

Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ?

{ Associations porteuses*
du projet médiation

*

Introduction

Cet article est
co-écrit par les
associations :
AREAS¹,
ASAV²,
Comité d'Aide
Médicale,
Médecins du
Monde,
Sichem³.

Article extrait
d'une étude de
préfiguration de
projets de
médiation
sanitaire,
Collectif
national
Romeurope,
mars 2009

Depuis 2010, les associations signataires de cet article se sont impliquées dans la mise en place d'un programme expérimental de médiation santé auprès de femmes et jeunes enfants roms, vivant en squat ou bidonville. Ces associations sont toutes membres du Collectif national droits de l'Homme Romeurope, créé en octobre 2000, à Paris, à l'issue du colloque « Roms, Sintés, Kalés, Tsiganes en Europe. Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse », qui présentait les résultats alarmants d'une recherche-action pour la promotion de la santé menée à l'initiative de Médecins du Monde (MdM) en 1998-1999 dans six pays d'Europe de l'Ouest, dont la France.

Parmi les revendications que ce collectif a portées depuis le début figurait la nécessité d'une meilleure prise en compte des difficultés d'accès aux soins des populations roms étrangères vivant en France, à travers notamment le développement d'expériences de médiation santé. A l'issue d'échanges approfondis et dans l'optique de vérifier la pertinence de ces préconisations, la Direction générale de la santé a soutenu en 2008-2009 une action d'ingénierie de projet conduite par le collectif Romeurope, dont l'objet était de préfigurer la mise en place d'expériences pilotes de médiation sanitaire en direction des Roms vivant en France en situation de grande précarité.

Au moment où ces expériences commencent tout juste de démarrer, depuis fin 2010, sur quatre agglomérations (Bobigny, Fréjus, Lille et Nantes), le présent article propose un retour sur les principaux questionnements et débats qui ont eu lieu entre associations pour tenter d'identifier, en amont de ces projets de médiation, les écueils possibles liés au contexte d'intervention choisi, celui de squats et de terrains habités par des populations issues d'une migration récente, vivant dans des conditions de grande précarité et fortement stigmatisées.

A l'origine du projet, une préoccupation de santé publique

Pour situer l'émergence de ce projet par comparaison avec d'autres expériences, c'est ici la mise en évidence d'un besoin en matière d'accès aux soins et à la prévention qui a conduit à définir les modalités de mise en œuvre d'expériences de médiation sanitaire (le profil de poste, le niveau de formation initial, les structures porteuses, etc.).

Il est aujourd'hui difficile d'établir un diagnostic précis de l'état de santé de la population rom migrante en France, en raison de la quasi absence de données chiffrées. Cette carence tient à la prohibition dans notre pays des recueils statistiques sur des bases ethniques. Elle reflète également la faible présence des institutions sanitaires auprès de cette population. Les quelques chiffres disponibles sont essentiellement liés à l'activité de Médecins du Monde auprès de tel ou tel groupe sur un territoire donné, mais tous les acteurs de terrain font le constat d'un état de santé globalement préoccupant pour la population rom migrante en France dont les besoins de soins sont importants.

Il n'y a pas de pathologies spécifiques aux Roms. Toutes les pathologies rencontrées sont la conséquence des conditions de vie et d'accès aux soins ici et dans leurs pays d'origine : forte incidence de la tuberculose, pathologies liées aux conditions de vie (infectieuses, respiratoires, psychologiques, accidents domestiques, saturnisme), problèmes de santé liés aux habitudes de vie (dentaires, maladies métaboliques...).

Ce projet se concentre sur la santé maternelle et infantile (femmes et jeunes enfants de 0 à 6 ans) dans la mesure où les indicateurs de santé pour cette population sont particulièrement alarmants. Ainsi, selon l'analyse des données à notre disposition⁴ :

- L'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans⁵.
- Seules 8,3 % des femmes enceintes rencontrées par MdM en 2007 étaient suivies pour leur grossesse.
- Seules 10 % des femmes utilisent un moyen de contraception⁶.
- 43,3 % des femmes avaient déjà avorté à seulement 22 ans d'âge moyen. Le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,3 (soit un taux de 130 %) et de 3,3 (soit 330 %) pour celles ayant déjà subi au moins une IVG⁷. A noter que le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences graves sur la santé des femmes : hémorragies, infections, stérilité et fausses-couches à répétition
- Les femmes ont eu en moyenne quatre grossesses dont seule la moitié a abouti à une naissance d'un enfant vivant (risques liés aux grossesses précoces, faible suivi des grossesses, fausses couches et IVG).
- Très peu d'enfants bénéficient d'un suivi médical et la couverture vaccinale

est très faible: 18 % des enfants de moins de 7 ans sont vaccinés contre le tétanos et à peine 6 % contre l'hépatite B. Aucun enfant ne bénéficie de suppléments vitaminiques, alors que les carences nutritionnelles sont avérées ; peu d'enfants bénéficient de surveillance des paramètres de leur croissance, de leur développement psychomoteur ou de leur état bucco-dentaire.

