



ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS

## Référentiel

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



# SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Les objectifs du programme.....</b>	<b>5</b>
1.1. Un projet répondant à des problématiques de santé liées à la précarité .....	5
1.2. Expérimenter et évaluer la médiation sanitaire dans le cadre d'un programme inter-associatif.....	6
<b>2. Le référentiel du programme .....</b>	<b>7</b>
2.1. La médiation en santé.....	7
2.1.1. Définition de la médiation en santé dans le cadre de la médiation sociale.....	7
2.1.2. Distinction entre la médiation sanitaire et la médiation interculturelle.....	7
2.1.3. La médiation spécifique en santé.....	7
2.1.4. Les finalités d'intervention en médiation sanitaire.....	8
2.2. Posture et profil du médiateur sanitaire.....	8
2.2.3. Positionnement envers les institutions et les acteurs de santé .....	11
2.2.4. Le profil des médiateurs sanitaires .....	11
2.2.5. La formation des médiateurs .....	12
2.3. Délimitation du champ d'intervention.....	13
2.3.1. La spécificité de l'approche en santé d'un public en situation de précarité .....	13
2.3.2. Les axes d'intervention du médiateur sanitaire.....	13
2.3.3. Distinction des fonctions : médiation en santé, travail social, professions de santé et interprétariat .....	15
2.3.4. Distinction entre fonction de médiation et métier de médiateur .....	15
2.4. Le cadre professionnel .....	16
2.4.1. La structure employeuse et l'encadrement .....	16
2.4.2. L'inscription de la médiation sanitaire dans une équipe pluridisciplinaire .....	17
2.4.3. La mobilisation du réseau local territorialisé .....	17
2.4.4. Les financements mobilisables.....	17
2.4.5. Les contrats et statuts des postes de médiation.....	18
<b>3. Le dispositif du programme .....</b>	<b>19</b>
3.1.1. Le comité de pilotage national.....	19
3.1.2. Un programme coordonné à l'échelle nationale .....	19
3.1.2.1. Les missions de la coordination.....	19
3.1.2.2. Une plus-value pour les projets locaux.....	20
3.1.2.3. Des contraintes en termes de disponibilité .....	20
3.2.1. Objectif et indicateurs.....	20
3.2.2. Recueil et analyse de données.....	21
3.2.3. Synthèse des résultats de l'expérimentation .....	21
3.2.3.1. Les avancées .....	21
3.2.3.2. Les freins à une amélioration de l'accès à la santé.....	22
3.2.3.3. Une efficacité avérée .....	23
3.2.4. Les bonnes pratiques du programme .....	23
3.2.4.1. Les comités de suivis locaux .....	23
3.2.4.2. Les journées nationales d'échange de pratiques.....	24
3.2.4.3. La production d'outils adaptés .....	24
3.2.4.4. L'émergence de « femmes relais » à Bobigny .....	24
3.2.5. Les limites des actions de médiation .....	25
3.2.5.1. La question de l'interprétariat.....	25
3.2.5.2. Une passerelle vers la prise en charge par le droit commun.....	26
3.2.5.3. Précarité de statut et manque de reconnaissance du métier de médiateur.....	27
<b>Conclusion.....</b>	<b>28</b>
<b>Annexe.....</b>	<b>29</b>
<b>PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE 2011-2012 .....</b>	<b>31</b>

## Introduction

Depuis sa création en 2000, le Collectif National Droits de l'Homme Romeurope a alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'accès aux soins et à la prévention des habitants des squats et bidonvilles dits « Roms », originaires de l'Europe de l'Est. Au regard des expériences et des constats recueillis, et dans un objectif de santé publique, le développement d'expériences spécifiques de médiation en santé est préconisé depuis de nombreuses années par les associations membres de ce collectif, auprès des autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

