Un programme national de médiation sanitaire

De l'expérimentation à la généralisation

Joséphine Teoran*
Joseph Rustico **

Introduction

Des inégalités de santé alarmantes

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. Les difficultés d'accès à l'assurance maladie, le manque d'information sur le système de santé, la barrière de la langue, les ruptures de soins, le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes, le manque d'éducation à la santé sont autant d'obstacles à l'accès à la santé de ces personnes en France.

Particulièrement vulnérables dans de telles conditions de vie, les femmes et les jeunes enfants présentent une situation très inquiétante : suivi de grossesse inexistant, très faible utilisation des moyens de contraception, recours fréquent à l'avortement, très faible couverture vaccinale et très peu de suivi médical des enfants.

La médiation comme remède aux problématiques de santé liées à la précarité

La médiation en santé publique en direction de populations particulièrement marginalisées est une pratique innovante en France. Elle repose sur l'intervention d'un tiers, le médiateur, qui joue un rôle d'interface temporaire entre le public ciblé et les acteurs de santé afin de permettre une compréhension réciproque, meilleure et durable, créer des liens entre ces deux parties et construire ainsi l'accès au système de santé de droit commun.

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 des difficultés d'accès aux soins en France pour les populations Roms d'Europe de l'Est. Au regard des expériences et des constats recueillis, et dans un objectif de santé publique, les associations membres du Collectif préconisent depuis de nombreuses années le développement d'expériences spécifiques de médiation en santé, auprès des autorités sanitaires locales et nationales.

* Cooordinatrice du programme national de médiation sanitaire

** Directeur de l'ASAV

En 2008-2009, avec le soutien du ministère de la Santé, le collectif Romeurope a alors décidé d'élaborer un programme expérimental de médiation sanitaire auprès des femmes et jeunes enfants roms vivant en squats et en bidonvilles.

Depuis 2010, le programme est coordonné au niveau national par l'AŠAV (Association pour l'accueil des voyageurs), en copilotage avec la Direction générale de la Santé et avec le soutien méthodologique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Une recherche-action associative

Le projet a été inscrit dans une démarche expérimentale où le processus d'évaluation tenait une place centrale : celui-ci devait aboutir à confirmer ou infirmer la pertinence de l'approche développée.

Le programme avait donc un double objectif :
- Développer des actions de médiation sanitaire auprès de femmes et de leurs jeunes enfants roms vivant en squats ou en bidonvilles, en vue d'améliorer leur accès aux droits, à la prévention et aux soins dans le système de santé de droit commun.
- Évaluer 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.

La phase expérimentale du programme s'est déroulée de 2011 à 2012, après une année consacrée à réunir les conditions nécessaires à sa mise en oeuvre. Durant deux ans, trois associations locales ont mis en place des actions de médiation sanitaire auprès d'environ 150 femmes roms et de leurs jeunes enfants, sur quatre départements en France : l'AREAS dans l'agglomération lilloise, Médecins du Monde dans l'agglomération nantaise et l'AŠAV dans le Val d'Oise et à Bobigny[1]en Seine-Saint-Denis. Chaque médiateur a suivi une quinzaine de foyers.

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.

Le dispositif du programme

Un cadre opérationnel national et local

En tant que coordination nationale, l'AŠAV s'est employée à garantir l'homogénéité des actions de médiation portées par les différentes associations locales en définissant avec elles un cadre commun d'action et un code éthique et déontologique de la pratique, tout en veillant à son application.
Elle a également assuré l'appui et la mise en réseau de ces structures, le suivi et l'évaluation des interventions ainsi que la formation initiale et continue des médiateurs.

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[2].

Les médiateurs, employés par les associations locales, sont des professionnels avec au minimum un Bac+2 dans des domaines divers (social, médical, ethnologie...). Ils parlent la langue de la population ciblée et ont une bonne connaissance de ce public, sans pour autant en être issus.

