par un certain nombre d'acteurs sociaux - les travailleurs sociaux qui interviennent dans les différentes associations font aussi de la médiation, c'est une grande partie de leur métier. En l'occurrence, il s'agit vraiment d'un métier : une interface sur des missions de prévention et de lutte contre les discriminations. Les médiatrices font partie d'une équipe pluridisciplinaire pour éviter d'avoir en charge l'ensemble des problématiques qu'elles pourraient rencontrer sur les terrains comme la scolarité, les aspects administratifs, la domiciliation... **Nous avons souhaité que les médiatrices soient bilingues et diplômées**. Comme il n'y a pas simplement une action de terrain mais aussi une action de recherche, il était important qu'elles soient en capacité de pouvoir mettre en place des questionnaires, des évaluations, des diagnostics.

Les médiatrices ne font pas le travail à la place des autres professionnels. Elles ne sont ni éducatrices, ni assistantes sociales, ni professionnelles de santé. Elles s'attachent à travailler en articulation, en concertation et en complémentarité avec les autres professionnels. Elles ne sont pas interprètes.

Modérateur (Pascal Revault) : J'ai l'impression que, dans vos interventions, il y a des différences ; mais il y a d'abord des convergences. Plusieurs notions reviennent de façon fondamentale comme les droits des personnes, le fait que la médiatrice ou le médiateur maîtrise les deux langues de la médiation. En revanche, qu'elle ou qu'il soit issu-e de la communauté ou pas : je n'ai pas vu de différence. Pour vous, ce n'est pas quelque chose de nécessaire. Merci à Romani Criss d'avoir pointé un certain nombre de difficultés, notamment par rapport à tout le travail que vous avez fait, de nous alerter sur l'institutionnalisation de la médiation et sur l'un de ses risques : se retrouver avec un nouveau contrat qui n'est pas celui de départ.

Il serait utile et passionnant qu'il y ait des échanges entre des régions, des pays. Des échanges d'abord sur les indicateurs, sur les pratiques..., puis sur les risques que vous soulignez. J'ai l'impression que vous avez posé en filigrane une des questions fondamentales : quelle est la structure qui va soutenir, accompagner, former les médiateurs et apprécier le retentissement de la médiation ?

Échanges avec les participants

Françoise Chailleux, administratrice à l'association Santé migrants de Loire-Atlantique à Nantes : Notre association emploie des interprètes et a aussi des médiateurs sous le statut d'adultes relais. Ce n'est pas pour nous le même métier, la médiation en santé et l'interprétariat professionnel, médical et social. On voit bien que la médiatrice en santé peut développer des actions individuelles et des actions collectives qui sont suivies par un comité de pilotage. Le comité en fixe les objectifs. Or, une interprète professionnelle, médicale et sociale, intervient à la demande d'un professionnel, dans une relation triangulaire entre le soignant, l'interprète et le patient, en faisant soit de la traduction stricto linguistique, soit en y apportant des éclairages culturels s'il y a lieu, mais pas forcément. Pour nous, c'est vraiment un métier différent. Il y a à peu près trois semaines, une charte nationale a été élaborée par une dizaine d'associations françaises qui assurent de l'interprétariat. Nous avons à développer des partenariats entre la médiation et l'interprétariat.

Vincent Loris, Sidaction : Je souhaite revenir sur l'exigence en termes de diplôme initial des médiatrices. Je trouve ce niveau très élevé. Dans le champ du sida, il y a quelques années, il n'y avait pas de niveau initial de formation exigé. Là, j'ai l'impression que l'on va vers des niveaux de plus en plus élevés avec l'embauche d'anthropologues, d'ethnologues. J'avais vu cela au Canada : c'étaient des anthropologues qui faisaient de la médiation santé. Finalement, c'était l'occasion d'avoir, pour les structures qui les embauchaient, des études à caractère ethnologique ou anthropologique à moindre frais !

Vous avez souligné l'exigence de neutralité du statut de médiateur en tant que tel. J'ai l'impression que c'est une exigence qui me semble verticale. Dans les faits, elle dépend de l'employeur du médiateur ou de la médiatrice. Un médiateur ou une médiatrice n'aura pas le même positionnement si elle est embauchée par une institution de type hospitalier ou une mairie, ou dans une association qui a ses propres statuts, de qui on ne peut pas exiger qu'elle ne représente pas les usagers ou la population dont elle est issue.

Patrick Vigneau, AREAS : Sur la question du niveau, il s'avère que les médiatrices ont un niveau assez élevé mais au départ, c'était un niveau bac + 2 ou 3, avec une formation dans le cadre du social (infirmière, éducatrice). Nous avons souhaité que ça ne soit pas qu'une action mais aussi une recherche. Il fallait aussi des personnes en capacité de maîtriser les outils de la recherche, faire des entretiens, des diagnostics, de l'évaluation, de l'analyse de relevés sur le terrain. Le choix s'est donc porté par rapport à cette exigence.

Sur la question de la neutralité, il s'agit d'associations. On voyait plus la neutralité par rapport aux familles. Le choix ne s'est pas porté sur des personnes issues de la communauté ; leur action sur le terrain est parfois très difficile dans le cadre de conflits de loyauté, de problèmes entre les groupes. Pour éviter cette problématique, on a fait le choix de personnes pas forcément issues de la communauté.

Marian Mandache, Romani Criss : Concernant le niveau d'études, cela n'était pas nécessairement un souci pour nous. Nous étions souples au départ. Par la suite, la loi a exigé un niveau licence. Cela était quasiment impossible pour beaucoup de femmes roms de la communauté. Nous sommes intervenus auprès du ministère pour faire des exceptions et on a réussi à ce que le niveau soit au minimum de huit classes. C'est ce qui a été plus efficace.

Sur la question de la neutralité, nous n'avons pas cette situation en Roumanie. Le plus important est d'avoir une personne lorsqu'il y a un conflit. Les institutions, les associations, les communautés ont leurs propres intérêts réciproques. La question est : comment travailler ensemble pour une solution la plus efficace ? Cette solution était que les associations fassent le premier pas pour faire la connexion entre les communautés et les institutions en utilisant une personne de la communauté.

Modérateur (Pascal Revault) : La neutralité... Concrètement il s'agit ici d'une médiation dans le domaine de la protection des personnes et de la santé publique et nous savons qu'il y a des logiques contradictoires entre acteurs ; par exemple entre la gestion des flux d'étrangers par le ministère de l'Intérieur et celles de protection de la santé du ministère de la Santé. Il s'agit donc ici moins d'être neutre, que d'être engagé en médiation. En revanche, conserver son indépendance, être impartial, c'est effectivement crucial.

Par rapport au diplôme, au niveau de formation, j'ai l'impression que ce qui est avant tout fondamental, **c'est la compétence des personnes**. Ensuite, il peut y avoir discussion sur la modalité de validation et d'expertise, d'appréciation de cette compétence. Mais un premier niveau imposé ne semble pas obligatoire pour faire de la médiation.

Une participante : Je suis médiatrice sociale au Val-Fourré avec 80 ethnies, dans une association, centre médico-social, qui travaille dans la prévention santé et la prévention au sens large. Je trouve très important d'avoir un bon niveau, au-delà d'un bac + 2 car on travaille beaucoup avec les partenaires. Pour être crédible, si on ne maîtrise pas ce que l'on dit, si on n'a pas une vision, une analyse, cela ne nous aide pas, en sachant que les premières médiatrices du quartier étaient des femmes relais qui n'avaient pas un niveau d'instruction élevé et qui se trouvaient limitées dans leur travail. J'ai des collègues qui sont bilingues mais par rapport au niveau, c'est important. Après, le travail sur le terrain, ça demande beaucoup de choses au-delà des compétences. La réalité sur le terrain est très difficile. Si on n'a pas un bagage minimum, on ne peut pas travailler.

Marian Mandache, Romani Criss : Je suis d'accord qu'il est important d'avoir un niveau minimum. C'est aussi une question de visions qui sont différentes. Pour nous, en Roumanie, ce n'était pas la priorité absolue de travailler avec du personnel qualifié. La priorité était de répondre aux besoins de la communauté rom et renforcer leur capacité d'accéder et d'utiliser leurs ressources. Voilà quelle était notre vision. C'est ainsi que nous avons conçu notre programme.

Une participante : Pour répondre à la médiatrice, il faut absolument avoir le niveau. Je suis parmi les premières médiatrices ; il y a à peu près 20 ans que je pratique la médiation. Nous avons vu des femmes qui n'avaient pas un niveau très élevé mais qui étaient vraiment très efficaces dans ce boulot. Elles travaillent mieux que les personnes qui ont un bagage assez lourd. Je sais qu'il y a des formations pour des femmes qui n'ont pas pu aller jusqu'au bac. C'est de cela dont nous avons besoin en médiation.

Modérateur (Pascal Revault) : Nous avons ouvert des questions qui vont être abordées cet après-midi. Je remercie les organisateurs, Joséphine Teoran en particulier.

Introduction de l'après-midi

La genèse de la médiation et la reconnaissance du métier de médiateur

Bénédicte Madelin, directrice de Profession banlieue

Pourquoi cette forme d'émergence de la médiation ? À quoi répond-elle ? Quels sont les enjeux de la reconnaissance du métier de médiateur ?

Quand on parle de médiation, on pense tout de suite à la médiation sociale, à toutes ces formes qui se développent de manière très forte ces derniers temps. Profession banlieue accompagne les médiatrices sociales et culturelles depuis bientôt 20 ans. Pour moi, la médiation est d'abord **une médiation institutionnelle**. En 1973, était créé le médiateur de la République, une fonction très importante. Progressivement, vont se développer, notamment dans les conflits sociaux, des postures de médiateur. Plus récemment, ces fonctions se développent avec tous les délégués du médiateur. Peu de temps après, au début des années 1980, apparaissent des formes **de médiation citoyenne**. Elles naissent dans les groupes sociaux de milieux populaires qui eux-mêmes avaient besoin de cette forme de médiation. Cela a donné lieu aux femmes relais et aux grands frères qui se sont appuyés sur leurs compétences sociales, leurs compétences d'expérience de vie pour essayer de régler, de dépasser un certain nombre de difficultés auxquelles se heurtaient les personnes dans les quartiers. Ces emplois de médiateurs sociaux vont se développer de manière assez importante, notamment avec les emplois jeunes, en particulier dans les entreprises de transport, même avec les agents locaux de médiation sociale.

Petit retour en arrière... Si les médiations ré-émergent en France dans les années 1980, en fait, elles s'apparentent à des formes très anciennes qui sont observées dans de très nombreux pays africains par exemple, qui témoignent de la nécessité presque constitutive de la personne, de formes institutionnalisées de médiation. On voit bien que le rôle du tiers est d'apprivoiser, en la déchargeant de la force symbolique, la parole d'un puissant, d'un souverain ou la force d'un objet pour permettre à l'autre, à celui qui va recevoir cette parole ou cet objet, d'en atténuer la force et permettre d'atténuer la distance, redoutable parfois, entre ces deux protagonistes. Si on veut transposer cette image à notre société, je ferai référence à Françoise Héritier, anthropologue, spécialiste de l'Afrique, qui est intervenue dans le colloque que nous avons organisé en octobre 2010, sur 20 ans de médiation sociale et culturelle. Elle nous disait, que par ces termes de protagoniste, on pouvait aussi voir une femme immigrée qui est isolée dans sa langue, dans sa culture d'une part et, de l'autre côté, l'administration du pays d'accueil. On voit bien comment les médiatrices permettent de rejouer cette fonction de tiers, d'apaiser les angoisses de la confrontation, de rendre abordable ce qui semble ne pas l'être et d'établir une relation pacifiée et non inquiète entre deux mondes.

Ce recours à un tiers a existé autrefois en France, notamment les voisins, les amis, les chefs de famille, les curés, les anciens... dans la perspective de gérer tous ces conflits sociaux, des conflits internes à la famille et les gérer de manière amiable. En fait, ces métiers ont peu ou prou perdu de leur vitalité, ont été délégitimés, notamment du fait d'une société urbanisée, très fortement, qui a remis de la distance entre les personnes et les institutions.

La France connaît un grand bouleversement en 1975, notamment du fait de la transformation du contexte économique et social. On sort des Trente glorieuses et de l'État providence, État qui protège, notamment avec les restructurations industrielles, la montée du chômage. Les protections sociales, l'État, l'emploi vont commencer à s'amoinrir de manière forte. Dans le

même temps, les lois de décentralisation vont modifier, de manière très significative, l'organisation de l'intervention sociale notamment avec le transfert du travail social aux départements. Sur le terrain, on a bien vu des circonscriptions d'action sociale avec des déserts d'effectif. Le quartier où j'étais chef de projet à l'époque, comptait douze assistantes sociales ; lorsque j'ai quitté mon poste, il n'en restait que deux. Il a fallu plusieurs années pour qu'elles reviennent. Il y a aussi des réformes liées à l'habitat qui ont reconfiguré les villes. On constate notamment une certaine spécialisation des territoires, une forme de ségrégation sociale et territoriale, les grands quartiers d'habitat social accueillant sans cesse des familles de milieux plus populaires, immigrées ou étrangères. C'est dans ce contexte que va naître la Politique de la ville.

Il est important de se rappeler ce contexte qui permet de mieux comprendre les évolutions qui se jouent aujourd'hui car un certain nombre de faits se reproduisent aussi dans les périodes de tension que l'on peut connaître.

