

D.U. Santé, Maladie, Soins, Médiation
et Cultures

**Les enjeux de la médiation sanitaire
auprès des Roms en bidonville**



Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction | 3 |
| I. Le programme national de médiation sanitaire | 6 |
| A. À l'origine du projet : une préoccupation de santé publique | 6 |
| B. La médiation sociale et culturelle : un cadre de référence pour la médiation sanitaire | 9 |
| C. Les enjeux du programme national de médiation sanitaire | 12 |
| II. Les enjeux psychiques de la relation du médiateur avec son public | 17 |
| A. L'empathie à l'écoute du <i>Illness</i> : de la nécessité au débordement..... | 17 |
| B. Des dispositifs existants essentiels mais insuffisants au regard des exigences du métier | 23 |
| III. Le médiateur et l'institution : des liens complexes..... | 30 |
| A. Médiateur, interprète, traducteur : des contours flous et des difficultés de posture vis- à-vis des soignants | 30 |
| B. Les représentations des institutions et des soignants sur le public : difficultés et enjeux majeurs..... | 32 |
| Conclusion | 40 |
| Bibliographie | 43 |
| Annexes | 45 |
| Annexe I : Qui sont les Roms ? | 45 |
| Annexe II : Les conditions de vie en bidonville | 48 |
| Annexe III : Les difficultés d'accès au marché du travail et aux droits sociaux | 51 |
| Annexe IV : Charte de référence de la médiation sociale | 54 |

Introduction

La France a connu tout au long du XX^e siècle des installations successives de populations rroms originaires des Pays d'Europe centrale et orientale. Après la chute des régimes communistes dans les années 1990, des migrations plus importantes sont observées en provenance d'ex-Yougoslavie, de Roumanie et, dans une moindre mesure, de Bulgarie. Ces déplacements correspondent, pour l'essentiel, à une migration économique liée à une dégradation et une disparité du niveau de vie dans les pays d'Europe de l'Est souvent accentuées, dans le cas des populations rroms, par un phénomène de ségrégation. La complexité et la diversité de ce phénomène migratoire est donc à souligner. Le projet migratoire de chacun est dans tous les cas à considérer singulièrement, qu'il s'agisse de capitaliser quelques ressources sur une période plus ou moins courte en vue d'améliorer le quotidien au pays ou d'entamer un parcours d'installation en France tout en conservant des attaches plus ou moins fortes dans sa région de départ¹.

Pour nos gouvernants ainsi que pour une bonne partie de l'opinion publique, les Rroms ne sont pas des migrants comme les autres. Dans les représentations collectives, il ne s'agirait pas de travailleurs étrangers pauvres mais de « nomades », « de gens du voyage de l'Est » qui construisent de manière abusives des campements où trafics, voire activités mafieuses, se déroulent en toute impunité. Depuis les années 1990, les migrants issus de la communauté rom subissent les effets de stéréotypes véhiculés tant dans les discours politiques que médiatiques.

En réalité, la migration de ces familles ne traduit en rien un mode de vie itinérant. Leurs déplacements en France sont le plus souvent la conséquence d'évacuations récurrentes des campements par les forces de l'ordre à la demande des services de la préfecture. Les retours réguliers en Roumanie, pour certains, permettent de maintenir les liens familiaux, de se ressourcer à l'occasion par exemple de fêtes de famille, d'un mariage, etc. Certains retours peuvent aussi révéler le choix d'une migration pendulaire entre la France et la Roumanie pour améliorer leur niveau de vie. Pour d'autres, il peut constituer une stratégie pour faire face aux conséquences

¹ <http://www.mediation-san>

des évacuations de terrains. Enfin, certains retours peuvent être contraints, résultant d'une obligation à quitter le territoire français (OQTF).

Les acteurs de terrain ont fait le constat d'un état de santé très préoccupant des populations roms migrantes du fait de la précarité de leurs conditions de vie. Les difficultés d'accès à l'Assurance maladie, le manque d'information sur le système de santé, le manque d'éducation à la santé, la barrière de la langue, les ruptures de soins, ainsi que le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes sont autant d'obstacles à l'accès à la santé de ces personnes en France². 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 fréquents à l'avortement, très faible couverture vaccinale et très peu de suivi médical des enfants³.