Le programme vise au développement et à la professionnalisation de la médiation sanitaire en apportant notamment aux médiateurs locaux un cadre commun auquel se référer, une formation au commencement et tout au long de leur action adaptés à leurs besoins ainsi qu'un espace d'échanges entre pairs, soutenu par une coordination nationale. Ce dispositif permet aux médiateurs impliqués de faire évoluer leurs pratiques, de s'outiller au mieux et d'optimiser ainsi leurs actions.

À leur entrée en poste, les médiateurs ont en effet bénéficié d'une formation initiale d'une semaine portant sur le cadre déontologique et technique de la médiation. Cette formation a apporté des éléments de compréhension ethnologiques et sociologiques sur les Roms migrants, des informations sur le statut administratif et social des personnes et des connaissances de base en santé publique. En complément, des journées de formation ont été organisées en cours d'année, abordant par exemple l'éducation thérapeutique et la santé mentale des publics précaires.

En dehors de cette formation, les médiateurs ont échangé régulièrement sur leurs pratiques, leurs questionnements et leurs difficultés à l'occasion de journées organisées et animées par la coordination du programme.

Les médiateurs ont été intégrés dans des équipes pluridisciplinaires et/ou ils ont travaillé en lien avec le réseau local : ils ont pu ainsi relayer les demandes des familles ne concernant pas le champ de la santé.

Les actions des médiateurs ont été encadrées par les responsables des associations. Ces derniers ont en particulier soutenu les médiateurs dans leur travail avec les différents partenaires : présentation du projet et du médiateur, organisation des comités de suivi locaux[3] réunissant les acteurs de santé concernés, intervention auprès des caisses primaires d'assurance maladie pour débloquer les dossiers de demandes d'aide médicale d'état (AME).

Les médiateurs ont bénéficié de l'expérience antérieure des associations en direction du public-cible et/ou dans le champ sanitaire, de leur ancrage local et de leur réseau associatif et institutionnel préexistants : ces critères ont été déterminants lors de la sélection des structures porteuses du projet pour assurer la crédibilité de leur intervention auprès des partenaires et favoriser la prise de contact avec les bénéficiaires.

Les médiateurs sanitaires ont eu pour principales missions de :
- favoriser l'ouverture et la continuité des droits à la couverture maladie (information, orientation...),
- renforcer la capacité des personnes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes ou leur famille (connaissance du système de santé, des droits...),
- promouvoir les initiatives des structures de santé, de la sécurité sociale et des administrations qui améliorent la prise en compte de ce public (sensibiliser les professionnels aux conditions de vie des populations, favoriser leur venue sur les lieux de vie, adapter l'accueil et la prise en charge dans les services...),
- recueillir les informations qui vont permettre d'évaluer les actions et la situation des familles,
- Alerter les services de la ville compétents sur les mauvaises conditions sanitaires des lieux de vie (absence d'accès à l'eau, de ramassage des ordures...).

À Bobigny, indépendamment des axes communs d'intervention, la médiatrice a mené une expérimentation spécifique. Celle-ci consistait à dispenser des enseignements à un groupe de femmes bénévoles du terrain concernant leurs droits, le système et les structures de santé. La mise en œuvre de ce projet a été rendue possible par la stabilité du lieu de vie des familles, mis à disposition par la ville. 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.

Un dispositif d'évaluation élaboré

La coordination du programme a réalisé une évaluation approfondie des actions de médiation sanitaire menées durant ces deux ans.
Les indicateurs, les outils de recueil de données et le cadre d'évaluation du programme ont été définis en collaboration avec l'INPES.

Les indicateurs d'évaluation

Cette évaluation nationale visait à démontrer ou infirmer l'efficacité de la médiation à travers l'évolution d'indicateurs simples concernant l'ouverture effective des droits (notamment à la domiciliation et à la couverture maladie), l'accès au système de santé et à la prévention dans une perspective d'autonomisation progressive des personnes, 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 et enfin la salubrité et la sécurité de l'environnement.