Les grands frères ont été les premiers à se lever dans les quartiers en voyant les petits frères qui ne réussissaient pas à l'école, se laissaient aller dans la drogue. Ils vont s'autoproclamer médiateurs ; ils vont aussi être utilisés par les élus comme des médiateurs. Le problème, c'est qu'ils ont été trop peu accompagnés par une politique de formation. À un moment donné, ils se sont trouvés eux-mêmes face à leurs difficultés. On connaît les déviations... Cela nous a aussi appris les écueils : on a utilisé ces grands frères pour les renvoyer à eux-mêmes. Ils ont alors utilisé le peu de pouvoir qu'ils avaient à des fins beaucoup moins intéressantes.

Les médiatrices sociales et culturelles appartiennent, elles aussi, à cette génération de nouveaux acteurs sociaux qui vont émerger progressivement dans les grands quartiers d'habitat social, lieux où va se développer la Politique de la ville. Elles vont s'appuyer à la fois sur leur expérience personnelle pour essayer de trouver des solutions pour rendre les choses possibles, contourner les difficultés auxquelles se heurte la population mais elles vont aussi s'appuyer sur les crédits de la Politique de la ville pour progressivement exiger d'être rémunérées et s'organiser en association. Cette proximité que les femmes médiatrices avaient avec leurs voisines, les gens de leur quartier rendait le travail possible. Elles remettaient en sécurité, souvent d'ordre psychologique, affectif, des personnes dans leur démarche. Elles apaisaient les angoisses de la confrontation. Elles apaisaient aussi, par une traduction culturelle entre des personnes, des partenaires, des univers sociaux différents. C'est une question de milieux populaires qui décrochent aussi de leurs droits les plus élémentaires. On n'est pas seulement dans la question de l'immigration. Elles vont aussi aider à lever les réticences d'un certain nombre de familles par rapport aux travailleurs sociaux qui étaient souvent considérés comme services de contrôle. Ces premiers pas de la médiation sociale restent associés aujourd'hui à une forme de précarité puisque l'essentiel des dispositifs de médiation se sont développés grâce à des contrats aidés. Au démarrage, les contrats emploi-solidarité devenaient les contrats d'emploi consolidés, aujourd'hui les adultes relais, avec des périodes de grande incertitude. Pourtant, ce travail a été accompagné par Profession banlieue. Nous avons publié en 1997, grâce à Thérèse Bouvier de l'Afpa, un référentiel métier des femmes relais construit avec les médiatrices. Elles ont décortiqué de manière fine quel était leur travail concrètement et comment cela se traduisait en savoir, savoir-faire, savoir-être. Ce travail est aujourd'hui disponible.

Il y a aussi le rapport Brévan-Picard dans lequel Claude Brévan, qui était délégué interministériel à la ville, affirmait que la plus-value sociale de ces emplois de médiation sociale, de ces nouveaux métiers de la ville, interroge fortement de nombreux métiers traditionnels. Il y a tout un passage dans ce livre sur la médiation sociale, un métier qui n'existe pas. C'était une première étape de la

longue marche de la médiation sociale. En 2000, à Créteil, dans le cadre du festival international de la ville, 43 experts de 12 pays européens différents se sont réunis et mis d'accord sur **une définition commune de la médiation sociale** comme « *processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne dans lesquels un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose.* » Le conflit n'est pas toujours un conflit ouvert. Cela peut être aussi un conflit de nonaccès à ses droits.

Cela a été suivi par un groupe interministériel, présidé par Yvon Robert, qui a abouti à **une charte de référence de la médiation sociale** en octobre 2001. Elle précise six grands principes qui gèrent la médiation : la neutralité et l'impartialité, la négociation et le dialogue, le libre consentement et la participation des habitants, la mobilisation des institutions, la protection des droits et des personnes, le respect des droits fondamentaux. Des formations ont alors commencé à se mettre en place.

Pourquoi faut-il absolument reconnaître ces métiers ? Le premier enjeu est social. Cela fait 30 ans que la fonction de médiation se développe, se multiplie à la demande des usagers et aussi, très souvent, à la demande des institutions : l'hôpital, les préfectures... Il y a plein d'exemples où c'est l'institution qui est venue chercher l'association des médiatrices pour exercer cette fonction de médiation. Si on reconnaît l'importance de ces médiateurs sociaux, quel que soit leur domaine d'intervention, on peut s'interroger : **pourquoi ce métier n'est-il pas aujourd'hui reconnu ?** Alors, que tout le monde s'accorde pour dire que c'est un métier qui aide à l'intégration sociale, que cela résout des conflits sociaux et qu'il faut donc absolument reconnaître sa légitimité professionnelle.

Je voudrais juste rappeler les propos d'Hervé Mazurel, secrétaire général à la ville, dans le rapport sur la médiation sociale pour la reconnaissance d'un métier : « *la médiation sociale ne faisait pas jusqu'ici l'objet d'une reconnaissance véritable au sein des filières professionnelles et des cadres d'emplois existants alors qu'il s'agit, à l'évidence, d'un métier à part entière, répondant à des besoins sociaux clairement identifiés et s'appuyant sur un cadre déontologique et professionnel défini.* » Il poursuivait en disant : « *la reconnaissance d'un nouveau métier est toujours une longue marche.* » Continuons donc cette longue marche...

Il y a d'autres enjeux sociaux tout à fait importants. Notamment, **une formation se crée quand elle répond à un besoin central pour la société.** La question des quartiers populaires, des quartiers de la Politique de la ville, de l'intégration des populations immigrées, des Roms et de beaucoup d'autres populations, la question de l'exclusion sociale, la volonté de cohésion sociale sont aujourd'hui des enjeux fondamentaux pour la société. On ne le sait que trop. On ne fera pas société ensemble si ces questions-là ne sont pas prises à bras le corps avec l'ensemble du corps social.

Il y a aussi un enjeu de qualité de la médiation. Cela exige d'inscrire les médiateurs sociaux dans une évolution professionnelle, individuelle et collective. Elle exige la reconnaissance du métier. Il n'y a pas d'évolution professionnelle quand on n'est pas dans un métier qui est reconnu à part entière. Très souvent, la professionnalisation des médiateurs est interrogée ; elle est convoquée comme une exigence par les pouvoirs publics, sans doute plus que dans d'autres métiers, notamment parce que ce métier n'est pas reconnu. Il est absolument nécessaire d'aller vers cette reconnaissance. Une reconnaissance validée, certifiée par un diplôme signifie la possibilité d'une mobilité, de s'inscrire dans un parcours professionnel. S'il n'y a pas cette reconnaissance pleine et entière, quelle exigence a-t-on le droit de poser vis-à-vis des médiateurs ?

La qualification doit être basée sur un corpus commun à l'ensemble des fonctions de médiation, telles qu'elles ont été définies dans le rapport d'Yvon Robert, avec des spécialisations qui deviennent spécifiques, liées au contexte d'intervention. Il est important de ne pas enfermer les personnes dans un emploi qui soit trop précis, de type médiateur de santé, médiateur social, médiateur culturel, médiateur en milieu scolaire... Ce sont des questions sur lesquelles nous avons beaucoup travaillé. Si vous enfermez les gens dans des métiers qui sont trop petits en nombre d'emplois potentiels, vous enfermez aussi les personnes et vous brisez leurs capacités professionnelles car elles se sentent enfermées dans ce métier. Le poste de médiation, les savoir-faire qui y sont attachés sont des savoir-faire professionnels. Le contenu de cette qualification est à construire en inventant de nouveaux modèles de formation sur lesquels on s'appuie. Les savoirs de médiation ne peuvent pas être des savoirs descendants. C'est une conviction.

Pour finir, je reprends les termes de Françoise Héritier : *« c'est parce que l'institution des tiers est une nécessité vitale, depuis l'émergence de l'humanité, parce qu'elle porte en elle-même la nécessité de la solidarité pour faire la cohésion, pour instaurer ou restaurer le lien social, c'est pour cela qu'il nous faut faire reconnaître aujourd'hui, comme une institution toujours nécessaire, et donc comme un métier à part entière, le travail des médiatrices sociales et culturelles. »*

Animateur (Alexandre Le Clève) : merci d'avoir présenté cette longue marche de la médiation sociale, de rappeler cette nécessité de la reconnaissance de ce métier. Je laisse la parole à Laurent Giraud.

Quelle formation pour les médiateurs ?

Intervenants :

- **Thérèse Bouvier**, ingénieure de formation, Afpa, Association pour la formation professionnelle des adultes
- **Catherine Richard**, chargée de mission Promotion de la santé, DRJSCS Ile-de-France
- **Luigi Flora**, coordinateur pédagogique du DESU information, médiation, accompagnement à la santé à Paris 8 ; concepteur de programmes d'éducation à la santé, chercheur en sciences de l'éducation
- **Marcos Andrade**, chef de projet du programme Romed développé par le Conseil de l'Europe
- **Vincent Ritz**, référent France du programme Romed, directeur du centre européen de formation aux diversités

Modérateur : Laurent Giraud, coordinateur de France médiation

Modérateur, Laurent Giraud : Cette table ronde, qui suit les propos de Bénédicte Madelin qui a déjà posé les enjeux, va nous permettre de voir comment développer, qualifier, professionnaliser les médiateurs. Sous quelles formes ? Nous allons essayer, avec les intervenants, de répondre à cette question.

La construction d'un référentiel métier

Thérèse Bouvier, ingénieure de formation, Afpa, Association pour la formation professionnelle des adultes

Modérateur (Laurent Giraud) :Thérèse Bouvier, vous avez travaillé à l'élaboration de plusieurs titres au sein du ministère du Travail : celui d'AMIS (agent de médiation d'informations services) et celui de TMS (technicien médiation service). Pouvez-vous nous redire l'importance des référentiels et des certifications dans la construction d'un métier ?

Thérèse Bouvier : Dans ce secteur en émergence, les référentiels métiers ont contribué à la structuration et à la reconnaissance du secteur de la médiation sociale. Un référentiel métier est un terme générique - on parle aussi de référentiel emploi, de référentiel de compétences. Il s'agit de repérer les activités constitutives et représentatives d'un métier qui ont une finalité globale partagée. Pour les titres professionnels du ministère de l'Emploi, on parle de référentiel « emploi activités compétences ». Dans ces référentiels, on définit et on décrit la finalité d'un emploi type : les missions, les composantes significatives de l'emploi correspondant aux titres visés. On travaille sur un emploi type à partir d'emplois réels et d'une analyse du travail qui porte sur différents emplois qui partagent une finalité commune.

Le référentiel métier permet de définir des contours, de donner une visibilité au métier. Il permet d'adosser une définition des missions et des fonctions. Il permet de construire des formations initiales, permanentes, continues ; des formations pour maintenir, actualiser, réinterroger, enrichir des compétences. Les référentiels métiers des titres professionnels du ministère de l'Emploi sont articulés à des référentiels de certification et inscrits dans le répertoire national des certifications professionnelles. C'est une articulation propre aux titres et aux diplômes. Le référentiel métier permet, lorsqu'il est notamment adossé à une certification reconnue nationalement, de faire

reconnaître officiellement des compétences, de reconnaître des personnes qui occupent un emploi par la voie de la validation des acquis et de situer des professionnels par rapport à d'autres acteurs institutionnels ou professionnels.

Pour certaines des certifications, c'est le cas pour le titre professionnel de technicien médiation service, ce référentiel permet d'établir des passerelles avec d'autres diplômes de secteurs proches ou voisins et de favoriser ainsi des mobilités pour les professionnels titulaires de ces certifications. Dans la structuration de ce secteur de la médiation sociale, les référentiels métiers ont joué un rôle prépondérant.

Quatre autres référentiels ont contribué à la structuration de ce secteur de la médiation sociale. Un des tout premiers a été **le référentiel des femmes relais**, médiatrices sociales et culturelles en 1997. En 2000, vient **le référentiel du titre professionnel d'agent de médiation information services (AMIS)**, le premier du ministère de l'Emploi dans le champ de la médiation.

En 2000-2003, une étude du Crepah, commanditée par la Délégation interministérielle à la ville, repère un référentiel d'activité et cinq emplois dans la médiation : agent de prévention et de médiation, agent d'ambiance dans les transports, correspondant de nuit, médiation sociale et culturelle, coordinateur d'équipes de médiation. En 2009, sous l'égide du secrétariat général au Comité interministériel des villes, et avec les travaux du réseau France médiation, paraît **un référentiel unique d'activité des cinq emplois repère du Crepah**, on passe à une conception dans laquelle est prônée l'unité fondamentale de la médiation. Ce qui est au cœur de ce référentiel, c'est la position de tiers impartial, sans pouvoir institutionnel. Au-delà de la diversité apparente des publics et des terrains d'intervention, **c'est cette unité fondamentale qui fait sens et à laquelle différents contextes d'emploi vont se rattacher.**

Enfin, le tout dernier né de façon institutionnelle dans ce secteur de la médiation sociale : **le référentiel conçu par Pôle emploi**, le Rome, Répertoire opérationnel des métiers et des emplois, qui présente l'ensemble des métiers. Jusqu'en 2009, la médiation sociale n'avait pas le droit de cité dans ce Rome mais était amalgamée à l'intervention sociale ou à la prévention et à la sécurité. En 2009, on note une première avancée avec deux fiches emploi qui identifient clairement, l'une, la médiation, rattachée à l'information sociale, et l'autre, la facilitation de la vie sociale. Enfin, dans le cadre des mesures du Comité interministériel des villes de février 2011, tout récemment, en octobre 2012, une **seule fiche emploi identifie ces emplois de la médiation sociale et de la facilitation de la vie en société**, ce qui constitue, de l'avis des professionnels du secteur, une avancée.