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. En 2008-2009, avec le soutien du Ministère de la Santé, le collectif a décidé d'élaborer un programme expérimental de médiation sanitaire auprès des femmes et jeunes enfants roms vivant en squat et en bidonville. Depuis 2010, le programme est coordonné au niveau national par l'ASAV⁴, en copilotage avec la Direction générale de la Santé et avec le soutien méthodologique de l'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

² Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire : de l'expérimentation à la généralisation. *Études Tsiganes*, 2014 ; 52-53 :181-189

³ *Ibid.*

⁴ Membre fondateur du collectif Romeurope, l'ASAV, l'Association pour l'Accueil des Voyageurs, est une association créée en 1990 qui a pour objet d'animer, coordonner et impulser toute action dont l'objectif est de favoriser l'accueil et la meilleure insertion des Roms et Gens du Voyage, dans le respect de leur culture et de leur mode de vie. Elle est également membre de la Fnasat-Gens du voyage.

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. Le travail de médiation sanitaire auprès de ce public confronte le médiateur à des contraintes singulières qui peuvent, si elles ne sont pas prises en compte, avoir des répercussions sur son équilibre psychique. Des phénomènes d'usure professionnelle sont alors susceptibles d'enrayer la dynamique impulsée par le projet auprès des populations marginalisée et en grande précarité.

L'objet de ce mémoire sera donc de réfléchir aux enjeux de la médiation sanitaire au regard des difficultés inhérentes à la posture du médiateur. Dans une première partie, nous décrirons le contexte dans lequel la médiation sanitaire est née, son cadre de référence et le programme tel qu'il a été conçu. Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons aux enjeux psychiques de la relation du médiateur avec son public. Enfin, la troisième partie abordera la question de la complexité des liens entre le médiateur et l'institution.

La méthodologie de recueil de données a reposé sur :

- ✓ Des observations de terrains et des entretiens formels et informels avec des médiateurs sanitaires travaillant dans une ONG
- ✓ Des échanges informels avec des personnes issues de la communauté rom vivant en bidonville
- ✓ Des rencontres avec des professionnels et des acteurs de terrain
- ✓ Une étude documentaire

I. Le programme national de médiation sanitaire

A. À l'origine du projet : une préoccupation de santé publique

Il n'y a pas de pathologies spécifiques aux Rroms. Toutes les pathologies rencontrées sont la conséquence des conditions de vie⁵ et d'accès aux soins en France et dans leurs pays d'origine : forte incidence de la tuberculose, des pathologies infectieuses, respiratoires, psychologiques, des accidents domestiques, saturnisme, des problèmes de santé liés aux habitudes de vie (dentaires, maladies métaboliques, etc.).⁶

À ses débuts, le projet du programme national de médiation sanitaire s'est concentré en priorité sur la santé maternelle et infantile (femmes et jeunes enfants de 0 à 6 ans). Les indicateurs de santé pour cette population étaient particulièrement alarmants :

- L'âge moyen de la première grossesse était de 17 ans⁷.
- 8,3 % seulement des femmes enceintes rencontrées par Médecins du Monde en 2007 étaient suivies pour leur grossesse⁸.
- 10 % seulement des femmes utilisaient un moyen de contraception⁹.
- 43,3 % des femmes avaient déjà avorté à seulement 22 ans d'âge moyen. Le nombre moyen d'IVG par femme était de 1,3 (soit un taux de 130 %) et de 3,3 (soit 330 %) pour celles ayant déjà subi au moins une IVG. En l'occurrence, le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences graves sur la santé des femmes telles que des hémorragies, des infections, la stérilité et des fausses-couches à répétition.
- Les femmes ont eu en moyenne quatre grossesses dont seulement la moitié a abouti à la naissance d'un enfant vivant (risques liés aux grossesses précoces, faible suivi des grossesses, fausses couches et IVG).

⁵ Voir Annexe II.

⁶ Areas, Asav, Comité d'Aide Médicale, Médecins du Monde, Sichem. Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ? Études Tsiganes, 2009 ; 41-42 : 72-87.