Ces données révèlent en amont une série d'obstacles à l'accès aux soins, que rencontrent habituellement les populations récemment immigrées : les difficultés administratives qui occasionnent des retards ou refus d'ouverture des droits à la couverture maladie (Aide médicale d'Etat dans le cas majoritaire), la méconnaissance des structures de soins, les problèmes de compréhension liés à la barrière de la langue et aux représentations, la précarité des conditions de vie en France sur des squats et bidonvilles qui conduit à reléguer la santé au dernier plan des priorités, derrière les préoccupations liées à la survie quotidienne...

**Extraits du « journal de bord » de Fanny Caron-Bordeianu
Médiatrice santé pour la mission de Médecins du Monde à Nantes**

Mme V.

15/02/2011 : Elle m'indique que son époux, diabétique, a interrompu son traitement depuis septembre 2010. Je propose à la famille de prendre rendez-vous avec eux chez un médecin libéral. Tous deux semblent avoir saisi la démarche, comprennent l'importance de la ponctualité et proposent d'eux-même d'en parler à l'association qui les accompagne pour les cours d'alphabétisation, afin que le prochain cours soit consacré à l'apprentissage de la prise de rendez-vous par téléphone en français. Ils demandent tous deux une information sur l'alimentation, ayant saisi l'importance de ce facteur dans la maladie du père, ainsi que pour l'un de leurs enfants connaissant un problème de surpoids.

21/02/2011 : Reste pour la poursuite du suivi médical à réfléchir sur la question de l'interprétariat, les cabinets de ville ne disposant pas d'enveloppe pour faire appel à un interprète...

Mme D.

07/02/2011 : Mme D. me téléphone en catastrophe, me dit être en route pour la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.), s'être réveillé le matin avec une grosseur derrière la tête et une douleur intense. Elle est apeurée et pleure au téléphone. Je ne peux pas me déplacer, mais je garde contact téléphonique avec elle tout au long de la journée : elle effectuera un parcours compliqué de la P.A.S.S., aux Urgences, à la P.A.S.S., à la pharmacie, tout cela sans interprète. J'assure donc la traduction par téléphone, ce qui la rassure et lui permet de comprendre son problème (infection de l'oreille), les soins qui lui sont prodigués et la façon de prendre son traitement.

Développer des réponses inscrites dans le cadre de référence de la fonction de médiation

C'est pour répondre à des difficultés de cette nature que le champ de la médiation sociale et interculturelle s'est développé à partir des années 80, avec le foisonnement des associations de quartier, portées par des femmes, notamment des femmes immigrées. Ces dernières rejoignent souvent leur mari ou leur père dans le cadre du regroupement familial. Très souvent analphabètes, accoutumées à un mode de vie traditionnel, elles se sont retrouvées en milieu urbain, plongées dans le modernisme alors qu'elles venaient des villages... « C'est dans ce contexte que l'efficacité des médiatrices s'est affirmée sur ces différents points de rupture. Appelées « femmes relais » à leur début, elles ont été « utilisées » par des chefs de projets, comme courroies de transmission d'informations auprès des populations de leur origine. Il s'agissait donc à l'époque, d'une fonction très ethnicisée. Progressivement, la médiation a élargi son champ d'action et s'est adressée à l'ensemble des personnes éprouvant des difficultés à bénéficier de leurs droits. [...] La médiation s'est alors inscrite dans un travail pluridisciplinaire, en palliant des lacunes diverses. »⁸

Un important travail de définition des fonctions, de la posture et des objectifs a été réalisé depuis déjà plusieurs années et est à la disposition des acteurs associatifs qui souhaitent développer des pratiques relevant de la médiation. Une définition, à laquelle se réfère la Charte de référence de la médiation sociale, a été adoptée par le comité interministériel des villes le 1er octobre 2001 : « La médiation sociale est définie comme un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose. »⁹

Dans le champ de la santé, des expériences spécifiques ont aussi été menées, notamment à la suite d'une formation pilote mise en œuvre à partir de 2000 par l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (IMEA). Le terme de « médiateur de santé publique » est alors utilisé pour désigner « des personnes œuvrant à l'interface entre le système de santé et les populations présentant des difficultés particulières dans l'accès à la prévention et aux soins. »¹⁰

Les associations du collectif Romeurope, au cours de la réflexion qui a précédé l'élaboration de ce projet de médiation santé en direction de populations migrantes en squats ou bidonvilles, ont donc essayé d'intégrer au mieux les enseignements d'expériences déjà nombreuses, en France

comme dans les pays d'origine, tout en anticipant les difficultés propres à ce contexte d'intervention spécifique.