Ce titre professionnel de technicien médiation services s'est nourri de tous les travaux et les référentiels que je viens de citer. Il a émergé suite au rapport Brévan-Picard qui, en 1998, estimait qu'il y avait nécessité de créer un diplôme de niveau IV (bac) dans le champ de la médiation. L'Afpa a contribué à élaborer ce référentiel d'emploi et de certification, à partir d'une analyse des emplois réels ; il a généré en 2004 la création du titre de technicien médiation service. Ce titre a été révisé avec les professionnels à deux reprises. Il définit la finalité du médiateur social qui contribue à renforcer le lien social et à lutter contre les exclusions par son activité de médiation destinée à tous les publics. Il ou elle facilite l'accès aux services et aux droits, lève les incompréhensions entre les personnes et les institutions, aide à la prévention et à la résolution de conflits. Sa connaissance de son territoire d'intervention et son inscription dans un réseau partenarial facilite une continuité de l'action en faveur du public. Il ou elle contribue à la mise en place d'une réponse précise, complète et adaptée aux besoins de chacun. La finalité est calée sur cette notion d'unité fondamentale de la médiation sociale.

Ce référentiel se décline en trois activités :

- participer à des réseaux professionnels et contribuer à une veille sociale territoriale ;
- assurer un service de médiation ;
- faciliter et organiser des activités support à la médiation sociale.

Est adossé un référentiel de certification qui permet aujourd'hui à environ 180 personnes par an, par la voie de la validation des acquis ou suite à une formation, d'être certifiées par un titre de niveau IV inscrit au répertoire national des certifications professionnelles. Même si les médiatrices sociales et culturelles ont une spécificité d'intervention dans cette interface et ce passage de relais dans la sphère culturelle, il n'empêche qu'en Seine-Saint-Denis, 45 d'entre elles se sont présentées et ont obtenu ces titres qui leur a permis de faire reconnaître des compétences, pour elles-mêmes mais aussi dans leur travail avec des partenaires, des institutions et d'afficher et défendre une posture professionnelle.

Ce titre de technicien médiation service dispose d'un dispositif de passerelle avec d'autres diplômes d'autres ministères: BPJEPS, bac pro services en milieu rural, bac pro services de proximité et vie locale, DE moniteur éducateur. Ce dispositif évite d'avoir à repasser l'intégralité de ces diplômes. Entre les quatre ministères auxquels sont rattachées ces certifications, il y a eu reconnaissance.

Modérateur (Laurent Giraud) : Les référentiels et les certifications permettent donc d'asseoir à la fois la reconnaissance d'un métier et la reconnaissance des professionnels qui agissent sur le terrain. Ces passerelles permettent de construire un parcours professionnel pour les médiateurs. Pensez-vous que cette formation TMS, qui est une formation généraliste, peut être dispensée à tous ? Quel serait le premier niveau nécessaire dans ce parcours professionnel que l'on peut proposer aux médiateurs ?

Thérèse Bouvier : Il faut effectivement distinguer la certification qui porte sur un référentiel somme toute généraliste du point de vue de la médiation sociale, d'une formation qui les prépare à une posture spécifique qui est transférable, en médiation santé, en médiation culturelle. Par exemple les médiatrices sociales et culturelles de Seine-Saint-Denis ont préparé cette formation sur des bases « généralistes » mais elles ont bénéficié d'un module de communication interculturelle dans la formation. Rien n'interdit au centre de formation agréé pour accéder à ce titre, de proposer dans sa formation, un module complémentaire. L'offre de formation peut être un mix d'une préparation à un titre officiel et d'une adaptation à un contexte d'exercice particulier.

Modérateur (Laurent Giraud) : Luigi Flora, vous allez nous parler d'une formation spécifique sur les questions de santé réalisée à Paris 8 qui recentre la formation sur les questions de santé. Comment avez-vous créé cette formation, dans quelles circonstances, comment a-t-elle évolué ? Quelles sont les perspectives d'évolution pour demain ?

Information, médiation, accompagnement en santé – DESU Paris 8

Luigi Flora, coordinateur pédagogique

Nous avons créé en 2005 une formation qui ne parle pas d'un métier mais de compétences : l'information, la médiation, l'accompagnement en santé, dans le cadre d'une formation universitaire.

1. Histoire de la formation

En 1999, l'Institut médical d'épidémiologie appliquée créée à l'hôpital Bichat une formation universitaire après avoir constaté qu'il y avait des personnes qui rencontraient des difficultés d'accès aux soins et de compréhension du parcours de soins. Il s'agissait bien à l'époque de prendre des personnes qui faisaient partie de communautés pour leur permettre de jouer un rôle de médiateur vers cet accès aux soins. Il n'y avait pas de niveau de formation requis au départ. C'était basé sur un savoir expérientiel et la formation accompagnait les personnes pour qu'elles puissent jouer un rôle de médiateur en santé.

170 médiateurs ont ainsi été engagés dans la formation, 150 sont arrivés au bout. Ils avaient 480 heures de formation initiale et 30 heures de formation continue. Était déjà inscrite la notion de formation continue une fois que l'on avait passé le moment du socle de savoirs nécessaires pour évoluer dans ce métier.

En 2005, la Direction générale de la santé a réalisé une évaluation de cette formation qui est apparue comme assez positive. Un tiers des médiateurs ont été évalué autour de 12 sites. Les facteurs de réussite sont la proximité avec les publics et une connaissance intime de ces publics, associées à une implication personnelle et militante. On a parlé dans la médiation d'impartialité : il est vrai que pour pouvoir s'engager auprès de populations qui peuvent être discriminées, pour lesquelles l'accès aux soins n'est pas visible, possible ou difficile, il y a une réelle action militante qui est nécessaire.

Au cours de cette évaluation, des compétences ont été relevées : compétences de communication envers les publics, les partenaires et les médias ; les connaissances du système de santé ; une connaissance des comportements et enjeux en matière de santé ; une connaissance des personnes ressources, des partenaires avec lesquels œuvrer. Ce rapport est disponible sur le site du Collectif français des médiateurs en santé publique - www.cfmsp.org.

Ce rapport émettait quelques recommandations : la nécessité de stabiliser les postes de médiateurs ; s'appuyer sur un dispositif adapté (financement, légitimation de leur travail en levant les résistances institutionnelles et organisation des trajectoires de formation continue) ; constituer des dispositifs de VAE ; capitaliser sur le travail des médiateurs ; intégrer la médiation santé aux politiques sociales et sanitaires.

2. La formation « Information, Médiation et Accompagnement en santé »

Cette formation a démarré en 2005 à l'Université Paris 8. Commençaient alors les processus de validation des acquis professionnels, acquis de l'expérience. Son objet : former des animateurs d'ERI (espaces rencontre information), sites issus du plan cancer 1 (mesure 42) à la suite d'états généraux. Les malades du cancer avaient émis l'idée d'un espace d'échanges et de rencontres qui ne soit pas tenu par des professionnels de santé, mais par des gens qui n'étaient pas inscrits dans leur parcours de soins initial pour pouvoir échanger, relativiser.

En 2006, le DU se transforme en Master 1 (Bac + 4) intégrant des étudiants en formation initiale mixés avec des étudiants en formation continue. Depuis 2008, la formation s'est transformée en DESU (Bac + 4). Depuis, une dizaine d'étudiants sont formés chaque année. La formation se diversifie du fait de la large employabilité des personnes issues de cette formation.

Au programme :

- des cours de droit ;
- des cours de formation à l'écoute réalisés par des professionnels de santé ;
- des cours sur l'éthique donnés par des professionnels de santé et des représentants d'usagers ou malades ;
- des interventions de professionnels de la médiation en place issus des formations présentées ;
- des cours sur le savoir expérientiel des patients et proches ;
- des cours sur la représentation des usagers pour leur connaissance du parcours de soin ;
- des cours sur les processus de recherche d'information médicale et d'environnement de santé (approche par pathologie, recherche internet...)
- deux mois de stage et d'immersion sur un terrain servant le projet de mémoire ;
- une formation assise sur le traitement d'un projet de médiation dans le cadre d'un mémoire soutenu en fin de cursus.

3. Prolongement d'IMAS, le DIU « médiateur de santé/pairs »

En 2012, une nouvelle formation est née : le DU médiateur de santé de pairs, usagers ou anciens usagers des services de santé mentale. Elle est issue de l'association du CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS), des facultés de médecine de Lille et Marseille, de l'Université Paris 8, des agences régionales de santé (ARS). Les étudiants sont contractuels, engagés dans des établissements de santé, dans des associations et groupes d'entraide mutuelle (GEM) avec la responsabilité de suivre la formation universitaire. Les étudiants ont pour la plupart terminé brillamment la formation et ont soutenu à partir d'un mémoire organisé autour du savoir expérientiel et des notions de cadres législatifs, réglementaires et des recommandations permettant de faire évoluer et d'exercer leurs pratiques de médiation.

4. Perspectives

L'Université Paris 8 a la possibilité, dans le respect de son histoire d'adapter des formations aux publics concernés, intéressés et pertinents pour travailler à la médiation. Elle peut proposer des dispositifs de validation des acquis. Nous comptons mettre à disposition les travaux universitaires issus de nos formations pour donner une lisibilité sur les pistes d'expression de la médiation en santé et de renforcer la légitimité des médiateurs, via internet.

« La compétence est comme un iceberg : la partie émergée et visible du savoir-faire ne donne qu'une idée très fragmentaire et éventuellement fautive des connaissances immergées sur lesquelles s'appuie l'activité opératoire. » Vergnaud, G., 1995. Evolution du travail et formation des compétences, Le Monde 20 décembre 1995.

Modérateur (Laurent Giraud) : Quels sont les publics qui peuvent venir dans cette formation ? Vous parlez d'éducateurs, d'assistants de service social... Y a-t-il eu beaucoup de médiateurs qui avaient déjà un parcours plus généraliste qui sont venus dans ces formations pour se spécialiser ?

Luigi Flora : On a des publics très divers : des professionnels de santé qui veulent se requestionner, avoir un rôle moins positionné en tant que professionnel ; beaucoup de travailleurs sociaux ; des malades qui, sur la base de leur savoir expérientiel de la vie avec la maladie, requestionnent le système de santé et pensent être utiles à la santé ; des publics assez divers. Nous faisons des entretiens au cours desquels nous ne nous basons pas sur la connaissance de base mais sur la réflexion, la motivation. Nous essayons de les accompagner au mieux pour qu'ils arrivent avec le maximum de ressources à la fin de la formation. Ça marche assez bien.

Modérateur (Laurent Giraud) : Est-ce que les étudiants retournent vers un métier avec cette spécialisation et cette clarification par rapport à ce champ ou bien vont-ils vers d'autres métiers ? Des métiers de médiateurs...

Luigi Flora : On a un peu de tout. Il y a des personnes qui retournent dans leur métier mais qui ont mis de la perspective. On a des gens qui ne vont pas vers les métiers de médiateurs car ça n'existe pas mais qui vont dans des rôles de médiation assez importants.

Modérateur (Laurent Giraud) : Thérèse Bouvier a évoqué la médiation généraliste avec la compréhension du positionnement du tiers. Là, on vient de voir une approche basée sur une spécialisation par rapport à une thématique. Avec le programme Romed, on va voir maintenant plutôt une spécialisation par rapport à un public. Ce programme, conçu par le Conseil de l'Europe, a pour objectif de proposer des actions visant à améliorer la situation des Roms. Marcos Andrade va nous expliquer en quoi consiste ce programme et quelles sont les méthodes pédagogiques employées, quels sont les publics.

Programme de formation Romed - Conseil de l'Europe

- Marcos Andrade, chef de projet du programme de formation Romed

Le programme propose la formation pour une médiation interculturelle. On a des groupes de médiateurs qui interviennent dans divers secteurs mais on ne traite pas les spécificités. C'est toujours la médiation interculturelle. Je vais vous montrer comment la formation peut devenir un instrument politique et un outil de transformation positive de la réalité.

Le programme a démarré dans une vingtaine de pays, dont certains reconnaissent déjà la médiation comme métier (pour d'autres, c'est plus récent ou seulement un projet) : Albanie, Allemagne, Belgique, Bulgarie, France, Grèce, Hongrie, Italie, Portugal, République de Moldavie, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Serbie, Slovaquie, Espagne, Ex-république yougoslave de Macédoine, Turquie, Ukraine, Kosovo.

Le programme a pour but d'identifier les défis dans la pratique de la médiation, de consolider les programmes de formation existants, d'améliorer la qualité et l'efficacité du travail des médiateurs. Il a aussi pour but de mettre en place un réseau européen de médiateurs et un « pool » européen de formateurs, de favoriser la participation des collectivités locales et des établissements publics, de favoriser l'autonomisation de la communauté rom et d'offrir des perspectives de carrière pour les médiateurs dans la durée.

Au point de départ, nous affirmons que la communauté rom a des droits. Différents modules constituent la formation : prise de conscience du racisme et de la discrimination, gestion des cas, médiation des conflits, communication non-violente, sensibilité interculturelle. La médiation interculturelle s'appuie sur un code de déontologie, en construction, révisé en permanence par les formateurs de toute l'Europe. Tout cela s'inscrit dans un cycle de travail sollicitant la participation, l'autonomisation, la responsabilisation de chacun des acteurs.