⁷ Médecins du Monde, mission périnatalité, Médecins du Monde auprès des femmes roms, Rapport, mars 2008.

⁸ Op. cit. note 7

⁹ Op. cit. note 7

- Très peu d'enfants bénéficiaient d'un suivi médical et la couverture vaccinale était très faible : 18 % des enfants de moins de 7 ans étaient vaccinés contre le tétanos et à peine 6 % contre l'hépatite B. Aucun enfant ne bénéficiait de suppléments vitaminiques, alors que les carences nutritionnelles étaient avérées ; peu d'enfants bénéficiaient de surveillance des paramètres de leur croissance, de leur développement psychomoteur ou de leur état buccodentaire.

Par ailleurs, ces données révélaient en amont une série d'obstacles à l'accès aux soins, que rencontrent habituellement les populations récemment immigrées :

Des difficultés administratives qui génèrent des retards ou des refus d'ouverture des droits à la couverture maladie.

Concernant les Roms migrants, dans la majorité des cas, ceux-ci relèvent, depuis la circulaire du 23 novembre 2007, de l'Aide Médicale d'État (AME)¹⁰. Afin de pouvoir bénéficier de l'AME, les personnes doivent être en capacité de fournir une domiciliation administrative et une preuve de présence de plus de trois mois et de moins d'un an sur le territoire français. La domiciliation est un élément incontournable pour l'obtention d'une couverture sociale et, en règle générale, pour l'insertion des Roms dans le droit commun. Or, les structures domiciliantes se raréfient ou sont saturées. Les difficultés rencontrées dans l'obtention d'une domiciliation administrative représentent donc un frein très important dans l'accès au droit à la santé des Roms migrants.

Une méconnaissance des structures de soins, des problèmes de compréhension liés à la barrière de la langue et aux représentations culturelles.

La majorité des Roms migrants ne sont pas francophones. Il est encore trop rare que les structures médicales concernées par l'accueil de patients roumains recourent à un interprétariat professionnel ou prennent l'habitude de contacter l'association ISM-Interprétariat.

¹⁰ Ce dispositif, créé en 2000, dont l'application est immédiate pour les mineurs, permet après trois mois de présence sur le territoire français, aux ressortissants communautaires inactifs en situation irrégulière d'avoir accès aux soins.

Le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes contribue à la construction de préjugés sur cette population et, en ce sens, enrayer le processus d'accès aux soins. Les sources d'incompréhension entre les professionnels de santé et les Roms sont multiples. Au premier chef, les absences aux rendez-vous, le manque de ponctualité, la difficulté à respecter les horaires de manière générale sont très mal acceptés. Par ailleurs, le fait habituel pour beaucoup de familles roms de se rendre en groupe aux consultations médicales peut déranger voire inquiéter les professionnels.

Aussi, l'intolérance face à des comportements ou situations objectives, peut être sous-tendue par un ensemble de préjugés exprimés parfois ouvertement : les jugements habituels répandus dans la population se répercutent en sorte que, là comme ailleurs, les Roms sont associés à la mendicité avec enfant, la petite délinquance, les réseaux mafieux, etc. L'absence d'information sur les déterminants culturels de leurs comportements en matière de santé peut avoir des conséquences directes sur leur prise en charge médicale. Mais les incompréhensions partent aussi et surtout d'une méconnaissance de leurs conditions de vie. Par exemple, le manque d'hygiène est souvent considéré sans indulgence. De même, l'irrégularité du suivi médical ou l'absence de carnet de vaccination bousculent les pratiques des professionnels au regard de la culture du système de soins en France.

La précarité des conditions de vie en France dans les squats et les bidonvilles conduit à reléguer la santé au dernier plan des priorités, derrière les préoccupations liées à la survie quotidienne

Les conditions de vie des Roms migrants vivant en bidonville les contraignent à adopter des stratégies de survie au quotidien pour répondre au manque de tout : chercher de l'eau en l'absence d'accès à l'eau, réparer les habitats précaires exposés aux intempéries, récupérer des produits dans les rejets des marchés et des supermarchés pour se nourrir, etc. Dans ce contexte, se soigner n'est le plus souvent pas la priorité pour ce public en grande précarité.