Est-il possible d'inscrire ces expériences de médiation en santé dans une logique de projet ?

La première interrogation a porté sur la possibilité ou non de réunir les conditions pour inscrire ces expériences dans une logique de projet, c'est-à-dire garantir une certaine continuité des actions dans le temps et pouvoir rattacher les interventions à des objectifs suffisamment précis dans le champ de la santé.

La continuité des actions

Le problème de la continuité se pose du fait du mode de vie des groupes concernés qui se caractérise par une mobilité forte qui est subie (expulsions des lieux de vie, reconduites à la frontière, recherche de conditions d'accueil plus favorables sur d'autres agglomérations) et ne relève pas du nomadisme. Dans ce contexte, la question est posée de savoir si l'action de médiation s'adresse en priorité à un groupe, auquel cas elle doit être en capacité de se transporter sur d'autres agglomérations, voire d'autres départements. Cette perspective semble difficilement tenable, surtout si l'on considère qu'il y a de grandes chances que le groupe lui-même se segmente, se réduise ou se démultiplie sur la durée du projet. Il est donc apparu plus approprié de développer des expériences appuyées sur une logique de territoire, ce qui doit permettre de tenir des objectifs tels que le développement d'un réseau de soins notamment. Indépendamment du problème posé par la mobilité subie des familles, le choix de s'attacher à un territoire avant de travailler sur tel ou tel groupe, qui correspond à une approche individualiste plutôt que communautaire, rejoint les modalités d'intervention de l'expérience des médiatrices roumaines, rattachées d'abord à des territoires où vivent parfois jusqu'à 500 personnes¹¹.

Un champ d'intervention ciblé

L'extrême précarité des situations auxquelles se trouve nécessairement confronté un médiateur santé intervenant auprès des familles roms en situation de migration pose avec acuité la question de la délimitation de son champ d'intervention. En effet, quelle que soit la population concernée, la santé doit être considérée comme une résultante et ne peut être traitée de façon pertinente sans une approche intégrée des conditions de vie des personnes (habitat, scolarisation, ressources...). Mais cette démarche globale ne peut être entièrement assumée dans le cadre d'une action de médiation sanitaire et des relais sont nécessaires. Les personnes n'ont souvent pas d'autre interlocuteur et tirent le médiateur santé vers

d'autres besoins : « les consultations débordent vite du cadre médical et il est nécessaire d'avoir une vision sociale plus large, à la manière d'un assistant social. D'une manière générale, la problématique sanitaire ne vient que quand c'est très grave. »¹²

L'étude d'évaluation du programme de formation conduit par l'IMEA¹³ repère ainsi deux groupes de médiateurs, d'une part les « médiateurs sociaux et culturels intervenant sur la santé », d'autre part « médiateurs de santé » intervenant exclusivement dans le secteur de la santé. Deux problématiques initiales sont distinguées en fonction desquelles l'un ou l'autre des profils est préconisé :

- Si le diagnostic de départ fait apparaître au premier chef « des problèmes de santé publique ou de santé communautaire rencontrés par des groupes sociaux à la marge des fonctionnements socio-institutionnels standards en France », cette entrée par la population justifierait que la santé soit l'un parmi différents volets de l'action de médiatrices ou médiateurs et que des questions non-sanitaires, logement, emploi, école, questions administratives en général, se présentent parallèlement aux questions de santé. On a besoin, pour ce premier objectif, de « médiateurs sociaux et culturels suffisamment compétents et sensibilisés sur les questions de santé » capables d'une prise en compte globale de la situation des populations concernées.
- Si le diagnostic de départ pointe avant tout « des difficultés de prise en compte, par le système de soins, de publics spécifiques, notamment de nouvelles populations », l'entrée « santé, système de santé » sera donc dominante et l'intervention sera mieux portée par des médiateurs de santé spécialement compétents sur la relation entre les problématiques de santé en question et les personnes avec lesquels les difficultés se posent.

Dans le cas du projet élaboré ici, l'entrée « population » est sans doute dominante : la médiation sanitaire s'inscrit en réponse à des problèmes de santé publique résultant d'une situation de forte marginalisation, qui n'est pas uniquement le fait des institutions sanitaires. Il est donc important de conserver une conception englobante de la fonction, et on peut en ce sens se référer à la définition de Romani Criss¹⁴ : « Les médiateurs sanitaires ne se situent pas comme un « complément » de l'assistant médical, mais dans un champ bien spécifique, reliant le social et la santé au cœur de la société civile¹⁵.