Nous avançons dans la logique du cheval de Troie ou défenseur des droits de la communauté à travers un véritable médiateur interculturel. Il s'agit de passer de cette vision dans laquelle le médiateur, instrumentalisé par l'institution, est chargé de changer la communauté, à un médiateur, agissant comme défenseur des droits de la communauté, luttant contre les institutions pour faire entendre les demandes de la communauté. Le médiateur interculturel travaille de manière équilibrée avec les institutions publiques et avec la communauté pour faciliter la communication et la coopération entre ces deux parties. Il les aide à surmonter les différences de statut et de culture. Dans cette relation, les deux parties sont considérées comme ayant chacune des intérêts tout aussi légitimes. Elles sont toutes deux censées assumer des responsabilités et prendre part à un processus de changement décidé d'un commun accord. Les parties doivent s'entendre pour que le médiateur joue ce rôle.

La formation s'organise autour de trois étapes principales

- un premier cycle avec des échanges et des informations avec les parties prenantes locales ;
- six mois de mise en pratique avec le soutien des parties prenantes locales et des agents de liaison ;
- un deuxième cycle de formation et d'évaluation : le bilan des résultats obtenus, définition de suites à donner, de solutions politiques à apporter.

Principales réalisations à ce jour

- conception et élaboration d'un nouveau curriculum de formation pour les médiateurs (disponible en 20 langues) ;
- un Code européen de déontologie des médiateurs : un ensemble de principes fondamentaux et des normes pour guider le travail des médiateurs a été identifié comme un outil essentiel pour protéger le médiateur contre les abus et améliorer la qualité des services fournis. Un premier projet, inspiré par les expériences de divers pays, a été élaboré et soumis pour commentaires aux médiateurs participant aux sessions de formation ;
- la création d'une bourse européenne de formateurs Romed : 67 formateurs dont plus de la moitié sont d'origine rom ;
- création d'une base de données européenne sur les médiateurs, une ressource précieuse et utile à la mise à jour des informations sur divers aspects de la médiation des Roms dans un certain nombre de pays - www.coe-romed.org ;
- plus de 80 événements organisés, des sessions de formation pour les formateurs, réunion de coordination avec les autres organisations internationales et européennes, des séances de planification technique Romed et 72 sessions de formation de médiateurs (38 groupes de médiateurs et 2 séances par pays) ;
- plus de 1000 médiateurs formés dans 20 pays et au Kosovo. Une très grande majorité des médiateurs sont des Roms, les autres ont une très bonne connaissance de la communauté rom ;
- plus de 500 représentants des institutions nationales et locales ont participé aux sessions de formation (cours de chaque session de formation ; une journée a été consacrée à la coopération entre les médiateurs, les institutions publiques et les autorités). La

participation varie considérablement entre les pays, allant de très élevée (plus de 40 participants) à très faible. La participation augmente généralement à la 2^e séance après la période de mise en œuvre ;

- effet boule de neige provoqué dans certains pays (Grèce, Roumanie, République de Moldavie, Bulgarie, FYRoM) ;
- institutionnalisation de la médiation (République de Moldavie) ;
- échanges entre pays (République de Moldavie, Roumanie, Italie, Roumanie, Allemagne, Serbie/Ukraine) ;
- augmentation du nombre de médiateurs travaillant en Bulgarie et de l'institutionnalisation des médiateurs de santé en Macédoine ;
- réseau ROMED (soutien aux réseaux nationaux de médiateurs et d'échanges européens) ;
- recommandation sur la médiation adoptée par le Comité des ministres au Conseil de l'Europe (CM Recommandation 2012/9) ;
- premier Congrès européen des médiateurs avec les communautés roms organisé par la Commission européenne en coopération avec le Conseil de l'Europe (Bruxelles, 17-18 Janvier 2013) ;
- une coopération accrue avec des autorités nationales afin de garantir la durabilité (intégrer l'approche ROMED dans les programmes nationaux de formation).

Avenir de ROMED / 2013-2014 ("ROMED – II")

Le renforcement des capacités au niveau local pour promouvoir la participation, la gouvernance démocratique de l'école et de l'éducation inclusive et partagée, la formation par la médiation des coalitions locales de l'éducation entre le personnel de l'administration locale, les parents roms et les membres de la communauté.

- Des ateliers nationaux avec les principaux acteurs nationaux et des municipalités sélectionnées ;
- l'élaboration des programmes et de l'adaptation ;
- la formation des formateurs ;
- la formation pour le personnel des écoles et les autorités locales ;
- les activités communautaires fondées sur le théâtre-forum (y compris des réunions thématiques entre mères Roms et non-Roms), soutenues par des médiateurs ;
- le suivi et le soutien aux activités locales ;
- Les activités seront mises en œuvre en 2013 dans 8 à 10 pays avec près de 40 municipalités participantes impliquant plus de 1000 acteurs locaux.

- Vincent Ritz, référent France du programme Romed, du Centre européen de formation aux diversités :

Aujourd'hui, je regarde la médiation à travers mes différents profils professionnels qui sont : National focal point entre le Conseil de l'Europe et les médiateurs, et directeur du Centre européen des formations aux diversités qui intervient sur les questions des diversités et met en place des formations de médiation. J'ai aussi un autre regard sur l'action de médiation ayant eu la chance d'avoir été médiateur pendant huit ans pour les Gens du voyage, en tant que « gens du voyage » moi-même. Aujourd'hui comme hier, la question de médiation et des médiateurs est un défi qui interroge non seulement notre système administratif, mais aussi associatif.

Que s'est-il passé sur la formation Romed ? Elle a été très positive. Nous avons eu la chance d'accueillir 70 médiateurs qui sont soit médiateurs dans leur profil de postes, soit utilisent dans leurs « caisses à outils » l'activité médiation. Nous avons comme objectif d'intervenir dans le champ de la formation, de la co-formation à travers des dynamiques d'échanges d'expériences et d'amener les participants à théoriser une pratique, et non pas l'inverse. Les personnes qui exercent une activité de médiation peuvent être des bénévoles qui dépendent d'associations, des bénévoles indépendants comme des professionnels. Il était hors de question dans la méthodologie d'utiliser et de former aux spécificités culturelles mais bien aux compétences liées à la médiation.

Le Conseil de l'Europe a comme objectif que les personnes concernées ne se retrouvent pas simplement comme « usagers » mais aussi comme acteurs des formations, notamment en tant que formateurs. Il y a chez les Roms aussi des gens tout à fait compétents ! D'ailleurs, où sont les Roms aujourd'hui dans les intervenants capables de parler sur ce podium ? C'est une question que je mets en suspens... On ne peut pas dire qu'ils ne sont pas là, on ne peut pas dire qu'on ne les a pas invités, je n'en sais rien... On peut dire, en tout cas, ils ne sont pas là. Et ça, c'est notre responsabilité à nous, ce n'est pas la leur. Le Conseil de l'Europe a donc proposé qu'il y ait, dans les intervenants, des formateurs Roms et Gens du voyage. L'objectif n'est pas de communautariser la formation – mais bien de mettre en avant que l'aspect médiation n'a de valeur que s'il est fait et organisé au moins en bipartite tout comme le travail de médiateur. Il faut être deux. Donc, forcément, cela nous concerne tous. Les Roms et les autres à un niveau égal. Les propos que nous tenons là ont largement été cautionnés par les différents médiateurs roms qui ont bénéficié de Romed, comme d'autres avec qui nous avons mis en place ces réflexions pour construire ces formations.

Au niveau des statuts, c'est l'extrême précarisation des médiateurs qui nous pose question.

On peut toujours se cacher « derrière son petit doigt » mais on a la responsabilité vis-à-vis des professionnels des emplois précaires qu'on leur propose, même si nous n'avons soi-disant pas le choix. Un emploi, quand on le met en œuvre, c'est aussi une décision politique. Si on ne veut pas d'emplois précaires, on n'en prend pas et on met tout en œuvre pour faire autrement. Après, je sais que ce n'est pas si simple - je sais, je préside aussi une association – mais en même temps, se dire, parce que nous sommes une association, voire en difficulté, nous n'avons pas « le choix », c'est assumer et accepter notre participation à la précarisation de salariés.

Salarié des emplois précaires comme des non-précaires, ça sous-entend un certain nombre de compétences, de directives, de capacités de gestion de projet avec la notion du durable. Inclure dans une équipe des gens qu'a priori, on respecte, mais à qui on propose des emplois précaires avec des salaires très bas, avec un profil de poste qui est de faciliter l'insertion des gens : sachant que vous-même, vous êtes en insertion, c'est paradoxal. C'est le serpent qui se mord la queue. Nous n'avons pas le temps ici de parler d'un autre paradoxe qui est la requête de compétences souvent abusive face au salaire que nous proposons et nos demandes de disponibilités « militantes ». Bref, ce qui est étonnant dans notre affaire, c'est que ce que l'on espère offrir aux Roms un jour, on ne le propose même pas à nos salariés... Effectivement, c'est aussi de nos responsabilités de dire à un moment, - Non -, la même personne ou le même profil, je vais le prendre, avec un vrai contrat durable qui lui permettra de vivre dignement et de se projeter. Ce qui engagera peut-être certaines directives -que je vais prendre moins de salariés – limiter mes actions -, pour permettre une certaine « raisonnable » dans l'employabilité que je vais pouvoir mettre en œuvre dans mon association.

Modérateur (Laurent Giraud) : On voit là une médiation plus tournée vers un public spécifique. Je m'adresse maintenant à Catherine Richard qui va nous exposer de son point de vue.

Intégrer la santé des populations dans la formation des médiateurs sociaux

Catherine Richard, chargée de mission Promotion de la santé, DRJSCS Ile-de-France

Mon intérêt pour travailler avec des médiateurs sur la santé vient de ma trajectoire professionnelle, d'abord responsable de la mission banlieue de Médecins du monde mais aussi bien avant aux urgences d'un hôpital parisien à partir des constats sur le besoin d'accompagnement des publics accueillis. Chargée de mission à la politique de la ville sur les questions de santé en 2000, la Direction Interministérielle de la Ville met en place la mesure Adultes-relais mais l'axe mis dans la circulaire était une entrée sur l'emploi et le social. Intégrer les besoins sur les questions de santé dans la médiation sociale, était impossible. Bénédicte Madelin vous a présenté l'histoire de la médiation sociale.

Forte de ce constat, la Direction régionale de la santé fait l'expérience avec l'IMEA d'une formation sur les maladies infectieuses (VIH, IST) auprès des médiateurs sociaux et une évaluation donne les résultats escomptés, positifs. C'est l'emploi de ce groupe de médiateurs à l'issue de la formation qui a posé problème. Dans la loi du 1^{er} août 2003 de programmation pour la ville et le renouvellement urbain, il y a un volet santé majeur où il est rappelé la déclinaison de programmes régionaux d'accès à la prévention sur les territoires de la politique de la ville, avec la mise en place d'une coordination locale pour le développement des programmes de santé publique qui s'appellent Ateliers Santé Ville. La médiation sociale est inscrite pour y jouer pleinement leur rôle, rôle majeur dans les liens entre les institutions et les populations, par leur accompagnement et sur leur perception des dysfonctionnements pour l'accès aux droits fondamentaux.

Les déterminants sociaux ont 80 % d'impact sur la santé, ce qui n'exclut pas la nécessité d'ouvrir des modules spécifiques sur la santé. Non pour entrer dans une polémique entre médiateurs spécialistes, médiateurs généralistes, je pense que la connaissance des problèmes sociaux demande, interroge les acteurs sur les besoins en santé et sur l'accessibilité au système de santé. Les formations sont thématiques et visent des publics spécifiques qui ont grandement besoin, du fait de leur situation sociale et leurs conditions de vie, qu'on les accompagne là où l'on sait qu'ils seront bien accueillis localement, pour bénéficier des mêmes services et prestations. Les besoins sont plurithématiques et pluridisciplinaires du suivi de la grossesse, aux modes de transmission d'un virus et aux bénéfices d'une vaccination. Ces approches de publics aux professionnels de santé adéquats se jouent sur des territoires où un travail de sensibilisation, de partenariat est particulièrement nécessaire. À la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de cohésion sociale en Île-de-France où je me trouve aujourd'hui, la médiation sociale dans les actions de santé et au plus proche des publics en question prend tout son sens.

D'abord en s'appuyant sur France médiation pour inclure un module santé au sein d'une formation spécifique destinée aux adultes relais (AR), financée par l'Acse³. Puis, le statut d'emploi AR ne touche pas tous les médiateurs, il faut, de mon point de vue, aussi toucher des associations de médiateurs tout à fait autonomes, etc. Toucher le maximum, quel que soit le statut d'emploi du médiateur, c'est bien leur fonction et les problématiques de santé identifiées dont il est question, en proposant des modules souples et adaptés à leurs missions, de la sensibilisation à des thèmes plus spécifiques.

Nous avons fait cette première expérience cette année 2012 avec l'Institut régional d'éducation pour la santé. Le bilan doit se poser au mois de janvier. Une cinquantaine de médiateurs ont participé à ces modules, une formation continue. Je souhaite évidemment poursuivre, en tirer un premier bilan pour cibler davantage sur des problématiques majeures de santé publique au niveau régional, et augmenter la compétence de la médiation sociale sur ces questions de santé.

³ Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

Échanges avec les participants

Marian Mandache, directeur Romani Criss : Une question pour M. Andrade. Nous connaissons bien cette pratique de la médiation sanitaire. En Roumanie, les partenaires sont très actifs. C'est aussi ce que nous avons présenté comme un des risques : changer la responsabilité des médiateurs sanitaires, les impliquer dans des luttes électorales pour la mairie et l'agence nationale pour les Roms. Quel est le rôle de la société civile rom ? Je pense que c'est un point très faible dans votre construction et que vous devez réparer de mon point de vue. Pouvez-vous nous donner plus d'informations sur ce que sera le programme d'évaluation finale ?