Le manque d'information des Roms sur le fonctionnement du système de santé est également un frein

Dans les pays d'émigration des Roms, bien que la législation permette théoriquement un accès aux soins pour les plus démunis, son effectivité est loin

d'être une réalité. En Roumanie, la pratique de paiements non officiels et en liquide reste une contrainte pour pouvoir être soigné. Les sommes demandées peuvent ne pas être importantes, mais restent hors de portée des familles rroms, généralement pauvres. En outre, facteur fondamental dans la protection de la santé, ces familles n'ont eu aucun accès à la moindre éducation sanitaire. Il s'ensuit que les familles arrivent en France avec un retard de soins et des pathologies qui se sont aggravées et dans certains cas, la maladie et le besoin de soins sont encore la principale cause de migration.

D'une part, les populations en situation de grande précarité et d'exclusion n'ont très souvent aucune connaissance de leurs droits et du fonctionnement de l'Aide médicale d'État (AME). Les démarches administratives sont nombreuses, complexes et difficilement accessibles pour des personnes ne parlant pas la langue nationale et ne maîtrisant pas les rouages du système administratif français. L'ouverture des droits est de plus souvent retardée, du fait de la difficile coordination des régimes de Sécurité sociale au sein de l'UE. D'autre part, les codes et usages au sein des structures de santé sont bien souvent incompris, le système de santé étant très différent de celui du pays d'origine, les personnes n'envisagent pas qu'elles puissent avoir accès à certains soins et traitements remboursés avec tiers payant, ce qui peut conduire à des pratiques d'automédication.

Les évacuations régulières aboutissent à des ruptures de soins.

Dans le cas des Rroms migrants, des repères sont d'autant plus difficiles à construire que les expulsions sont fréquentes. L'instabilité et les expulsions multiples des lieux de vie ne facilitent pas l'accès à un réseau sanitaire de proximité. En d'autres termes, chaque changement de lieu de vie provoque la rupture du suivi médical ainsi que des liens difficilement établis avec les partenaires associatifs et institutionnels pour l'accès aux soins. Enfin, les reconduites à la frontière de personnes malades, parfois gravement, sont un fait courant.

B. La médiation sociale et culturelle : un cadre de référence pour la médiation sanitaire

L'origine de la médiation remonte à des pratiques anciennes, répandues dans de nombreuses cultures. Des exemples illustrant la pratique de la médiation peuvent

être cités à toutes les époques, dans le monde entier. Il s'agit ainsi d'une tradition ancestrale qui se pratique sur plusieurs continents tels que l'Afrique avec l'art de la palabre ou encore l'Asie où le Confucianisme est empreint de cette philosophie. En effet, le recours aux voisins, aux amis, aux chefs de famille, aux curés ou aux « anciens », pour résoudre des problèmes sociaux ou régler des conflits à l'amiable, a toujours constitué un préalable quasi obligatoire dans les us et coutumes, avant tout recours aux instances dirigeantes ou judiciaires. Les médiations les plus anciennes étaient ainsi réalisées « à l'intérieur du lignage ou du village » et prenaient en compte les intérêts de la communauté¹¹.

En France, la médiation sociale et culturelle naît dans un contexte particulier de crise économique autour des années 1975 avec la crise pétrolière qui marque la fin des « Trente glorieuses ». Quelques années plus tard, les lois de décentralisation sont votées : elles modifient l'ensemble du contexte institutionnel avec le transfert des compétences de l'action sociale vers les départements. Par ailleurs, les réformes successives liées à l'habitat depuis 1975 ont pour effet de rassembler majoritairement dans les quartiers d'habitat social les populations les plus en difficulté, premières frappées par le chômage, et notamment les populations immigrées¹².

C'est dans ce contexte que sont apparus de « nouveaux acteurs » sociaux issus de ces mêmes territoires. Leur mission était de faire le lien entre les personnes vivant sur les territoires et le système de droit commun.