  
*Laurent El Ghazi*  
Président de l' AŞAV

  
**Dr Françoise SIVIGNON**  
Présidente  
62, rue Marcadet - 75018 PARIS  
T. +33 (0)1 44 92 15 15

*Dr Françoise Sivignon*  
Présidente de Médecins du Monde -France

  
**Par délégation**  
Frédéric Rouvière  
Directeur du pôle  
inclusion sociale

*André Dupon*  
Président de La Sauvegarde du Nord

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

## Les objectifs du programme

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2. Expérimenter et évaluer la médiation sanitaire dans le cadre d'un programme inter-associatif

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

Le programme avait ainsi un double objectif :

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

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

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

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

En direction du public ciblé :

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

En direction des structures de santé :

- Mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance des populations roms pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public-cible au sein des structures

En direction de l'environnement des sites de vie :

- Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique

## 2. Le référentiel du programme

### 2.1. La médiation en santé

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

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

La médiation se définit de manière globale comme « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose »<sup>5</sup>.

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

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

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

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

#### 2.1.3. La médiation spécifique en santé

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

La médiation en santé consiste en effet à co-construire une relation entre un public cible et les acteurs de santé du territoire sur lequel il vit. Le médiateur sanitaire travaille au rapprochement

---

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

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

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

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

de chacune des parties, en informant d'une part le public sur le système de santé et d'autre part les structures de santé sur le contexte de vie des personnes. Il met physiquement en lien les deux parties, en accompagnant les personnes dans les hôpitaux, les services de PMI, de prévention ou vers la médecine de ville, tout comme il accompagne les professionnels de santé sur les lieux de vie pour faciliter l'exercice de leur travail.

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

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

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

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

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

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

## 2.2. Posture et profil du médiateur sanitaire

### 2.2.1. Le cadre éthique et déontologique

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

## La charte de référence de la médiation sociale

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

### **1. Principes généraux**

#### La neutralité et l'impartialité

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

#### La négociation et le dialogue

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

#### Le libre consentement et la participation des habitants

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

#### La mobilisation des institutions

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

#### La protection des droits des personnes

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

#### Le respect des droits fondamentaux

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

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

## 2. Les attitudes du médiateur

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

La discrétion et le respect de l'anonymat s'imposent au médiateur, dont la reconnaissance repose sur la confiance qu'il inspire aux parties. Le médiateur ne peut utiliser les informations recueillies lors de la médiation (qu'elles relèvent de la confiance ou de l'observation) qu'avec l'accord des parties, dans le respect des lois existantes.

Dans l'exercice de leurs activités, les médiateurs sociaux sont confrontés à des situations complexes qui ne les exonèrent pas pour autant de leurs responsabilités de citoyens au regard de la loi (obligation de porter assistance à personne en péril, obligation de dénoncer les crimes et les violences faites aux personnes particulièrement fragiles...).

Au regard de ces éléments, il est de la responsabilité de l'employeur de rappeler au médiateur la nature des informations qui doivent être transmises et les conditions de la transmission de celles-ci, qui doit se faire selon des modalités garantissant leur protection.

### Le désintéressement et la liberté du médiateur

La médiation est désintéressée : hormis la rémunération qu'il peut recevoir de son employeur, le médiateur ne doit pas utiliser son influence ou sa situation pour obtenir quelque avantage de la part des habitants, des usagers ou des structures auprès desquels il intervient.

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

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

### 2.2.2. Positionnement envers le public-cible

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

- **L'intelligibilité des missions du médiateur** : lorsque le médiateur sanitaire se rend sur les lieux de vie des personnes, il est important qu'il présente sa mission et ses possibilités d'action. Cela permet de mieux cibler les demandes, d'être plus efficace, de ne pas créer de confusion avec d'autres intervenants éventuels et de ne pas suggérer un sentiment de toute-puissance concernant le rôle du médiateur.
- Le médiateur sanitaire « **va vers** » **les personnes identifiées en tant que public cible**, il se rend régulièrement sur les lieux de vie, partage un même « espace-temps que le public, sans procédures formalisées et différées de rencontre »<sup>8</sup> et il entretient une proximité qui alimente le lien de confiance avec la personne accompagnée.
- La reconnaissance du médiateur en tant que professionnel et sa capacité à intervenir nécessite de sa part un **juste équilibre entre cette proximité inhérente au métier de médiateur et la distance qu'il doit maintenir par rapport aux personnes accompagnées.**

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

Il doit pouvoir prendre du recul par rapport aux situations et contrôler ses propres affects.