Marcos Andrade, chef de projet Romed : Par rapport au rôle de la société civile, dans un certain nombre de pays, on reconnaît que c'est un point faible et quelque chose à effectivement renforcer dans les futurs programmes. L'idée est toujours de travailler soit avec les institutions publiques au niveau des différents secteurs compétents, soit avec la société civile. C'est essentiel pour faire la médiation entre les groupes de médiateurs mais aussi leurs employeurs. Ce sont des choses que nous devons améliorer. Il y a aussi la dimension du pouvoir local qu'il faut amener de plus en plus sur la table.

Concernant la Conférence européenne de médiateurs, elle aura lieu à Bruxelles en janvier. L'idée est de réunir des médiateurs de tous les pays qui font partie du programme pour une évaluation mais aussi pour rendre visible la médiation en Europe, des Roms et de la communauté rom. C'est important d'amener vers les pouvoirs publics, vers les institutions européennes les Roms, les médiateurs. Si les médiateurs sont mis dans ce contexte de l'instrumentalisation, c'est justement contraire aux finalités du programme...

Une participante : Je suis infirmière et je travaille dans un centre de santé municipal. Nous avons quelques familles roms – insuffisamment - qui viennent nous voir. La priorité, c'est je pense, l'alphabétisation : la capacité d'exprimer ce que l'on ressent, la souffrance. C'est bien la priorité pour que les Roms soient considérés comme des citoyens à part entière, qu'ils ne soient pas toujours en situation d'être captifs d'associations, de médiateurs... C'est une priorité majeure et la difficulté à laquelle nous sommes confrontés, c'est simplement de pouvoir échanger et se comprendre.

En termes de santé publique et Roms : je regrette infiniment que la question de la santé publique, de l'information des soignants et des médecins n'existe pas. Si la santé publique était vraiment prise comme un volet de formation des soignants et des médecins, forcément la santé publique ne fonctionnerait pas à coup de missions ponctuelles qui changent toutes les années, selon les orientations gouvernementales, avec forcément des personnels compétents précarisés, contractualisés. Arrêtons de contractualiser les choses ! Pérennisons, y compris par des formations spécifiques dans des formations initiales de soignants. C'est quelque chose qui me semble déterminant. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a besoin que des soignants. J'ai bien compris le rôle essentiel des médiateurs mais ils peuvent aussi trouver leur place dans ce cadre-là. Je pense aussi que des médiateurs peuvent ne pas être non plus dans un carcan uniquement étatique. Ils peuvent être dans les associations.

Paris 8, c'est très bien - j'ai suivi une formation à Paris 8 - mais c'est très cher, excessivement cher et ce n'est pas qualifiant. La formation n'est pas reconnue. Forcément, Paris 8 comble un manque mais qui est lié au manque de formation initiale. L'avenir ne va pas pour moi dans ce sens-là mais dans une vraie bagarre de la reconnaissance des métiers au niveau de la santé publique.

Quel cadre professionnel pour les médiateurs ?

Intervenants :

- **Lydie Rappaport**, présidente de la Fédération des associations de femmes-relais du 93
- **Sarah Mas Miangu**, médiatrice socioculturelle, Association des femmes médiatrices de Pantin
- **Sylvaine Devriendt**, coordinatrice, Médecins du Monde Nantes
- **Sié Dionou**, médiateur en santé publique, Centre hospitalier la Pitié-Salpêtrière, Paris
- **David Dumeau**, médiateur social, Direction du développement et de la stratégie urbaine, Bordeaux

Modérateur : Joseph Rustico, directeur de l'AŠAV

Modérateur, Joseph Rustico : Au sein de cet enjeu de la reconnaissance du métier de médiateur qui va au-delà d'une simple fonction - on est bien sûr une question de métier - il y a des questions de professionnalisation et de formation, et aussi la question du cadre professionnel pour le médiateur. Celui-ci est toujours très signifiant du statut qu'il aura, de la place qu'on lui accorde et en définitive, du regard que l'on porte sur lui. De nombreuses interrogations se posent à chaque fois face à un poste de médiateur. Est-il rattaché à un service particulier ? Par qui est-il encadré ? Est-il intégré à une équipe pluridisciplinaire ? Par qui est-il sollicité au sein de la structure ? Quel est son salaire, son statut contractuel ? Tout cela fait partie du cadre professionnel. Avec les interventions qui vont suivre, nous allons être confrontés à quatre exemples d'intégration à une structure.

- Sylvaine Devriendt, coordinatrice à Médecins du Monde Nantes qui accueille des bénévoles mais aussi des médiateurs professionnels, notamment dans le cadre de leurs interventions auprès des populations roms ;
- Un exemple d'intégration à un service institutionnel avec David Dumeau, médiateur social à la Direction du développement et de la stratégie urbaine, Bordeaux. Il intervient aussi auprès d'un public rom ; il sera intéressant de voir quelles peuvent être les différences d'approches de ce même public ;
- Un exemple original : un regroupement des médiateurs en association avec la Fédération des associations de femmes-relais (93) qui a une longue histoire avec Lydie Rappaport, présidente de la Fédération des associations de femmes-relais du 93 et Sarah Mas Miangu, médiatrice socioculturelle, Association des femmes médiatrices de Pantin. Sarah est spécialisée dans l'accompagnement des malades du sida à l'hôpital Avicenne ;
- Enfin, nous concluons avec Sié Dionou, médiateur en santé publique, attaché directement à une structure de santé, le Centre hospitalier la Pitié-Salpêtrière à Paris. Il évoquera la place et l'intérêt d'un médiateur culturel dans une équipe hospitalière en prenant l'exemple d'un service de médecine interne auprès d'une population d'Afrique subsaharienne.

Intégration à une structure associative

Sylvaine Devriendt, coordinatrice, Médecins du Monde Nantes

Pour rapidement situer l'association MdM en France, c'est 101 programmes dans 29 villes ; 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ; un centre de soins pédiatriques à Mayotte ; 70 missions mobiles d'accès à la prévention et aux soins ; 9 missions de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Les principes fondateurs de Médecins du Monde sont : soigner et témoigner. Association de solidarité internationale, l'action de Médecins du Monde repose sur l'engagement de ses membres bénévoles et salariés. Association indépendante, Médecins du Monde agit au-delà du soin. Elle dénonce les atteintes à la dignité et aux droits de l'homme et se bat pour améliorer la santé des populations.

Médecins du Monde intervient depuis plus de quinze ans auprès des populations roms installées dans et en périphérie des grandes villes, à Bordeaux, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, en région Ile-de-France mais aussi de façon plus ponctuelle à Valenciennes, Montpellier, Nancy et Toulouse. En 2010, les équipes MdM ont réalisé 7000 interventions (entretiens de prévention, consultations sociales, soins infirmiers...) auprès de 4000 personnes et plus de 4200 consultations médicales ont été assurées.

Les objectifs des programmes roms de MdM en France sont globalement les suivants :

- veille sanitaire et volet péri-natalité : suivi des grossesses, information sur la contraception, accompagnement en PMI et aux centres de planification ;
- orientation vers le système de droit commun et aide à la scolarisation des enfants (sensibilisation, démarches administratives et vaccination) ;
- enfin, l'association effectue des démarches auprès des communes pour améliorer les conditions d'hygiène sur les terrains (ramassage des ordures, accès à l'eau...) et pour trouver des solutions de logement adaptées et pérennes.

Au vu de ce que j'ai pu décrire plus haut de l'historique de l'intervention de Médecins du Monde en France auprès de la population Roms et du fait de la participation active de MdM au collectif national Romeurope, Médecins du Monde a souhaité participer au programme national expérimental, dès ses prémises, afin de démontrer l'intérêt de la médiation sanitaire en vue de sa généralisation. Le programme Roms de la délégation Pays de la Loire s'est porté candidat pour porter ce projet. La délégation MdM pour les Pays de la Loire, ce sont deux Caso (Nantes/Angers) et une consultation dans un centre d'hébergement d'urgence ; un programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés ; un programme auprès des Roms roumains ; une mission adoption. Actuellement la délégation Pays de la Loire s'appuie sur cent bénévoles et six salariées.

Le programme Roms de MdM Nantes s'appuie sur l'action d'une quinzaine de bénévoles (médicaux et paramédicaux) dont une responsable de mission très impliquée et une coordinatrice partagée sur l'ensemble des programmes. Les bénévoles effectuent deux sorties hebdomadaires sur les terrains squattés de l'agglomération nantaise. Un partenariat avec l'Asamla⁴ assure la présence d'une interprète professionnelle à chaque sortie de l'équipe bénévole sur les terrains.

⁴ ASAMLA : Association santé migrants Loire Atlantique

Avant le programme expérimental, aucune ressource salariée n'était dédiée spécifiquement à ce programme. En décembre 2010, la médiatrice sanitaire a été recrutée, elle est toujours présente à ce jour et est dorénavant intégrée au programme Roms.

Cette présentation un peu longue mais nécessaire du contexte faite, nous allons pouvoir entrer dans le vif du questionnement sur les avantages et limites du portage associatif. L'analyse reflète notre expérience spécifique à MdM Nantes. Elle a été réalisée en équipe, avec Sylvie Chapelais, responsable de mission et Fanny Bordeianu, la médiatrice sanitaire. Je vous relate ici cette réflexion partagée. Les autres associations ayant participé à l'expérimentation sont invitées à apporter leur point de vue lors des débats qui vont suivre.

D'emblée, il nous apparaît clairement que le cadre professionnel qu'offre une association telle que MdM est tout à fait adapté à la mission de médiation. La médiatrice a très vite pu trouver ses marques et endosser la posture de médiation. Pourquoi ? À notre avis, cela vient de plusieurs facteurs :

- **la position de neutralité**, d'indépendance de MdM vis-à-vis des deux parties : institutions et populations. MdM ne répond pas à une commande publique et a une véritable liberté d'action. Cela procure un cadre de travail sécurisé au médiateur. Nous ne sommes pas un service public même si nous sommes au service du public. Ainsi nous gardons une capacité à interpellier sur les dysfonctionnements en nous appuyant sur les valeurs et les objectifs à améliorer en termes d'accès aux soins. Nous n'avons pas de devoir de réserve.
- **le mode opératoire** de MdM en général relève de la médiation. En effet, à MdM, nous établissons un lien de confiance auprès d'un public en situation de précarité ou de marginalité qui permet par la suite de développer leurs connaissances et leur accès aux droits et aux soins ; nous effectuons un plaidoyer auprès des institutions politiques et sanitaires afin d'améliorer les conditions de vie et l'accès aux soins de ces publics dans le droit commun ; nous luttons contre les discriminations et les représentations négatives sur ces publics marginalisés. L'intégration de la médiatrice sanitaire dans ce cadre professionnel est d'autant plus naturelle. La posture, le positionnement sont les mêmes.
- **l'antériorité de la présence** de MdM sur le terrain et auprès des partenaires de santé avant la mise en place du programme de médiation sanitaire a grandement facilité la prise de fonction de la médiatrice.
- Aussi **la légitimité d'une association de santé** comme MdM, reconnue tant au niveau des financeurs que des professionnels de santé (en particulier hospitaliers) renforce la légitimité de la médiatrice.

Le cadre de travail offert par MdM permet à la fois une flexibilité, tout en fournissant un cadre précis d'intervention. **La médiation requiert une flexibilité du cadre de travail.** Par exemple, lorsque la médiatrice se déplace sur un terrain dans un objectif précis, bien souvent, elle est vite absorbée par de multiples demandes qui peuvent faire déborder les horaires de travail. Pourtant, ce temps est nécessaire à la construction du lien. Dans une association, la médiatrice n'est pas soumise à une rigidité administrative qui ne permettrait peut-être pas de s'adapter à ces réalités fluctuantes de terrain. Pendant l'expérimentation sur ces deux dernières années, l'action de la médiatrice a été limitée volontairement à deux groupes spécifiques, à Rezé et Saint-Herblain, alors que l'action de l'équipe Roms de Nantes est dirigée vers toute l'agglomération nantaise. Le programme de médiation sanitaire a donc été développé parallèlement mais en

interconnexion. La médiatrice s'est intégrée au sein d'une équipe pluridisciplinaire et a pu s'appuyer sur des ressources humaines médicales et infirmières bien utiles à une médiatrice sanitaire non professionnelle de santé. Des sorties conjointes (médiatrice et équipe Roms MdM) sur les terrains de la médiation à Rezé et Saint-Herblain ont aussi pu renforcer l'action de la médiatrice. Dans cette expérimentation, MdM est bien dans son rôle de montrer les besoins et la pertinence d'un dispositif en vue, à terme, d'une reprise par le droit commun.

Passons maintenant aux **limites du portage associatif** du poste de médiatrice. Les besoins importants de toute la population (dans l'agglomération nantaise environ 1000 personnes vivent sur des terrains squattés) ne peuvent être couverts par une personne seule. Les situations sont lourdes, complexes, le travail en équipe de médiateurs serait plus confortable. La médiatrice est dépositaire de beaucoup de difficultés. La supervision nécessaire pour aider la médiatrice face à ces situations serait facilitée et riche dans un travail professionnel au sein d'une équipe de médiateurs. Si plusieurs médiateurs intervenaient, le public concerné aurait le choix selon ses affinités et ne serait pas confronté à un interlocuteur unique.