Le recueil et l'analyse des données

Les données ont été collectées localement par les médiateurs, en trois étapes : le diagnostic initial (zéro à trois mois), la phase intermédiaire (à neuf mois) et finale (dix-huit à vingt-quatre mois), à partir de fiches de recueil développées par la coordination du programme. Elles lui ont été systématiquement transmises afin de les centraliser, de les traiter et de les analyser.

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 médiateurs retraçant l'accompagnement réalisé auprès des femmes et des comptes rendus de réunions partenariales, des échanges réguliers avec les médiateurs et des entretiens approfondis avec chacune d'elles à la fin du programme. Cette approche qualitative reposait enfin sur les entretiens réalisés par la coordination avec les partenaires de santé sur les différents territoires où ont eu lieu les actions de médiation.

Les résultats de l'expérimentation

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

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.
Plus spécifiquement à Bobigny, six des vingt femmes ayant suivi la formation en médiation sanitaire dispensée par la médiatrice, sont désormais autonomes et en capacité d'accompagner d'autres femmes dans les structures de santé.

Pour citer quelques résultats particulièrement significatifs concernant l'évolution de l'accès à la santé du public ciblé (diagnostic *versus* phase finale) :
Après vingt-quatre 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 2e - 3e 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 montrent 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. À 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 de la précarité des conditions de vie et des déterminants socioculturels du public ciblé par les professionnels de santé.
- La mise en place d'actions de prévention sur les lieux de vie.
- La conception d'outils traduits/imagés pour sensibiliser à la prévention sanitaire et pour faciliter l'accès au système de soins.
- L'adaptation des services pour un accueil facilité de ces populations, en particulier avec la mise en place de plages de consultation 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 perdurent 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.

Des freins persistants à 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 vingt-quatre 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 treize terrains d'intervention, seulement six n'ont pas été évacués au cours du programme.

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

Conclusion

Bien que les trois objectifs visés par les actions de médiation locale aient 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

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 appropriée. 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.

Vers une généralisation des actions de médiation en direction des publics en situation de précarité

L'expérimentation est parvenue à son terme. Avec l'appui du ministère de la Santé, le programme de médiation sanitaire est étendu durant la période 2013-2016, d'un point de vue géographique, en développant des actions sur d'autres territoires en France, et populationnel, en ne se limitant plus à la santé materno-infantile mais en visant toute la population rom.
Cinq nouveaux projets de médiation sanitaire menés par des associations locales ont intégré le programme national de médiation sanitaire entre 2013 et 2014 : dans l'agglomération marseillaise, lyonnaise, grenobloise, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne.

L'enjeu de cette extension réside également dans l'adaptation du programme à d'autres publics connaissant des freins similaires d'accès à la santé, tels que les Gens du voyage en situation de précarité. Le développement de la médiation sanitaire en direction de cette population a été repris parmi les recommandations de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (décembre 2012), puis dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté officiellement par le gouvernement français le 21 janvier 2013.

Notes

1. Au commencement, deux autres structures participaient au programme : le Comité d'aide médicale (Seine-St-Denis) et Sichem (Var). Elles n'ont pu mener leur action de médiation à terme par défaut de financement.

2. Direction générale de la Santé (DGS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Direction de la Sécurité sociale (DSS), Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS), 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 d'Ile-de-France, du Nord-Pas-de-Calais et des Pays de la Loire, Conseil régionaux d'Ile-de-France et des Pays de la Loire, Conseils régionaux impliqués localement dans les projets, deux chercheurs (INSERM et IRIS), CCFD-Terre solidaire, CNDH Romeurope, Associations porteuses du projet au niveau national et au niveau local.

3. Les associations porteuses des projets au niveau local ont mis en place des comités bi-annuels réunissant les structures de santé et les services institutionnels sollicités dans le cadre des actions de médiation, sur les différents territoires. Ces derniers ont ainsi eu 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.