« La médiatrice en santé a pour difficulté propre que la santé ne représente pas au départ la priorité des Roms, du fait de la situation de précarité. Cette situation comporte de multiples dimensions qu'elle doit prendre en compte (la spécificité du parcours migratoire des personnes, le contexte socio-économique, politique, les aléas de l'administration, etc.). L'équilibre est à trouver pour ne perdre pas de vue ses objectifs tout en répondant aux demandes "urgentes". »
Luminita Baci, médiatrice en santé publique à l'AREAS (Lille)



France 2010, Christina Modolo

La condition pour mener des actions de médiation santé est que le médiateur soit intégré à une équipe pluridisciplinaire ou, s'il est intégré à une équipe médicale, l'inscription de la structure qui l'emploie dans un réseau associatif et institutionnel permettant des interventions coordonnées et une prise en charge globale des personnes.

Sur quelles bases doit reposer la posture médiane constitutive de la fonction de médiateur ?

Une deuxième série de questions s'est imposée dans la réflexion qui a préfiguré à la mise en œuvre de ces projets de médiation santé, qui porte sur le positionnement des médiateurs santé.

Le médiateur n'a aucune fonction de représentation : il ne représente pas la population, il ne représente pas non plus les institutions, mais doit néanmoins acquérir la reconnaissance des deux. Aussi, les différentes expériences de médiation, quel que soit leur champ d'application ou la population cible, semblent pouvoir se distinguer suivant le degré de proximité recherché par rapport au public ou par rapport aux institutions et suivant les moyens choisis pour obtenir la confiance des deux parties.

La médiation et son public

La médiation sanitaire part souvent de relations individuelles qui supposent

« qu'une relation personnelle assez intime soit établie, pour qu'il y soit question de santé »¹⁶. Or, beaucoup d'expériences de médiation misent sur l'instauration d'un lien de confiance basé sur la possibilité d'identification et les solidarités communautaires en recrutant les médiateurs dans la population cible. Cette population peut être définie à travers une approche identitaire (en référence à l'ethnicité, à une classe d'âge, au partage d'un stigmate comme peut l'être l'exil, la maladie, l'usage de drogue, la prostitution, ...), ou géographique (quartier, lieu de vie).

Dans la première catégorie (médiateur issu de la communauté au sens ethnique) on peut citer l'expérience des médiatrices santé de Romani Criss recrutées dans la communauté rom. Il s'agit toujours de mères de famille d'un certain âge, qui bénéficient d'un niveau scolaire minimal (environ 10 ans) et qui disposent en quelque sorte d'une autorité morale au sein de leur communauté. Des expériences menées en France se sont appuyées sur le recrutement d'un Rom pour assurer une mission de médiation sociale (l'association Parada en Seine-Saint-Denis, Une famille, un toit 44 sur l'agglomération nantaise) ou scolaire (l'Associations pour l'aide à la scolarisation des enfants tsiganes - ASET en Seine-Saint-Denis). Dans ces situations, le médiateur appartient au groupe au sens identitaire du terme. Dans la seconde catégorie (médiateur issu de la communauté au sens géographique), on peut ranger notamment la plupart des expériences de femmes-relais. Le réseau femmes inter association – Inter Service Migrant (ISM) se défend ainsi d'ethniciser la fonction de médiation et préfère s'appuyer sur des médiatrices souvent membres d'associations de quartier. Il en va de même de certaines expériences d'adultes-relais, qui – dans une logique de politique d'emploi – s'appuient sur le recrutement d'adultes habitant les quartiers, confrontés au chômage ou à la précarité.

Au cours de l'étude menée par la Direction générale de la santé, la quasi totalité des médiateurs sanitaires interrogés partageaient eux-mêmes une grande partie des caractéristiques de leurs publics qui pèsent sur les problématiques de santé de ces derniers : l'expérience de l'immigration récente, l'expérience de la toxicodépendance, de la séropositivité, etc. C'est en s'appuyant sur cette connaissance intime qu'ils arrivaient à « prendre en compte les problèmes de ces personnes de manière appropriée ». « Tous sont en empathie avec les membres d'un groupe social à la fois menacé, au plan sanitaire, et (plus ou moins) marginalisé, au plan social et institutionnel. Cette fraternité est la source d'une forte motivation pour leur mission ».

Mais, dans les expériences de médiation sociale, une évolution est observée depuis 2000 : les cadres d'intervention sont plus clairs et les réflexions professionnelles se développent au sein de bien des structures.