En raison de la logique MdM du passage des actions dans le droit commun, MdM n'a pas vocation à porter sur le long terme de tels projets. Lorsque les associations manquent de financements institutionnels, la précarité financière peut engendrer une instabilité des postes qui va à l'encontre d'un travail de médiation de qualité. Sur ces deux années, à Nantes, nous avons eu la chance d'avoir le soutien de notre ARS et de notre Conseil régional, ce qui a permis à la médiatrice de travailler dans de bonnes conditions. Nous espérons que ces soutiens se poursuivront... Si l'on pense maintenant à la mise en place d'équipe de médiateurs, cet aspect financier est d'autant plus significatif. Les associations pourront-elles bénéficier de suffisamment de moyens pour porter plusieurs postes de médiateurs ? Ne faudrait-il pas un plan national de médiation sanitaire ? Au-delà de la question essentielle des financements et de leur pérennité, la généralisation de la médiation passe par :

- la reconnaissance du métier de médiateur et la définition d'un référentiel métier (niveau d'études pré-requis, expérience préalable, formation commune diplômante...);
- l'élaboration d'une charte qui garantisse d'éviter d'être instrumentalisé de part et d'autre.

Pour conclure, l'intégration de la médiatrice sanitaire au sein de l'association MdM, ONG médicale intervenant depuis dix ans auprès du public rom, s'est réalisée de manière naturelle. L'action de la médiatrice, appuyée par l'équipe roms de MdM, a elle-même renforcé l'action de MdM à Nantes. L'indépendance de MdM lui a procuré le cadre de travail idéal pour intervenir tant auprès des populations que des structures de santé. Son impact a été relativement moins fort au niveau de l'amélioration des conditions de vie sur les terrains, qui relève semble-t-il surtout d'un manque de volonté politique. Le portage au sein d'une collectivité territoriale a-t-il davantage d'impact à ce niveau ?

Intégration à un service institutionnel

David Dumeau, médiateur social, Direction du développement social urbain, Bordeaux

Je travaille comme médiateur social depuis septembre 2011. Au mois d'août 2011, la mairie de Bordeaux n'avait pas prévu de recruter deux médiateurs. En 2007, on note une mobilisation associative forte sur la situation des familles bulgares et roumaines vivant sur des squats notamment lors d'expulsions ou tentatives d'expulsion. En 2009, suite à un incendie sur un squat, une évacuation initialement prévue n'a pas lieu et une MOUS⁵ Squat est mise en place. En septembre 2011, à nouveau au cours d'une expulsion sans solution, la mairie de Bordeaux décide de stabiliser le squat sur un espace défini et recrute deux médiateurs au sein de son service du Développement Social Urbain (DSU). Les deux médiateurs sont issus du champ associatif. En septembre 2012, la MOUS est renouvelée pour trois ans. La médiation est également poursuivie.

Les missions des médiateurs s'organisent autour de deux axes, la cogestion des lieux de vie et l'accès aux droits des occupants :

- sensibiliser les familles à la gestion de leur lieu de vie et de leur environnement ;
- répondre aux sollicitations des riverains afin de tendre à améliorer les éventuels problèmes de cohabitation ;
- assurer l'interface avec les autres services municipaux pour toute question technique, d'hygiène ou de sécurité relevant de leurs compétences ou de celles de la Communauté Urbaine ;
- inciter les familles à adopter des comportements de nature à favoriser leur intégration notamment dans le cadre du dispositif de la Mous en lien avec la Préfecture ;
- mettre en place des actions, avec d'autres partenaires, permettant une meilleure connaissance réciproque avec cette population.

La situation en quelques chiffres : entre 500 et 600 personnes bulgares vivant en squat ou sur de l'habitat précaire à Bordeaux (entre 800 et 900 sur la Communauté Urbaine) ; près de 200 mineurs ; et plus de 100 enfants scolarisés sur 17 établissements. La population est originaire en grande partie de la région de Pazardzhik-Peshtera (Sud-Est de Sofia, Bulgarie). Un petit groupe de moins de 30 personnes est originaire de Barboesti en Roumanie. Toutes les familles en squat ne sont pas Roms, je préfère employer le terme de médiateur « auprès des familles roumaines et bulgares vivant en habitat précaire ». On note une présence significative de familles bulgares turcophones vivant dans de l'habitat autonome et de nombreuses familles roms bulgares également. Ces familles n'ont pas bénéficié d'accompagnement spécifique. Ce n'est pas parce qu'on vit en squat qu'on est Rom et ce n'est pas parce qu'on est Rom qu'on vit en squat.

Les missions de la Direction du développement social urbain (DDSU) :

- développer la cohérence territoriale et privilégier la participation ;
- dans le cadre du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS), elle coordonne des actions mises en œuvre dans les quartiers prioritaires ;
- au titre du Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), elle assure veille et intervention ;
- elle anime le Conseil Local de Santé (CLS) et développe ainsi une intervention dans les quartiers et notamment les plus fragiles.

⁵ Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale, pour l'accès au logement des personnes défavorisées

Bilan global MOUS Phase 1, 2 et 3

Une MOUS existe depuis 2009. Elle est financée par l'État et la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB) et pilotée par la DDCS. L'opérateur est l'association du COS (Centre d'Orientation Sociale). En septembre 2012, la phase 3 a été revotée pour trois ans. 40 familles entrées dans la MOUS depuis janvier 2010, ont été relogées sur de l'habitat diffus ; 8 familles ont évolué vers un logement autonome et du travail ; 32 familles sont toujours en accompagnement et hébergées hors squat provisoirement par la MOUS (mise à disposition de maisons appartenant à la Communauté Urbaine, Chalet Emmaüs, sous-location/bail glissant).

Le Conseil Local de Santé et l'Atelier Santé Ville (ASV) Bastide

Il mène des projets de promotion de la santé à l'échelle de quartiers prioritaires de Bordeaux, notamment celui de Bordeaux Bastide où se situe le plus gros squat de la ville (250 personnes).

Ses objectifs :

- contribuer au mieux-être physique, psychique et social des habitants ;
- informer, sensibiliser et promouvoir une hygiène de vie saine ;
- favoriser l'accès aux structures de prévention et de soins ;
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- promouvoir un environnement favorable à la santé.

En ce qui concerne le public des squats, les médiateurs réalisent information/orientation et/ou accompagnement sur le suivi en PMI, en Centre Médico-scolaire (dépistages buccodentaires et ophtalmologiques, éducation pour la santé, vaccination DTP et ROR), au soutien et soins psychologiques avec une dimension interculturelle (dispensés par l'association AMI⁶). Ils participent aux temps de formations et d'échanges avec les professionnels. L'ASV n'est pas à destination spécifique du public des squats mais la participation des médiateurs permet d'inclure la population dans les actions de l'ASV.

La Cogestion des lieux de vies et ses objectifs sanitaires

On parle souvent de la santé sur les squats en focalisant sur la vaccination contre la tuberculose ou la rougeole. Néanmoins la gestion des déchets, l'installation de sanitaires, l'accès aux fluides, la lutte contre la prolifération des nuisibles permettent de réduire les risques santé-habitat. L'amélioration des conditions de vie permet également d'apaiser les tensions avec l'environnement urbain. Cela est important si on veut être crédible et accompagner au mieux les familles. Sur le site de Thiers, la coopération autour de la gestion des déchets est facilitée par la signature d'une convention de gestion collective entre la mairie et la Communauté Urbaine de Bordeaux. Nous travaillons également avec un groupe de représentants communautaires qui reprend l'organisation du squat afin d'améliorer l'autogestion de ce lieu de vie.

Les médiateurs sociaux et leurs partenaires dans le champ de la santé

À Bordeaux, il n'y a pas de projet de médiation sanitaire écrit à destination des Roms, mais la médiation est identifiée par un réseau d'acteurs tels que les Hôpitaux et Pass, les associations, les MDSI⁷ et les PMI, la médecine scolaire et les écoles. Cela contribue à l'organisation d'un système

⁶ Association d'accompagnement psychologique et de médiation interculturelle

⁷ Maison départementale de la solidarité et de l'insertion

non formalisé qui permet de favoriser sensiblement l'accès aux soins, l'accès aux droits et son efficience. La casquette institutionnelle est un vrai atout pour débloquer certaines situations.

Les autres actions où la médiation « mairie » est impliquée : projet « santé femmes bulgares » (CHU, MdM, Mana, Cacic, université) avec un focus groupe sur la santé sexuelle et reproductive ; un atelier « préparation à l'accouchement » (Mana, MdM) ; des ateliers cuisine (centre social Queyries, correspondant de quartier). En préparation pour 2013 sur le territoire de l'ASV Bastide : un projet de promotion de la santé buccodentaire à travers une action de dépistage sur site et action d'IEC (Information, éducation, communication). Une piste pour demain : sensibilisation IST/MST ciblée sur les adolescents et adultes jeunes.

Exemples de freins rencontrés exogènes à la population : la situation administrative, les représentations que peuvent avoir les professionnels, la logique de guichet ; une population non stable dans son ensemble (turn-over aussi lié aux retours volontaires) ; une pression policière et foncière ; une carence de formation des professionnels (au public, à l'interculturalité, à la précarité) ; la multiplicité des espaces d'échanges interprofessionnels avec peu de vision transversale de la part des acteurs.

Exemples de freins rencontrés endogènes à la population : la barrière linguistique (+ alphabet cyrillique) et faible niveau socio-éducatif ; un pourcentage de la population a un projet migratoire « entre-deux » ; une logique de survie qui s'affronte à une logique économique et qui passe avant les préoccupations de santé ; les représentations des familles sur les acteurs et les dispositifs mis en place, la récupération stratégique à des fins personnelles que peuvent exercer certains pairs.

Le problème est que nous avons une couverture municipale de l'action qui ne touche pas l'ensemble de l'agglomération. Nous observons une participation qui n'est pas équitable au regard des compétences de l'ensemble des acteurs. La mairie de Bordeaux n'a pas toutes les compétences et ne peut se substituer aux autres institutions, notamment sur les questions de protection de l'enfance, d'accès à l'éducation et d'accès aux soins. En attendant, on bricole et on navigue aussi beaucoup à vue. J'en suis à mon quatrième contrat... C'est aussi une difficulté pour construire un projet.

Modérateur (Joseph Rustico) : Merci d'avoir répondu à la question sous-jacente, qui est que l'intégration dans une collectivité permet aussi de disposer de leviers en termes politiques qui sont différents d'une association, peut être indépendante, souple mais parfois avec moins de prise. On note quand même que la précarité est partagée. Cela pose bien l'enjeu de la reconnaissance de ce métier de médiateur.

Si nous étions jusqu'à présent dans des actions de promotion de la santé, l'histoire un peu différente de la Fédération des associations de femmes relais comporte également un enjeu de promotion des personnes.

Regroupement des médiateurs en association : Fédération des associations de femmes relais (93)

- Lydie Rappaport, présidente de la Fédération des associations de femmes relais du 93

Vous posez la question : quel cadre professionnel pour les médiateurs et dans quel contexte ? Je représente ici la Fédération des associations de femmes médiatrices du 93, qui se sont constituées en association dans les années 1990. En effet, dans le cadre du regroupement familial des années 1980, de nombreuses mères avec enfants sont arrivées du Maghreb, du Mali, en Seine-Saint-Denis. Elles n'étaient absolument pas prêtes à s'installer en France et avaient donc besoin d'être guidées dans leur nouvelle vie, dans ce nouvel environnement. Ce sont leurs parents, leurs voisines, de même nationalité d'origine, mieux intégrés, qui spontanément leur sont venus en aide. Alors, s'est imposée très rapidement l'idée de structurer cette solidarité de voisinage et d'organiser des femmes, alors dites « relais », pour qu'elles puissent venir en aide aux habitants de manière beaucoup plus efficace. Nous avons créé un lieu associatif dans lequel les habitants peuvent venir à n'importe quel moment, sous n'importe quel prétexte pour rencontrer, échanger, avec les habitants du quartier et les « médiatrices sociales et culturelles », selon la terminologie actuelle.

C'est l'association qui correspond à la structure la plus indépendante possible pour une activité de médiation. Elle est insérée sur un quartier dans lequel il y a plus de 30 langues parlées, 30 cultures différentes qu'il faut mettre ensemble, savoir interpréter, mettre en relation avec les partenaires et les responsables institutionnels. L'association est capable de recruter et d'organiser des médiatrices, d'assurer leur formation de tiers impartial et d'interprète des langues et des cultures, de les salarier en recherchant des financements publics, ainsi que d'entendre les besoins des habitants et des partenaires. L'association a pour but de contribuer à faire connaître la culture de l'autre et de participer « à construire une société ouverte » (Élisabeth Morel).

Mais les associations étaient un peu seules, chacune dans leur quartier. L'idée est venue de **les regrouper pour échanger les différentes expériences des médiatrices et surtout, renforcer le poids des associations auprès des pouvoirs publics.** C'est sous l'égide de Profession banlieue, de Bénédicte Madelin, que la Fédération des associations de femmes relais de Seine-Saint-Denis a été créée en 2000. Le but était de définir le métier de médiation, d'assurer la formation des médiatrices et d'œuvrer à la reconnaissance de la profession. Nous ne sommes pas encore complètement arrivés à cette dernière étape. Avec l'IRTS⁸ et Thérèse Bouvier, ont été rédigés un Référentiel métier, une charte de déontologie. Le financement pour assurer la formation des femmes médiatrices a été soutenu, entre autres, par Sylviane Leclerc, chargée de mission auprès des Droits des femmes et de l'égalité. Aujourd'hui, nous avons choisi d'ouvrir la Fédération aux associations de l'Ile-de-France pour essayer de gagner en représentativité.