L'expérience des « femmes-relais » en atteste. Ces femmes se sont organisées spontanément, d'abord individuellement, puis en association, pour accompagner leurs voisines dans leurs démarches à la PMI, au service social ou encore à la Préfecture. Elles s'appuyaient sur leur expérience personnelle et sur leur connaissance des modes de vie des populations auprès desquelles elles intervenaient. C'est cette proximité des « femmes-relais », médiatrices avec les familles, qui a rendu le travail possible notamment par une traduction culturelle entre des personnes et des univers sociaux éloignés ayant des difficultés à se comprendre et donc à se parler. Leur rôle ne se limitait pas seulement à assurer une traduction

¹¹ <http://www.francemediation.fr/orki/view/197/historique-de-la-mediation-sociale.html>

¹² Ibid.

linguistique, comme dans un travail d'interprétariat, mais bien de faire le lien entre les mondes¹³. La loi de 1981 et le développement du tissu associatif dans les zones dites « sensibles » ont propagé ces pratiques de médiation sociale et interculturelle, essentiellement portées par ces femmes immigrées venues en France dans le cadre du regroupement familial. Très souvent analphabètes, accoutumées à un mode de vie traditionnel, ces femmes travaillaient de manière bénévole et sans formation au métier de médiateur. Par ailleurs, il s'agissait à l'époque d'une fonction très ethnicisée.

Depuis le début des années 2000, un mouvement de professionnalisation de la médiation sociale et culturelle s'est constitué. Il a bénéficié du soutien de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV), du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT), de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGAS) et de l'Acisé qui ont posé les jalons nécessaires à cette dynamique d'ensemble. Un important travail de définition des fonctions, de la posture et des objectifs a été réalisé et est à la disposition des acteurs associatifs qui souhaitent développer des pratiques relevant de la médiation. Lors du séminaire européen organisé en 2000 à Créteil par la DIV, 43 experts de 12 pays européens se sont accordés sur une définition commune de la médiation sociale. C'est à cette définition que se réfère la Charte de référence de la médiation sociale, adoptée par le comité interministériel des villes le 1^{er} octobre 2001 : « *La médiation sociale est définie comme un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose.* »¹⁴

Cette Charte¹⁵ rend compte de six principes généraux précisant ainsi le cadre d'intervention des médiateurs sociaux :

✓ La neutralité et l'impartialité

¹³ Larchanché S, Sargent C. Sur les pas de l'anthropologie médicale clinique en France : la maturation d'une approche sur la place de la clinique dans les soins de santé mentale. Transfaire & Cultures, Revue d'Anthropologie médicale clinique, 2009 ; 1 : 100-107.

¹⁴ Charte de la médiation sociale et culturelle, document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1^{er} octobre 2001.

¹⁵ Voir annexe I.

- ✓ La négociation et le dialogue
- ✓ Le libre consentement et la participation des habitants
- ✓ La mobilisation des institutions
- ✓ La protection des droits et des personnes
- ✓ Le respect des droits fondamentaux

En 2000, dans le champ de la santé, des expériences spécifiques ont été menées, notamment à la suite d'une formation pilote mise en œuvre par l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaine (IMEA). Le terme de « *médiateur de santé publique* » a été alors utilisé pour désigner « *des personnes œuvrant à l'interface entre le système de santé et les populations présentant des difficultés particulières dans l'accès à la prévention et aux soins.* »¹⁶

Les associations du collectif Romeurope, au cours de la réflexion qui a précédé l'élaboration de ce projet de médiation santé en direction de populations migrantes en squat ou bidonville, ont donc essayé d'intégrer au mieux les enseignements d'expériences déjà nombreuses, en France comme dans les pays d'origine, tout en anticipant les difficultés propres à ce contexte d'intervention spécifique.

C. Les enjeux du programme national de médiation sanitaire

Le projet du programme national de médiation sanitaire s'inscrit dans une démarche expérimentale où le processus d'évaluation tient une place centrale. Ce processus doit aboutir à confirmer ou infirmer la pertinence de l'approche développée. Le programme a donc un double objectif :

- Développer des actions de médiation sanitaire auprès de femmes roms et de leurs jeunes enfants vivant en squat ou en bidonville, 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

¹⁶ Areas, Asav, Comité d'Aide Médicale, Médecins du Monde, Sichem. Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ? Études Tsiganes, 2009 : 41-42 et 72-87.

des publics rroms migrants et plus largement de tous les publics en situation de grande précarité et vulnérabilité.