« Au début les employeurs ont été tentés de mettre en place des médiateurs sociaux sur le modèle des « grands frères ». Partant du principe que les interventions seraient d'autant mieux acceptées si les médiateurs étaient proches de la population concernée, car partageant leurs références. Appartenant à ces quartiers, ils étaient considérés comme naturellement porteurs des aptitudes recherchées. Maintenant, il n'y a plus, en général, un recours exclusif à ces critères. Si tel est le cas, un travail de distanciation peut compléter l'adaptation au poste. »¹⁷ Cette distanciation paraît nécessaire pour limiter les risques auxquels une attitude « militante » expose les médiateurs sanitaires : « Elle conduit à s'exposer personnellement, donc à un certain isolement - y compris dans la structure employeuse, si celle-ci a par ailleurs d'autres missions moins exposées - et à un risque d'usure psychologique, qui peut à terme réduire l'efficacité de l'intervention du médiateur. »¹⁸

Ces considérations ont conduit à l'idée que si le recrutement d'un médiateur issu de la communauté rom n'était pas à écarter en soi, notamment en raison de l'intérêt qu'une telle expérience comporterait du point de vue de la promotion des personnes à travers le développement d'un statut d'exemplarité, il était important d'être conscient des risques qu'il comporterait : La notion de communauté au sens ethnique ne va pas de soi en ce qui concerne les Roms. Le sentiment d'appartenance ne s'étend pas prioritairement à un peuple mais à un réseau de parenté plus ou moins éloigné et ancré dans une origine géographique précise. Les Roms issus de telle ville ne s'identifieront pas complètement à ceux issus d'une autre région de Roumanie, comme par exemple dans un cas observé en Ile-de-France de deux bidonvilles et un squat attenants, occupés respectivement par trois groupes de familles de trois régions différentes de Roumanie avec trois histoires et trois traditions distinctes. Cela est également vrai aussi au niveau individuel, à l'intérieur d'une même famille, où chacun n'a pas le même niveau d'attachement culturel¹⁹. Il n'est donc pas possible de transposer directement les expériences en direction des Roms de Roumanie en Roumanie, puisque les groupes en question se trouvent ici dans un contexte de migration.

Par ailleurs dans ce schéma il y a peu de chances que le médiateur parvienne à se libérer des jeux d'influence. En cas de conflit familial, si la médiatrice appartient à une famille impliquée elle peut rencontrer des difficultés insurmontables pour travailler pour un membre de l'autre famille, aussi éloigné soit-il des personnes directement en conflit. Au cours d'échange avec une représentante de Romani Criss, bien au fait de la situation des Roms roumains en France, une distinction fondamentale est apparue au regard des pays d'origine, déterminante quant au profil de médiateur à

envisager : à la différence des quartiers roms en Roumanie, les communautés roms en France constituent des groupes de circonstance, reformés suite à la migration et donc sans unité originelle. Cela peut poser au médiateur issu de l'une des familles du groupe un problème de partialité voire de compatibilité, notamment en cas de tensions entre groupes. Par ailleurs, elle observe que le potentiel de ressources humaines – des femmes roms ayant été scolarisées suffisamment longtemps – est détenu principalement par les familles qui sont déjà les chefs sur les terrains et recommande d'éviter de leur donner un outil de domination supplémentaire²⁰.

Ce questionnement sur les limites d'un recrutement au sein des groupes cibles n'est pas propre aux communautés roms. Les médiateurs, s'ils ne sont pas formés, peuvent ne pas avoir la distance par rapport aux enjeux de pouvoir internes aux structures. Un autre des dangers est que sans avoir les compétences de décryptage, ils font un écran, et l'ensemble du dispositif institutionnel se réfugie derrière ces médiateurs. Enfin, il est clair que la simultanéité des facteurs culturels, migratoires, précarité et pauvreté, ne doivent pas être enfermés dans un seul concept, qu'est le concept de la culture²¹.

Enfin, le médiateur ne doit pas utiliser son influence ou sa situation pour obtenir quelque avantage de la part des usagers auprès desquels il intervient²².

L'option retenue est donc, dans le cadre de ce projet, de privilégier, à travers le recrutement et la formation de ces professionnels, des atouts qui relèvent davantage de la connaissance et de la compétence que de l'appartenance, pour instaurer cette proximité avec les familles roms qui les distinguent des travailleurs sociaux classiques.

L'idée est que les médiateurs puissent s'appuyer sur la reconnaissance d'une efficacité et développer leur « réputation » à l'échelle du groupe familial et au-delà. Ce lien de confiance se construit dans la durée. La règle vaut d'ailleurs pour les associations retenues pour mettre en œuvre ce projet, qui sans se revendiquer d'une identité ethnique ont acquis une crédibilité au bout de plusieurs années d'intervention sur les squats et terrains.