Les médiateurs eux-mêmes s'accordent à dire que la remise en question est indispensable dans leur métier pour avoir une posture juste et équilibrée, garder la distance appropriée et être équitable avec chacune des familles.

- Le médiateur sanitaire, du fait de sa présence régulière sur les lieux de vie et du suivi du parcours de santé de la personne, va avoir une connaissance approfondie de l'intimité des personnes et de sa famille. Il peut être observé et questionné par les autres membres de la famille ou du groupe et va asseoir sa crédibilité sur **sa discrétion et sa vigilance au respect de la confidentialité** des informations qu'il détient.
- Le **développement d'un réseau de « personnes ressources »** au sein des institutions, des structures de santé et la constitution d'un carnet d'adresses de spécialistes et de médecins de ville permet au médiateur d'orienter les personnes plus facilement vers le soin et contribue à sa reconnaissance par le groupe ciblé.
- **La médiation sanitaire doit s'inscrire dans le temps** pour l'établissement de liens efficaces avec le public et la construction d'un parcours de santé sur le moyen et long terme. Cela implique que le nombre de personnes accompagnées soit limité, que le médiateur soit suffisamment disponible pour rencontrer les personnes régulièrement et pour les accompagner dans les structures de santé lorsque cela est nécessaire.

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

Le médiateur sanitaire s'inscrit dans un réseau de santé de proximité. Il informe de sa présence les hôpitaux, les services départementaux de prévention (Protection Materno-infantile, Centres de dépistage IST/MST/tuberculose), services municipaux de santé (centres de santé, Ateliers Santé Ville), puis établit des temps de rencontre réguliers, formels ou informels avec ceux-ci. Cette démarche oblige la personne médiatrice à formuler son projet par écrit ou par oral et à développer un argumentaire qui présente ses missions, son cadre d'intervention et ses compétences. Tout comme elle peut l'être avec le public, la présentation du rôle et des limites d'exercice du médiateur aux acteurs et institutions de santé est essentielle pour construire les bases d'un partenariat et pour éviter certains écueils tels que la confusion avec le rôle de l'assistant social ou de l'interprète.

### 2.2.4. Le profil des médiateurs sanitaires

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

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

Ce critère supplémentaire dans le profil du médiateur peut être justifié dans un objectif de promotion de la personne et du groupe. Il s'agit par exemple de permettre à une personne de valoriser une expérience de vie ou la connaissance d'une langue à travers le salariat ou bien de valoriser le groupe par rapport aux institutions en confiant des responsabilités à l'un de ses membres. La connaissance intime du public par un médiateur « pair », du fait de la proximité

géographique, identitaire ou encore la proximité liée à la trajectoire de vie de la personne (maladie, prostitution, consommation de drogues) peut également être un avantage pour être reconnu et identifié parmi le public cible.