La médiation est-elle productrice de plus-value ? Nous nous sommes posé la question que récemment, sous l'influence de Laurent Giraud. Or, c'est une évidence que les assistantes sociales s'appuient sur les médiatrices lorsqu'elles aident les personnes à remplir les dossiers, traduisent les problèmes, accompagnent les habitants dans différentes démarches. Dans les écoles, on fait appel aux médiatrices pour sensibiliser les parents aux

⁸ Institut régional du travail social

problèmes de leurs enfants. Les médiatrices font sûrement faire des économies à la sécurité sociale lorsqu'elles participent aux campagnes de prévention sanitaire pour la tuberculose, le diabète, interviennent dans les hôpitaux.... Aujourd'hui, La Poste, Gaz de France, ont signé des contrats avec la majorité des associations de médiatrices de Seine-Saint-Denis pour former les habitants à l'utilisation des nouveaux outils ou pour mieux gérer leur consommation.

Les avantages du cadre associatif. Nous défendons l'association comme structure de médiation car elle est, à nos yeux, la plus adaptée à la fonction et apte à garantir l'indépendance des médiatrices. Elle permet la proximité, le temps, l'empathie, la compréhension culturelle, indispensables à l'écoute des habitants. Il y a actuellement une tendance à ce que les institutions incluent dans leur personnel des médiateurs ou des médiatrices. Nous craignons que, dans les institutions, les médiatrices perdent une certaine indépendance, qu'elles soient parfois dans l'obligation de se plier à des choix de programmes et d'activités, qu'elles doivent répondre à des priorités d'efficacité et donc, ne plus pouvoir consacrer autant de temps qu'il est nécessaire à l'interlocuteur.

Les limites du cadre associatif. Jusqu'à présent, il ne permet pas d'assurer aux femmes médiatrices une certaine sécurité d'emploi avec des salaires convenables. Les médiatrices sont salariées sur des emplois adultes relais qui sont par définition, précaires (trois ans, renouvelables au mieux deux fois). Ainsi, des médiatrices peuvent travailler depuis 10 ans, avoir bénéficié d'une formation importante (TMS), être reconnues par leurs partenaires qui les sollicitent, mais n'avoir jamais eu, pendant ces 10 années, une augmentation de salaire réelle, ni être assurées d'aucune sécurité d'emploi. Nous œuvrons pour que le métier de médiation sociale et culturelle, ainsi que tous les métiers de médiation, soient reconnus pour permettre à celles et ceux qui en ont la vocation et tiennent à la fonction de médiation de poursuivre leurs activités avec des possibilités de carrière décentes et pérennes.

- Sarah Mas Miangu, médiatrice socioculturelle, Association des femmes médiatrices de Pantin :

Face au poids de la maladie, de la lourdeur des représentations négatives, de l'isolement provoqué du fait de la peur de la stigmatisation, les patients sont hospitalisés, se retrouvent dans un lieu inconnu et dans un contexte de maladie. Afin de diminuer l'angoisse et la peur liées à cette hospitalisation, ils se rattachent à des habitudes culturelles renforçant ainsi leurs repères identitaires. Les représentations que les patients ont de leur maladie et des soins qui leur sont prodigués, peuvent influencer sur l'adhésion aux traitements et se traduire par un état de dénutrition avec incapacité de s'alimenter. De ce fait, l'association des femmes médiatrices a été sollicitée pour répondre à ces besoins. Je travaille comme médiatrice depuis de nombreuses années et mène des missions centrées sur une population majoritairement d'Afrique Subsaharienne parfois exclues des soins ou réticentes vis-vis de l'institution médicale. Ces missions, partagées autour d'un objectif commun de rendre les patients acteurs de leur santé, sont menées en collaboration avec des partenaires transpluridisciplinaires à l'hôpital Avicenne.

- La première mission, débutée en 2000, a permis de tisser un partenariat original auprès du service des maladies infectieuses. Elle consiste à proposer directement en hospitalisation à la demande de l'équipe soignante, une activité de « mère nourricière », ou re-nutrition des patients vivant avec le VIH, qui sous-tend de donner des repères culturels. Cette

action est financée par Sidaction que je remercie profondément. Le partenariat entre médecin, infirmière, psychologue, assistante sociale s'est structuré au niveau local par une étroite collaboration autour des repas garantissant la sécurité alimentaire. Cet atelier donne du sens aux patients, dans un langage et une symbolique qui lui sont accessibles. Je dispose d'une proximité avec la culture du patient. Le repas est parfois partagé avec lui. Cela fait partie des habitudes africaines. La relation entre le patient et le soignant s'avère parfois source de conflits ou d'incompréhensions. Là où le discours normatif du soignant achoppe, la médiatrice que je suis emprunte des voies différentes, celles du dialogue et d'un travail sur les représentations du patient. Mon rôle n'est pas de le contraindre, ni de lui imposer des solutions. Mais en tenant compte de sa logique, j'adopte une attitude d'écoute et l'encourage à adopter un choix éclairé. La médiation est un espace de liberté, une co-construction. Nous sommes comme un pont entre le malade et le soignant. En 2009, l'action a reçu le prix Société éthique de Pierre Simon.

- La deuxième mission comprend une action d'accompagnement qui complète le programme d'éducation thérapeutique des patients vivant avec le VIH toujours dans le même service. Nous travaillons dans une mutualisation des connaissances et des compétences avec des approches complémentaires qui permet d'aider les patients à mieux vivre avec le traitement et qu'ils s'approprient le traitement dans sa vie quotidienne. Le traitement appartient au malade même si c'est le médecin qui prescrit le médicament.
- La troisième mission consiste à collaborer à la mise en place d'un espace d'accueil et d'accompagnement des malades du VIH nommé « La Plage ». Il est géré par un collectif d'associations comprenant les femmes médiatrices. L'objectif commun partagé autour de ce projet consiste à améliorer et à maintenir la qualité de vie de ces personnes qui vivent dans des situations psycho-affectives vulnérables (pas de logement, chômage, sans ressources, sans autorisation provisoire de séjour, famille au pays...). Les soignants doivent respecter des règles de fonctionnement : pas de blouse blanche, respect des lieux... Dans le cadre d'ateliers nutritionnels, informatiques, les malades s'expriment librement, sur la maladie, le traitement, les résultats, la famille au pays...
- Enfin, le travail effectué avec l'assistante sociale de l'hôpital représente un travail institutionnel reconnu par la direction de l'hôpital qui consiste à accompagner les patients dans leur démarche administrative. C'est un réconfort très important pour des malades déjà vulnérables, qui ont peur de se rendre à la Préfecture ou pour ceux, parfois isolés, hospitalisés qui ne peuvent pas s'y déplacer.
L'équipe hospitalière reconnaît cette collaboration de la médiation transversale qui est un élément déterminant dans la mise en lien entre patients et soignants.

Modérateur (Joseph Rustico) : On sent confusément qu'il y a parfois une sorte de choix qui serait posé entre une forme d'indépendance, de liberté et de souplesse en opposition à une sorte de sécurité matérielle et un confort de cadre d'intervention. On peut se demander si ce n'est pas parfois illusoire. Nous avons vu que la précarité existe dans toutes les structures. C'est une démarche assez intéressante de la fédération qui est de dire : on va lutter contre cette précarité par soi-même, en trouvant une solution par soi-même. On dit qu'une étoile brûle de la force de sa combustion interne - on va chercher à l'intérieur son énergie. La question de la reconnaissance est peut-être matérielle mais elle n'est peut-être pas que matérielle, pas que hiérarchique. On voit dans cette intervention qu'il y a un partage du secret médical : le médiateur est reconnu et peut partager une part de ce secret. Ce n'est peut-être pas toujours le cas avec les travailleurs

sociaux, où la légitimité des médiateurs n'est pas forcément reconnue dans le partage du secret sur le plan social. Parfois ces contradictions indiquent que la reconnaissance passe aussi par la fonction et le métier.

S'agissant d'une autre forme d'intégration, toujours dans le milieu médical, je passe la parole à Sié Dionou.

Intégration à une structure de santé

Sié Dionou, médiateur en santé publique, Centre hospitalier la Pitié-Salpêtrière, Paris

C'est une expérience dans un service de médecine interne qui s'est spécialisé dans la prise en charge de la population originaire de l'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH.

Situation générale de l'infection à VIH dans la population migrante d'Afrique subsaharienne.

C'est une population qui est laissée en marge des dispositifs de prévention.

- **Accès au dépistage insuffisant** : seulement 11 % d'immigrés dans la population dépistée dont 39,6 % d'Afrique subsaharienne malgré une surreprésentation des séropositifs migrants à 4,8 %.
- **Accès à la prévention insuffisant** : réalisation d'un test de dépistage à la suite d'une prise de risque plus rare chez les migrants par rapport à la population de métropole (5,3 % des hommes et 4,9 % des femmes vs. 37,9 % et 27,8 % respectivement).
- **Retard d'accès aux soins** : concernant les opportunités manquées de dépistage : 30 % d'Afrique subsaharienne. Concernant le diagnostic tardif : pour les migrants, 18 % des cas de sida déclarés alors qu'ils représentent 6,07 % de la population générale. Cette population est vulnérable au plan social, ce qui a pour conséquence une complexité dans l'accès aux droits sociaux : absence de couverture sanitaire, peur d'être identifié irrégulier, méconnaissance de l'offre de soins... Les personnes les plus précaires sont les immigrés : 20 % ne vivent ni dans un logement personnel ni chez des parents, surtout les femmes : 27 %. Elles sont victimes d'un isolement important, voire même d'une exclusion du cercle social et familial à cause des représentations et croyances vis-à-vis de cette pathologie. 24 % des hommes et 12 % des femmes d'Afrique subsaharienne gardent secrète leur pathologie, même vis-à-vis de leur partenaire et de leur entourage.

Médiation dans le service de médecine interne

Le service commence à suivre les patients porteurs du VIH en 1985. Un centre de dépistage gratuit et anonyme est alors créé. En 2002, c'est le début du programme d'éducation thérapeutique pour accompagner les patients VIH. En 2007, l'équipe d'éducation thérapeutique est confrontée à des difficultés spécifiques de cette population d'ordre de compréhension culturelle ; elle met alors en place un programme de médiation, initialement porté par Sidaction face aux difficultés spécifiques rencontrées avec les patients migrants. Je remercie Vincent qui nous a accompagnés pour la mise en place de ce projet. Aujourd'hui, nous avons une file active de 756 patients dont 30 % d'origine subsaharienne.

Démarche dans le processus de soins

Mes activités sont faites d'actions individuelles et collectives auprès des patients. Il s'agit :

- d'identifier les besoins des patients, leurs difficultés et les facteurs facilitant et/ou limitant leur apprentissage en éducation thérapeutique ou l'observation des traitements ;
- de clarifier les représentations des patients et de leur entourage ;
- de repérer les émotions et favoriser leur expression ;
- d'organiser le parcours de soins du patient en partenariat avec les soignants ;
- d'explicitier la prise en charge médicale et les soins à l'hôpital en général et pour le patient, la nécessité d'un suivi régulier ;
- de faciliter le partage des expériences des patients entre eux : les analyser pour développer des stratégies d'adaptation à des situations nouvelles ;
- défendre les intérêts des usagers, par exemple sur le plan des droits sociaux et des démarches administratives.

Pour cela, nous avons mis en place des ateliers pédagogiques, animés avec le médiateur, les infirmières, la diététicienne, la kinésithérapeute en fonction du sujet d'apprentissage que nous abordons. Nous avons mis en place des supports pédagogiques adaptés à cette population.

Le médiateur est une interface entre les acteurs. Pour jouer ce rôle d'interface entre les acteurs soignants et les soignés, j'explique auprès des professionnels quelle est la démarche du médiateur, les problématiques auxquelles sont confrontés les patients (culturelles, sociales et/ou religieuses), participe à l'élaboration du diagnostic éducatif, facilite la compréhension de situations particulières, participe à la recherche active des migrants perdus de vue. Pour ce travail avec les professionnels, j'ai mis en place des transmissions orales et écrites dans les bases de données après chaque séance. En même temps, j'ai mis en place des staffs pluridisciplinaires spécifiques VIH migrants. C'est une occasion pour discuter des patients. J'ai aussi mis en place des consultations conjointes entre le médecin, le médiateur et le patient.

Démarche dans un processus de prévention

Nous avons fait un travail pour déplacer le CDAG⁹ hors des murs de l'hôpital, dans les lieux de vie des migrants. Nous mettons en place un programme d'éducation à la santé et de dépistage du VIH dans le cadre d'un parcours de soins intégrant dépistage de maladies cardiovasculaires (HTA, diabète, cholestérol), maladies virales (VIH, hépatites virales B et C) dans les foyers, milieu de vie majoritaire des migrants. J'assure la promotion et l'accompagnement au dépistage volontaire, le soutien des personnes après l'annonce, j'accompagne les personnes, quelle que soit la pathologie, de façon efficace dans le système de soins. J'assure le maintien dans la démarche de soins et de soutien à l'observation des traitements à partir des sites de prise en charge.

⁹ Centre de dépistage anonyme et gratuit

Résultats

Accompagner pour mieux prévenir et/ou se soigner

- **Amélioration de l'accès à la prévention et au dépistage :**
 - facilitation de l'accès des publics à la prise en charge par une meilleure utilisation de l'offre - de soins et de prévention ;
 - interface avec les professionnels de la prévention et/ou du soin.
- **Amélioration de la qualité de prise en charge des patients :**
 - prise de conscience de la nécessité d'un suivi médical et de soins réguliers ;
 - acquisition de compétences nécessaires pour vivre avec une maladie chronique ;
 - meilleure autonomie dans la prise en charge de leur santé ;
 - optimisation de l'alliance thérapeutique (observance des traitements) ;
 - satisfaction des patients : meilleure prise en charge et meilleure expression.