Néanmoins, il semble que la médiation sanitaire auprès des groupes roms en situation de migration peut être facilitée par une relation privilégiée entre femmes. Il est possible de s'inspirer des enseignements d'expériences françaises et étrangères pour miser sur une approche liée au genre, qui – du moins sur le volet sanitaire – paraît correspondre aux spécificités culturelles des sociétés roms. « Dans les familles et les communautés roms, les femmes jouent un rôle central en matière de santé. Ce sont en général

les femmes qui dispensent les premiers soins dans les familles et communautés roms. Elles font aussi souvent office d'intermédiaires entre leurs familles et les services publics. Pourtant, elles ont tendance à négliger leur propre santé et sont en outre exclues de diverses structures publiques, comme l'éducation et le logement. Cette situation nuit non seulement au développement personnel de ces femmes, mais aussi à celui de leurs communautés »²³. Ainsi, dans les groupes familiaux où les femmes sont amenées à s'impliquer dans un suivi sanitaire pour elles-mêmes et leurs enfants, cette préoccupation finit par s'étendre aux hommes. Garantir aux femmes la gratuité et l'égalité d'accès aux structures de soins publiques contribuent donc à améliorer la situation des Roms, à titre individuel et collectif, et ainsi, à faire progresser l'ensemble de la société²⁴.

Enfin, si l'origine ethnique a été exclue parmi les critères de recrutement, la maîtrise de la langue des groupes en direction desquels le médiateur intervient est apparue en revanche comme une condition essentielle.

La médiatrice et les institutions

Mais la déclinaison de la fonction de médiation dans le contexte des relations entre les structures de santé et les usagers roms en situation de grande précarité en France, peut aussi amener à interroger le positionnement à l'égard des institutions.

Si l'indépendance à l'égard des institutions et des personnes paraît incontestablement une condition de l'exercice du métier, l'idée d'impartialité, centrale dans la définition consensuelle de la médiation présentée plus haut, mérite en revanche d'être questionnée et nuancée lorsque la relation est d'emblée asymétrique. Dans le champ médical et tout particulièrement au regard des Roms, cette tierce personne qu'est le médiateur s'inscrit dans une relation de départ profondément inégale entre un médecin, celui qui sait, et celui qui par définition ne sait pas, le patient. L'asymétrie structurelle de cette relation est renforcée par le fait que l'un maîtrise les codes de la société d'accueil, et l'autre pas forcément. Peut-il donc être entièrement impartial sans contribuer à cautionner et à reproduire l'asymétrie initiale entre un professionnel de santé ou une institution sanitaire et un patient rom. Pour faire émerger la parole du patient, « il faut reconnaître et assumer le fait, que l'acte de médiation est un acte engagé lorsqu'il vise à modifier une inégalité. Il faut donc en assumer la nécessaire partialité. Cela implique évidemment que cette partialité ait été travaillée en amont par le médiateur, pour qu'elle soit, non pas un frein, mais au contraire un outil dans sa pratique. »²⁵

La notion de neutralité peut aussi être questionnée. Une forme de neutralité est à préserver au sens où le médiateur n'essaie pas de peser sur les

résultats, de « vendre une solution »²⁶. Il n'a ni le pouvoir de décider, ni le pouvoir de donner un avis, ce n'est pas un expert. Mais cette neutralité ne doit pas être contradictoire avec la remontée d'information sur les violations de droits et discriminations à l'encontre des personnes, c'est d'ailleurs une des attributions qu'il a semblé indispensable d'attacher à la médiation sanitaire en France

« Il me semble que la présence même de la médiatrice témoigne d'une situation de départ inégalitaire, elle n'est donc jamais complètement neutre mais travaille avec la conviction qu'il s'agit d'une inégalité « éphémère » qui s'effacera peu-à-peu par la possibilité effective (et non plus seulement potentielle) d'une communication entre la population concernée et les institutions. »

Luminita Baciuc, Médiatrice en santé publique à l'AREAS (Lille)

Comment éviter le risque de convertir la fonction de médiation santé en service de santé ségrégué ?

Une troisième source de questionnements porte sur les effets pervers possibles de la médiation santé dans le sens d'un renforcement des logiques discriminantes.