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

Lorsqu'un médiateur sanitaire travaille auprès de personnes de son entourage, « la faculté de distanciation nécessite une profonde lucidité » de sa part. « Il doit se demander si un des éléments de la situation n'éveille pas en lui des résonances insoupçonnées, qui le conduisent à s'identifier à un des médiateurs, ou à le rejeter et donc à n'être plus tiers. »<sup>9</sup>. Il convient d'être attentif, d'une part, à ce que l'appartenance à la communauté supposée homogène ne fasse pas écran par rapport à d'autres grilles de lecture et, d'autre part, à ce que le rôle de médiateur sanitaire ne mette pas la personne en difficulté dans sa vie personnelle ou bien dans le respect de la déontologie du métier. En effet, il peut être difficile de distinguer la sphère personnelle et professionnelle, de faire respecter les horaires de travail ou bien de maintenir une posture de médiation, libérée des jeux d'influence et désintéressée, entre un professionnel de santé et une personne de son entourage. La relative distance par rapport au public cible s'avère cruciale lorsqu'il y a mise en danger entre les personnes accompagnées. En effet, comme le mentionne la charte de la médiation sociale, la personne médiatrice a « une obligation de dénoncer les crimes et les violences faites aux personnes fragiles ».

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

#### 2.2.5. La formation des médiateurs

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

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

---

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

- D'être capable de s'appuyer sur des compétences en communication avec le public, pour conduire un entretien de médiation et gérer des situations de crise mais également avec les institutions, pour écrire des courriers, identifier les personnes ressources, présenter son action et formuler des intentions.

Actuellement, **il existe des diplômes et titres professionnels en médiation sociale stricto sensu**. Le réseau France Médiation recense notamment « le D.U. Métiers de la Médiation de l'Université de Bourgogne, le D.U en médiation sociale mis en place par l'IUT Carrières Sociales de Grenoble et celui de Paris 2 Panthéon Assas.». Il existe également des certifications et diplômes de niveau 4 et 5 tels que le CAP « Agent de prévention et de médiation », la certification du titre professionnel Agent de Médiation, Information, Services, le BAC Pro « Services de proximité et vie Locale » ainsi que le diplôme de Technicien Médiation Services<sup>10</sup>. On ne recense en revanche aucune formation spécifique à la médiation en santé. Enfin, qu'il s'agisse de médiation en santé ou plus globalement de médiation sociale, **il n'existe pas de cursus professionnel spécifique permettant une réelle reconnaissance du métier**.

### 2.3. Délimitation du champ d'intervention

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

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

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

Le médiateur sanitaire a deux objectifs principaux :

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

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

<sup>11</sup> Direction Générale de la Santé, Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, juillet 2006

<sup>12</sup> Entretiens avec les médiatrices sanitaires intervenant dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire en direction Roms en direction des femmes et jeunes enfants roms vivant en bidonvilles et en squat porté par l'association AŠAV, septembre 2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De nombreux professionnels du domaine sanitaire et social assurent une fonction de médiation sanitaire dans une partie de leurs missions. Celle-ci s'inscrit en général dans le cadre d'un

---

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

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

<sup>16</sup> Profession banlieue, référentiel femmes relais 1997 – réédition 2001

accompagnement global des personnes en vue d'optimiser les interactions entre les acteurs de santé et le public qu'ils ciblent.

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

## 2.4. Le cadre professionnel

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

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

Si le portage institutionnel d'un projet de médiation peut permettre d'en assurer la viabilité et de favoriser son développement dans le droit commun, celui-ci laisse davantage de place à un risque d'instrumentalisation du médiateur. En effet, la médiation en santé requiert une certaine autonomie d'exercice par rapport aux deux parties ainsi qu'une flexibilité du cadre de travail. **Il semble que le cadre professionnel qu'offre une association permette davantage de respecter ces conditions.**

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

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

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

---

<sup>17</sup> Entretiens avec les médiatrices sanitaires intervenant dans le cadre du programme expérimental de médiation sanitaire en direction Roms en direction des femmes et jeunes enfants roms vivant en bidonvilles et en squat porté par l'association AŠAV, plus d'informations sur le site du programme : [www.mediation-sanitaire.org](http://www.mediation-sanitaire.org)

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 2.4.4. Les financements mobilisables

**Les Agences Régionales de Santé apparaissent comme les principaux bailleurs concernés par le financement des projets locaux de médiation sanitaire.** La Direction Générale de la Santé, indiquait en juillet 2006 que « la présence de médiateurs/médiatrices devrait être requise dans

---

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

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

certaines actions retenues par les politiques régionales de santé publique. (...) La réduction des inégalités en matière de santé doit en effet être l'un des objectifs de chaque PRSP, qui doit comporter un volet précarité dans chaque territoire. C'est dans ce volet que devraient le plus souvent s'inscrire les actions pour lesquelles la médiation est mobilisée<sup>21</sup>».