Faciliter le « Chercher à comprendre et à reconnaître l'autre dans sa culture mais aussi dans ses difficultés de chaque jour ».

- **Développement d'une posture plus éducative et spécifique aux migrants :**
 - amélioration de la compréhension des situations des patients ;
 - meilleure connaissance des spécificités des migrants ;
 - acceptation de l'expertise du patient et de ce qu'il peut nous apprendre ;
 - compréhension mutuelle des patients et des professionnels de santé.
- **Amélioration des pratiques médicales et de soins :**
 - prises de décisions médicales partagées ;
 - fluidité des organisations de soins ;
 - meilleure coordination des différents professionnels ;
 - la constitution des outils de recueil et de suivi et la capacité de les faire évoluer.

Conditions de la réussite du côté des soignants :

- reconnaissance par la mise en place d'un protocole de recherche ;
- implication et formation des soignants autour de ce protocole : réflexion sur la place du médiateur ;
- connaissance et reconnaissance de la fonction du médiateur dans le système de soins ;
- mon intégration dans une équipe hospitalière :
 - connaissances de la structure et de ses fonctionnements : vécu des pratiques (équipe soignante, patient), confiance des partenaires (soignant, patient), légitimité d'organiser les activités ;
 - interface entre l'équipe soignante et le patient.

Conditions de la réussite du côté du médiateur

« Le médiateur ne se substitue pas aux fonctions des différents professionnels de santé ou de l'action sociale : il intervient en interface »

- capacités et aptitudes à animer un groupe, informer, se concerter et promouvoir des réponses collectives ;
- capacités à identifier l'offre de soins et des droits sociaux, des recours et des ressources possibles (mobilisations concernant le droit, les réseaux associatifs) ;
- capacités à partager une analyse des situations cliniques sur les situations vécues par les patients avec les partenaires du soin ;
- pratique dans un cadre hospitalier bien défini ;
- formation du médiateur à la pathologie des personnes accompagnées et à l'ETP ;
- connaissances sociolinguistiques, culturelles du pays d'accueil ainsi que celles d'origine des patients ;
- adaptation des outils de recueil et de suivi et de l'accès aux bases de données médicales (Nadis, diam).

Limites

- pas de reconnaissance APHP (assistance publique des hôpitaux de Paris) ;
- une action centrée sur l'hôpital donc moins de visibilité sur les réseaux de prise en charge en ville et impossibilité d'accompagnement à domicile ;
- la position de pair en tant que médiateur soignant- les patients se sont confiés à moi et je me suis trouvé à un moment donné débordé ; les patients pensaient que je pouvais résoudre toutes les situations.

La médiation est devenue incontournable dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de la population migrante.

« Il n'y a pas deux personnes qui ne s'entendent pas, qui ne se comprennent pas, il y a seulement deux personnes qui n'ont pas discuté. » Proverbe Wolof.

Joseph Rustico : On voit bien que, malgré les limites qui ont été données en fin d'intervention, qui relèvent toujours de la non-reconnaissance du statut de médiateur, cette fonction est relativement intégrée dans le système de soins, dans une équipe pluridisciplinaire et on retient aussi la fonction de proximité de la médiation avec le public.

Échanges avec les participants

Anat Shtark, AŠAV : Depuis six ans, le ministère a appliqué une nouvelle approche dans la formation d'assistant de service social. Cela s'appelle Isic : intervention sociale d'intérêt collectif. L'équipe de formateurs y a introduit plusieurs dimensions de la médiation. C'est une ouverture des professionnels, travailleurs sociaux, d'acceptation et de volonté de développer des réseaux avec les médiateurs. Cela fait désormais partie du programme de formation des assistants de service social, diplôme d'État.

Conclusion

Synthèse et perspectives d'action pour la reconnaissance du métier de médiateur sanitaire

Laurent El-Ghozi, président de l'AŠAV

Nous sommes tous épuisés par la richesse et la diversité de ce qui a été dit aujourd'hui... et j'en suis heureux.

Pour revenir aux propos de Bénédicte Madelin, depuis 30 ans, les choses ont un peu avancé et en même temps, malgré tout ce qui a été dit, fait et répété, on bute toujours sur la non-reconnaissance officielle de ce métier. Ce constat nous impose à tous **six exigences**, et je vais bien sûr répéter ce qui a été dit :

- **une exigence d'évaluation** - c'est ce que nous avons voulu faire avec ce programme expérimental sur quatre sites. Nous avons fait la preuve que cela servait à quelque chose. Avec l'Inpes, nous avons montré, de manière objective, argumentée, que c'était possible et efficace. C'est un plaidoyer dont tout le monde doit se saisir ;
- **une exigence de formation** - c'est compliqué car cela comporte une formation à la médiation, à la thématique, à la population ou à la catégorie de personnes prises en charge, une formation initiale à des niveaux très variés en fonction des publics, des personnes à former, une formation continue, permanente basée sur l'expérience des médiateurs, le vécu de la population, l'expertise sociale critique ;
- **une exigence d'indépendance** - par rapport à la population mais aussi par rapport aux institutions pour ne pas se laisser instrumentaliser. Ce n'est pas la même chose que la neutralité : la neutralité doit être vis-à-vis des usagers évidemment mais pas vis-à-vis des institutions et du politique. Le rôle des médiateurs, c'est aussi de témoigner, dire ce qui ne va pas, de montrer comment on peut faire autrement, voire de dénoncer si la situation l'exige ;
- **une exigence de durée** - lorsqu'on travaille avec des populations dont les terrains sont régulièrement évacués, ou qui sont elles-mêmes expulsées, cela complique les choses. Sans durée, il n'y a pas de confiance, il n'y a pas de modification des pratiques des professionnels, il n'y a pas de modification des comportements des populations avec lesquelles on travaille ;
- **une exigence d'appui sur un réseau local** apportant connaissance du territoire, des partenaires, appui pluridisciplinaire, sinon le médiateur reste seul et il ne pourra faire son travail de médiateur autant qu'il le devrait ;
- **une exigence de coordination** - d'où l'intérêt d'associations locales mais aussi des associations nationales. Je suis très heureux que l'association de médiatrices du 93 s'ouvre à l'Île-de-France. Il y a véritablement un besoin d'être tous ensemble, de se rassembler pour peser et porter cet ensemble d'exigences sur la médiation.

Ensuite, on a évoqué les **employeurs possibles** avec les forces et les faiblesses de chacun. On voudrait ne voir que les forces ; les faiblesses, manifestement, c'est plus compliqué :

- **La mairie** : certes il y a l'affirmation d'une politique, il y a la transversalité, une relative sécurité (au moins d'un an ce qui est exceptionnel !), l'inscription possible dans une équipe. Mais il y a aussi des contraintes : la lourdeur administrative, l'ambiguïté possible des politiques....
- **L'hôpital**, avec le risque d'être instrumentalisé par les soignants, par l'administration pour que tout fonctionne sans que rien ne change, d'être réduite au rôle d'interprète, quand le rôle des médiateurs, c'est aussi de faire changer les pratiques de l'administration, des soignants et de l'ensemble des acteurs ;
- **L'ONG** paraît être l'employeur idéal. Une grosse ONG, mondialement reconnue, qui promeut de nouvelles pratiques, affirme des valeurs, dénonce des injustices... On pourrait penser que cela pèse sur les institutions. Ce n'est pas si simple, même s'il est sûr que cela donne plus de sécurité, sûrement plus de liberté de parole et en même temps, cela ne suffit pas à changer complètement le monde (même à Nantes !) ;
- **L'émergence du terrain**. On a l'impression que c'est formidable que ce soit « le terrain », la population elle-même qui fasse émerger des préoccupations, des besoins, embauche des médiateurs pour les porter et dialoguer avec les institutions, et que ces médiateurs soient reconnus, acquièrent une formation... Cela paraît idéal. Et en même temps, quelle fragilité...

Bref, il n'y a pas de solution parfaite mais avoir montré ces quatre exemples différents, avec intérêts, avantages, limites, est probablement pour nous tous une façon d'y réfléchir et de peser pour que l'on puisse avoir à la fois l'indépendance, la stabilité, la sécurité, la formation, la reconnaissance... C'est vers cela qu'il faut tendre et donc imposer à chacun des employeurs, qui auront besoin, envie, souci, intérêt de financer ou de créer des postes de médiateur, leur imposer à tous ces exigences qui permettent de faire convenablement ce métier difficile et pourtant indispensable pour, peut-être pas le bien-être, mais au moins le « moins mal-être » des populations les plus fragiles, les plus exclues.

Merci à :

- Joséphine Teoran qui a coordonné ce programme expérimental sur les quatre sites, qui en a fait l'évaluation et a organisé ce colloque ;
- à Morgane Alarcon, stagiaire, qui a efficacement contribué au bon déroulement de cette journée ;
- à Joseph Rustico, directeur de l'AŠAV ;
- à tous nos partenaires, Médecins du Monde (siège et équipe de Nantes) qui nous ont vraiment accompagnés, l'Areas, Romeurope, la Fnasat, le CCFD...
- aux institutions : la DGS grâce à laquelle nous sommes ici, même si, je le regrette, elle n'est pas présente officiellement ; les ARS, l'Inpes, la Fondation de France, la Politique de la ville (dont je souligne l'importance ; sans elle, que font les ministères pour lutter contre les inégalités ?)

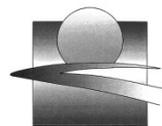
**Merci à tous. C'est un bon combat.
Ce n'est qu'un début, depuis 30 ans...
Continuons le combat, ensemble...**

Annexe



AŠAV

ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS



A.R.E.A.S.

La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms

Vendredi 14 décembre 2012

9h30 - 17h

Salle Laroque

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

14, avenue Duquesne – Paris 7^e

Programme du Colloque 14 décembre 2012
**« La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées :
l'exemple des Roms »**

8h30 - 9h30 : Accueil

9h30 - 10h00 : **Ouverture**

- Hélène Flautre, *Députée européenne*

10h00 - 12h15 : Retour d'expérience

Le programme expérimental de médiation sanitaire en direction des populations roms migrantes en France

• **Constats épidémiologiques**

- Jean-François Corty, *directeur des missions France, Médecins du Monde*

• **Contexte et élaboration**

- Michèle Mézard, *présidente d'honneur de l'AGCNDH Romeurope*

• **Déroulement opérationnel**

- Joseph Rustico, *directeur de l'AŠAV*

- Fanny Bordeianu, *médiatrice sanitaire Nantes, Médecins du Monde*

- Gratiela Butaru, *médiatrice sanitaire Lille, AREAS*

- Simona Iacob, *médiatrice sanitaire Bobigny, AŠAV*

- Lucile Gacon, *médiatrice sanitaire Val d'Oise, AŠAV*

Temps d'échange avec la salle

• **Indicateurs d'évaluation**

- Catherine Gerhart, *directrice du département Territoires et Milieux, Inpes*

• **Résultats d'évaluation**

- Joséphine Teoran, *coordinatrice du programme, AŠAV*

• **Préconisations et perspectives**

- Laurent El Ghazi, *président de l'AŠAV*

Temps d'échange avec la salle

12h15 - 13h00 : Quel médiateur pour quelle action ?

Modérateur : Pascal Revault, directeur opérationnel et médecin coordinateur, Comede

• **Institutionnalisation de la médiation sanitaire, l'exemple de la Roumanie**

- Marian Mandache, *directeur de Romani Criss*

• **Programme national de médiation sanitaire**

- Patrick Vigneau, *directeur de l'AREAS*

Temps d'échange avec la salle

13h15-14h30 : Déjeuner

14h30 - 14h50 : Introduction

- **La genèse de la médiation et les enjeux d'une reconnaissance du métier de médiateur**
- Bénédicte Madelin, *directrice de Profession Banlieue*

14h50 - 15h45 : Quelle formation pour les médiateurs ?

Modérateur : Laurent Giraud, directeur de France médiation

- **Construction d'un référentiel métier**
- Thérèse Bouvier, *ingénieure de formation, AFPA*
- **Information, médiation, accompagnement en santé - DESU Paris 8**
- Luigi Flora, *coordinateur pédagogique*
- **Programme de formation Romed - Conseil de l'Europe**
- Marcos Andrade, *chef de projet et Vincent Ritz, référent France*
- **Intégrer la santé des populations dans la formation des médiateurs sociaux**
- Catherine Richard, *chargée de mission Promotion de la santé, DRJSCS*

Temps d'échange avec la salle

15h45 - 16h45 : Quel cadre professionnel pour les médiateurs ?

Modérateur : Joseph Rustico, directeur de l'AŠAV

- **Intégration à une structure associative**
- Sylvaine Devriendt, *coordinatrice, Médecins du Monde Nantes*
- **Intégration à un service institutionnel**
- David Dumeau, *médiateur social, Direction du développement social urbain, Bordeaux*
- **Regroupement des médiateurs en association : Fédération des associations de femmes-relais (93)**
- Lydie Rappaport, *présidente de la Fédération des associations de femmes-relais du 93*
- Sarah Mas Miangu, *médiatrice socioculturelle, Association des femmes médiatrices de Pantin*
- **Intégration à une structure de santé**
- Sié Dionou, *médiateur en santé publique, Centre hospitalier La Pitié-Salpêtrière, Paris*

Temps d'échange avec la salle

16h45 : Conclusion

- **Synthèse & perspectives d'action pour la reconnaissance du métier de médiateur sanitaire**
- Laurent El Ghazi, *président de l'AŠAV*

17h00 : **Clôture**

AŠAV

ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS



asav92@wanadoo.fr
www.mediation-sanitaire.org