La finalité de la médiation sanitaire est d'apporter une interface temporaire qui permette à terme un accès direct au système de santé de droit commun. Or, la déclinaison d'une intervention de ce type auprès des Roms en situation de migration peut poser problème dans la mesure où elle part d'une détermination du public sur la base de critères sociaux mais aussi ethniques. Un des principaux écueils à éviter est ainsi de favoriser l'instauration d'une offre de soins spécifique. Une étude conduite par différentes institutions européennes sur l'accès aux soins de femmes roms rappelle ainsi que « face à la complexité des barrières systémiques qui s'opposent généralement à l'accès des Roms à la santé, les médiateurs ne sont pas la panacée. (...) L'existence d'intervenants sanitaires spécialisés doit être perçue comme un moyen de promouvoir, et non d'excuser, l'engagement d'autres travailleurs de la santé dans l'atteinte des objectifs du médiateur au sein de la communauté. Sinon, on risque d'aller vers un système d'assistance ségrégué »²⁷. En Roumanie, en fonction du contexte local ou de leur conception de la profession, certaines des médiatrices santé parviennent réellement à amener les intervenants de droit commun vers les quartiers roms alors que d'autres finissent par devenir l'interlocuteur unique des familles roms²⁸. La même difficulté est pointée par un professionnel de santé du centre Minkowska : « La première erreur est d'avoir accepté de nous positionner comme des spécialistes de l'interculturel et du transculturel, avec les effets pervers. On nous a stigmatisés comme

thérapeutes spécialistes des étrangers, alors que la majorité d'entre nous travaille dans le système de soin français avec une population hétérogène. Deuxième effet pervers, c'est la stigmatisation des patients. Troisième effet pervers, nous avons fait faire l'économie à beaucoup de personnes, de la mise en place en urgence de structures de médiation culturelle, organisées en dehors de spécificités ». D'où l'importance pour les médiateurs de s'inscrire dans des stratégies de santé publique et de droit commun : « s'accrocher au droit commun cela veut dire essayer de nous intégrer dans le système de soin pour ne plus être des « providers », des personnes qui sont spécialisées dans la langue ou dans la culture »²⁹.

« Il me semble que la médiatrice de façon générale se trouve dans un rôle particulier, parce qu'elle doit savoir non seulement se rendre « visible » mais également s'effacer pour faire exister un lien direct entre la population qu'elle accompagne et les représentants des institutions. Elle se situe dans une dynamique où elle joue à tour de rôle la facette de la visibilité et l'invisibilité : s'éclipser lorsque le lien s'est établi, réapparaître lorsqu'il s'affaiblit et briller quand il n'existe pas. Le paradoxe étant, dans cette fonction, que la médiatrice travaille dans le sens de sa disparition « sociale ». Son but sera atteint quand sa présence en tant que médiatrice n'aura plus de sens c'est-à-dire lorsqu'un dialogue direct sera possible entre la population concernée et les professionnels de la santé.

Or lorsqu'on accompagne physiquement une personne qui n'est pas encore capable de se rendre à une consultation de façon autonome. On sait et on peut dire aux personnes que nous n'assumerons ce rôle que de manière temporaire. Mais une des difficultés est que nous, médiatrices roumanophones, devons pallier à l'absence d'interprétariat professionnel dans les structures médicales. Cela inscrit les personnes dans une situation de dépendance par rapport à nous, dont nous ne voyons pas le terme. »

Luminita Baci, Médiatrice en santé publique à l'AREAS (Lille)

Pour cela, il apparaît essentiel que les médiateurs s'attachent, dans les informations qu'ils véhiculent sur les personnes qu'ils accompagnent, à resituer à leur juste mesure les déterminants culturels des comportements. Il est important de rappeler que même si l'on traite d'une population en situation de migration, cette dimension interculturelle est loin d'être la seule dimension de l'action, elle n'est même pas forcément centrale. Certes, indépendamment de l'accessibilité physique, économique, les obstacles culturels à l'utilisation de services de santé représentent une réalité. De même, les obstacles attribués à la culture cachent aussi parfois d'autres réalités : « les obstacles de nature administrative, législative, un état de droit non respecté, la stigmatisation des patients, etc. sont autant de facteurs qui influencent l'accessibilité des services de santé. Il ne faut pas se cacher derrière l'argument « culturel » pour masquer les faillites d'un programme

de santé, d'un système de soins »³⁰. Dans le cadre des projets qui sont développés, il est donc important de veiller de façon continue à faire la part des choses entre « les besoins d'intermédiation réelle, et les besoins d'intermédiation qui sont supposés »³¹ pour ne pas imposer ce registre culturel à des personnes qui n'en veulent pas lorsqu'il s'agit d'explicitier leur situation et leurs problèmes et qui préfèrent avoir d'autres systèmes de référence. Il faudra donc rester vigilant à ce que la démarche culturaliste ne devienne pas un prétexte aux actions de médiation sanitaire, pour ne pas contribuer à « mettre en case » la culture « rom » pour des questions qui n'ont rien à voir avec les phénomènes sur lesquels on veut agir³².