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

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

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

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

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

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

---

<sup>21</sup> Direction Générale de la Santé, Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, juillet 2006

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

### 3. Le dispositif du programme

#### 3.1. Pilotage et coordination

##### 3.1.1. Le comité de pilotage national

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

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

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

###### 3.1.2.1. Les missions de la coordination

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.1.2.3. Des contraintes en termes de disponibilité

Intégrer un programme national suppose le respect d'un cadre commun défini qui peut impliquer l'adaptation de certaines pratiques locales par les structures participantes. D'autre part, ces dernières sont amenées à contribuer au suivi et à l'évaluation nationale menés par la coordination à partir des remontées de terrain de chacune d'elles, et doivent donc dégager le temps nécessaire à ces tâches et accepter que leur action soit analysée par des acteurs extérieurs à leur structure.

## 3.2. L'évaluation du programme expérimental

### 3.2.1. Objectif et indicateurs

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

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

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

### 3.2.2. Recueil et analyse de données

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

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

- une fiche par femme et ses enfants de moins de 6 ans
- une fiche de suivi des grossesses
- un descriptif des sites d'intervention
- une grille d'entretiens initiaux avec les interlocuteurs des structures de santé, des services du Conseil général, de la Ville ou de la CPAM.

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.2.3.1. Les avancées

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

L'évaluation finale a révélé que les actions de médiation ont eu un impact très positif dans le développement de l'accès des femmes et jeunes enfants aux soins et à la prévention sanitaire, de l'ouverture des droits à leur mise en œuvre effective dans les structures de santé publiques. Par ailleurs, les médiateurs, en leur permettant d'acquérir les connaissances nécessaires, ont favorisé le recours autonome des femmes aux services de santé de droit commun.

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

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

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

- *Un meilleur accueil et suivi dans les structures de santé*

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

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

Il a été observé :

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

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

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

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

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

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

- Les services mis en place par les communes en terme d'enlèvement des ordures sont insuffisants par rapport au nombre d'habitants sur la majorité des sites.

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

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

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

#### 3.2.3.3. Une efficacité avérée

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

D'autre part, **l'adaptation du programme à destination d'autres publics** connaissant des freins similaires à l'accès à la santé, semble tout à fait pertinente. En outre, certaines actions, outils et dispositifs élaborés dans le cadre des projets de médiation sanitaire locaux concernent plus largement tout public en situation de précarité. On peut citer parmi ceux-ci : la sensibilisation aux déterminants socio-économiques liés à la précarité et leur impact sur la santé, le plaidoyer pour le recours aux interprètes dans les structures et institutions du champ sanitaire, les outils plurilingues et imagés visant à favoriser l'accès aux soins des publics allophones ou/et illettrés.

#### 3.2.4. Les bonnes pratiques du programme

##### 3.2.4.1. Les comités de suivis locaux

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

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

un accueil et un suivi individualisé de proximité. Ces comités tendent même, dans certaines localités, à la constitution de réseaux santé précarité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2.5. Les limites des actions de médiation

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le médiateur joue un rôle **d'interface temporaire** entre le public ciblé et les acteurs de santé afin de permettre une compréhension meilleure et durable entre les acteurs du système de santé et leurs publics, créer des liens entre ces deux parties et construire ainsi l'accès au

<sup>25</sup> « Association Santé Migrant Loire Atlantique »

système de santé de droit commun. Le médiateur n'a pas vocation à se substituer mais bien à travailler en articulation, concertation et complémentarité avec les autres professionnels concernés. Il se doit de mobiliser les acteurs de santé, de les informer, les sensibiliser et les former pour leur permettre d'améliorer leur accueil et leur accompagnement des publics marginalisés.