Cette attention à ne pas construire arbitrairement des obstacles et difficultés de communication qui seraient proprement liés à « la culture rom » s'inscrit dans la continuité de l'hypothèse de départ qui conduisait le programme de recherche du collectif Romeurope sur l'accès aux soins et à la santé de populations Roms/Tsiganes migrantes entre 1998 et 1999 : « La culture est une composante essentielle dans le mode de vie des populations Roms/Tsiganes mais elle ne constitue pas un barrage ou un quelconque blocage pour accéder au droit commun et, par voie de conséquence, à plus d'égalité en matière de santé. Dans cette hypothèse, l'état de santé d'une population est essentiellement la résultante des conditions de vie, et secondairement des soins, plutôt que de facteurs culturels. Ce qui peut constituer un blocage ou un frein à une meilleure santé, réside dans les situations de vulnérabilité liées aux conditions sociales, politiques et d'exclusion dans lesquelles les institutions ont leur part de responsabilité »³³.



France 2004, Julien de Weck

Enfin, et plus largement, si l'on considère la complexification croissante de notre système de soins, la multiplication des spécialités et l'inflation de l'outil technologique, le risque est réel pour tout patient confronté au monde médical d'un décalage entre un discours médical qui tend à se techniciser et la réalité vécue du patient. Et bien que cette difficulté soit particulièrement mise en lumière avec les migrants, elle est également présente pour les patients dits autochtones. Le médiateur doit donc assurer une meilleure compréhension réciproque entre les professionnels des structures de santé et les Roms, sans perdre de vue que l'intelligibilité de l'institution médicale, est, à divers degrés, une difficulté potentielle pour tous les usagers du système de santé.

Notes

- 1 AREAS Gens du voyage et Roms migrants (France).
- 2 Association pour l'Accueil des Gens du voyage (France).
- 3 Service de coopération humanitaire pour les Etrangers et les Migrants (Var)
- 4 Données recueillies pendant l'année 2007 par la mission de Seine Saint Denis de Médecins du Monde et lors d'une enquête quantitative, commanditée par la commission européenne, réalisée dans 6 pays de l'Union européenne par le collectif Romeurope en 1999.
- 5 Médecins du Monde, mission périnatalité, Médecins du Monde auprès des femmes roms, Rapport, mars 2008.
- 6 *Op. cit.* note 7.
- 7 *Op. cit.* note 7.
- 8 Femme Inter Associations – Inter service migrants, Charte de la médiation sociale et culturelle.
- 9 Charte de la médiation sociale et culturelle, document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1^{er} octobre 2001.
- 10 Direction générale de la santé, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Juil. 2006.
- 11 Entretien avec Nicoleta Bitu, Romani Criss (Roumanie), Paris, 12 février 2009
- 12 Entretien avec une infirmière et une médiatrice du Comité d'aide médicale – Oct. 2008.
- 13 *Op. cit.* note 10.
- 14 L'association roumaine Romani Criss a développé une expérience similaire qui fait maintenant référence en matière de médiation.
- 15 Maria Maïlat, Evaluation du programme des médiateurs sanitaires conçu et mené par Romani Criss partenaire du CCFD en Roumanie, Rapport final – Synthèse, décembre 2005.

- 16 *Op. cit.* note 10.
- 17 DGAS, Professionnaliser la médiation sociale – Programme 18 du plan de cohésion sociale, avril 2005- janvier 2006.
- 18 *Op. cit.* note 12.
- 19 Entretien avec une ancienne médiatrice sanitaire à Médecins du Monde, 5 nov. 2008.
- 20 *Op. cit.* note 11.
- 21 Intervention de Stéphane Tessier, Association Regards, Journées de la prévention 2008 de l'INPES, Session 7, La médiation interculturelle en santé.
- 22 *Op. cit.* note 9.
- 23 Haut commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne, Vaincre les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique, septembre 2003.
- 24 *Op. cit.* note 23.
- 25 Intervention de Serge Bouznah, Association IPAOS Culture et santé, Journées de la prévention 2008 de l'INPES, Session 7, La médiation interculturelle en santé.
- 26 Intervention de Michèle Guillaume-Hofnung, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, La médiation interculturelle en santé.
- 27 *Op. cit.* note 23.
- 28 *Op. cit.* note 11.
- 29 Rachid Bennegadi, Centre Minkowska, Journées de la prévention 2008 de L'Inpes, Session 7, la médiation interculturelle en santé.
- 30 Benoît C., *Sida et itinéraires thérapeutiques à Saint Martin/ Sin Martin : représentations culturelles ou pratiques sociales*, Derades, 1997.
- 31 *Op. cit.* note 21.
- 32 *Op. cit.* note 21.
- 33 Farid Lamara, Médecins du Monde, Projet Romeurope - L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe – Espagne, France, Grèce, Etude qualitative – approche ethno-sociologique, juin 1999.