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

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

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

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

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

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

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

## Conclusion

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

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

L'expérimentation a d'ailleurs mis en exergue des freins persistants à l'accès à la santé des populations ciblées et à l'exercice de la médiation sanitaire. Il apparaît donc nécessaire que des mesures particulières soient impulsées afin de lever ces obstacles : stabiliser les lieux de vie dans un objectif de santé publique, développer le recours à l'interprétariat dans les structures de santé et les services de la ville et inscrire les actions de médiation sanitaire dans les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) des Programmes régionaux de santé (PRS).

L'évolution positive de l'accès à la santé des personnes en situation de précarité réside également dans les initiatives qui visent l'amélioration des conditions de vie de ces populations, l'application de tous les droits en matière de domiciliation et d'accès aux services de santé et dans le recours aux médiateurs pour aller vers et pour que les besoins soient pris en compte dans les pratiques des services de santé de droit commun.

### *Perspectives*

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

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

## Annexe

### Programme expérimental de médiation sanitaire – 2011/2012 FORMATION DES MEDIATRICES/EURS SANITAIRES

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

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

## PROGRAMME DE FORMATION INITIALE (DECEMBRE 2010)

<p><b>Journée 1 : Cadre général de la médiation - médiation en santé publique et conduite d'entretien</b></p> <p>Intervenantes : Léa LI YUNG (FIA-ISM) et Hélène DELAQUAIZE (Collectif des médiateurs en santé publique)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation des 4 structures d'accueil et positionnement des médiateurs dans chacune de ces structures</li> <li>- Cadre de la médiation : définition, charte, principes déontologiques</li> <li>- La médiation sanitaire : contexte et enjeux/aperçu en France et en Europe</li> <li>- La difficile reconnaissance du métier</li> <li>- Place du médiateur sanitaire dans le champ médico-social</li> <li>- Conduites d'entretien vis-à-vis des professionnels de santé /des institutions sanitaires/collectivités territoriales : la posture de négociations</li> <li>- Conduite d'entretien vis-à-vis des publics (groupe et individuelle) : comment faire passer l'information ? (cadre général : reformulation, l'écoute, counselling ....).</li> </ul>	<p><b>Journée 2 : Populations roms en France, accès aux soins en Roumanie, rapport à la santé</b></p> <p>Intervenants : Martin OLIVERA (Rue et cités) et Antoaneta POPESCU (Hors la rue)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aperçu historique sur la situation des populations roms en Europe</li> <li>- Approche interculturelle axée sur les thématiques de santé</li> <li>- Enjeux politiques autour de l'accueil de ces populations par les collectivités et administrations du pays d'accueil</li> <li>- Conditions de vie dans le contexte des migrations récentes en France</li> <li>- Incompréhensions liées aux écarts avec le système de santé du pays d'origine</li> <li>- Diversité des situations familiales liées au contexte des régions d'origine</li> <li>- Approche concrète des principales thématiques autour de la santé materno-infantile sur les terrains.</li> </ul>	<p><b>Journée 3 : Droits sociaux des ressortissants communautaires en France (couverture maladie notamment) / structures de santé</b></p> <p>Intervenants : Antoine MATH (Gisti) et Benjamin DEMAGNY (Comede)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Droit au séjour et droit au travail</li> <li>- Droit à la couverture maladie (AME, CMU, fonds pour les soins urgents et vitaux)</li> <li>- Domiciliation</li> <li>- Organisation des structures de santé (Hôpitaux (fonctionnement PASS, maternité, urgences...), PMI, CLAT, Centres de dépistage, centres de planification familiale, médecins de ville (spécialités et accès), ASV...</li> <li>- Services sociaux mobilisables : CCAS, services du CG : ASE, CMS</li> <li>- L'interprétariat professionnel de santé.</li> </ul>	<p><b>Journée 4 : Connaissances médicales de base en santé materno-infantile / prévention et éducation à la santé</b></p> <p>Intervenant : Julien SALLE (Comede)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances médicales de base concernant la santé maternelle et infantile : suivis de grossesse, contraception, IVG, MST et transmission à l'enfant, suivis des jeunes enfants de 0 à 6 ans, alimentation de la femme enceinte et des jeunes enfants, observance des traitements, vaccination, tuberculose et saturnisme.</li> <li>- Prévention et éducation à la santé (materno-infantile) : définition du cadre, acteurs, outils.</li> </ul>	<p><b>Journée 5 : Les interventions de médiation sur les terrains et squats</b></p> <p>Intervenante : Dana CERNAUTANU (ASAV)</p> <p>Retour sur les questions et thématiques abordées dans les échanges au cours des journées de formation précédentes afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se distinguer de la fonction d'interprète</li> <li>- Traiter des questions qui peuvent être blessantes au regard des conditions de vie (hygiène, gestion des ordures...)</li> <li>- Conserver une distance par rapport aux sollicitations en urgence et à toute heure, Aborder certains sujets indirectement.</li> </ul> <p style="text-align: center;">*****</p> <p><b>Journée 5 : Formation à la logique des projets de promotion de la santé</b></p> <p>Intervenante : Jeanine ROCHEFORT (Médecins du Monde)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation aux objectifs et indicateurs d'évaluation de l'action</li> <li>- Appropriation des outils de recueil des données.</li> </ul>
--	--	--	--	--

## PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE 2011-2012

<p>Journée 1 : 21 juin 2011</p>	<p>Journée 2 : 22 mars 2012</p>
<p><b>1) Droits sociaux et structures de santé – évolution du cadre légal et réglementaire depuis décembre 2010</b></p>	<p><b>1) La santé mentale et les publics précaires et/ou étrangers : « Les pièges de la relation d'aide »</b></p>
<p>Intervenant : Benjamin DEMAGNY – Comede</p>	<p>Intervenant : Jean Maisondieu, pédopsychiatre</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Présentation de la réforme AME de fin 2010 et textes d'application</li><li>• Les principaux points de la réforme AME en 2010</li><li>• La mise en œuvre du droit annuel de 30 euros par bénéficiaires majeur de l'AME</li><li>• Synthèse sur le panier de soins et le niveau de couverture des bénéficiaires de l'AME</li><li>• Rappel sur les décrets et circulaires à venir</li><li>- Retour sur les principales dispositions de la nouvelle loi sur l'immigration promulguée le 16 juin 2011</li><li>• Dispositions concernant les ressortissants communautaires</li><li>• Dispositions générales (durée de rétention, IRTF, délai de recours, droit au séjour pour soins)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Distinguer les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques / les facteurs socio-culturels déterminants</li><li>- Quelle orientation et quel positionnement du médiateur dans l'accompagnement en cas de « mal être » de la personne suivie ?</li></ul> <p><b>2) Education thérapeutique, une démarche pour conduire les personnes à devenir acteurs de leur santé</b></p> <p>Intervenants : Pascal Revault, Direction opérationnelle, médecin coordinateur (COMEDE)- Khalda Vescovacci, médecin de santé publique (COMEDE)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fondements théoriques de l'éducation thérapeutique</li><li>- Présentation d'une expérience concrète</li><li>- Mise en situation des médiateurs à partir de cas pratiques</li></ul>
<p><b>2) L'interprétariat professionnel en milieu médical</b></p>	
<p>Intervenant : Aziz TABOURI (Directeur Adjoint – ISM Interprétariat)</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Construction de l'argumentaire de plaidoyer pour le recours à l'interprétariat professionnel en milieu médical</li><li>- Présentation du fonctionnement de l'interprétariat professionnel et plus particulièrement de celui d'ISM Interprétariat</li></ul>	