La phase expérimentale du programme s'est déroulée en 2011 et 2012, après une année consacrée à réunir les conditions nécessaires à sa mise en œuvre. Pendant deux ans, trois associations locales ont mis en place des actions de médiation sanitaire auprès d'environ 150 femmes rroms 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'ASAV dans le Val d'Oise et à Bobigny en Seine-Saint-Denis. Chaque médiateur a suivi une quinzaine de foyers.

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

- En direction du public ciblé afin de 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 afin de mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance des populations rroms 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 afin de réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique.

En 2010, à Bobigny, indépendamment des axes communs d'intervention, un médiateur 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.¹⁷

En tant que coordination nationale, l'ASAV s'attache 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 assure également 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. Par ailleurs, un comité constitué de représentants d'institutions nationales, des bailleurs nationaux et locaux, de chercheurs et des associations partenaires est mis en place pour suivre et piloter le programme¹⁸.

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. La posture de l'ASAV est en effet de privilégier, à travers le recrutement et la formation des professionnels, des atouts qui relèvent davantage de la connaissance et de la compétence que de l'appartenance à la communauté. Ce choix s'enracine dans le refus de toute forme de partialité voire de compatibilité (notamment en cas de tensions entre groupes/familles) du médiateur vis-à-vis du public qu'il accompagne.¹⁹

L'idée est que le médiateur puisse développer sa « réputation » à l'échelle du groupe familial et au-delà. Ce processus de légitimation passe par une reconnaissance de l'efficacité de son action par les personnes en question qui pourront relayer

¹⁷ Ibid.

¹⁸ 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.

¹⁹ Ibid. note 16

l'information. Ce travail de légitimation va être déterminant dans la construction d'un lien de confiance entre le médiateur et les personnes qu'il accompagne.

Le programme de médiation sanitaire 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 initiale et continue en fonction du développement de leur activité et adaptés à leurs besoins sur le terrain.

À leur entrée en poste, les médiateurs bénéficient en effet d'une formation initiale d'une semaine portant sur le cadre déontologique et technique de la médiation. Cette formation apporte des éléments de compréhension ethnologiques et sociologiques sur les Rroms migrants, des informations sur le statut administratif et social des personnes et des connaissances de base en santé publique. Ces formations ont ainsi pour objectifs de permettre aux médiateurs :

- d'être capables de s'appuyer sur une méthodologie pour conduire un entretien de médiation, de poser le cadre déontologique de leur intervention et d'inscrire celle-ci au sein du programme national.
- de disposer de clés de compréhension ethnologiques et sociologiques sur le fonctionnement des communautés rroms d'Europe de l'Est en situation de migration ainsi que sur l'organisation des bidonvilles/squats.
- de maîtriser l'organisation du système de santé en France, ainsi que le statut administratif spécifique des ressortissants communautaires au regard du droit au séjour et de la couverture maladie.
- d'être capables 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 en squats/bidonvilles).

En complément, des journées de formation sont organisées en cours d'année, abordant par exemple l'éducation thérapeutique et la santé mentale des publics précaires.

En dehors des formations, les médiateurs échangent régulièrement sur leurs pratiques, leurs questionnements et leurs difficultés à l'occasion de journées organisées et animées par une psychologue du travail. Par ailleurs, les médiateurs sont intégrés dans des équipes pluridisciplinaires et/ou ils travaillent en lien avec le réseau local : ils peuvent ainsi relayer les demandes des familles ne concernant pas le champ de la santé.

Les actions des médiateurs sont encadrées par les responsables des associations. Ces derniers soutiennent les médiateurs dans leur travail avec les différents partenaires : présentation du projet et du médiateur, organisation des comités de suivi locaux réunissant les acteurs de santé concernés, intervention auprès des Caisses primaires d'Assurance maladie pour débloquer les dossiers de demande d'Aide médicale d'Etat (AME).

Les médiateurs peuvent aussi bénéficier 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 Roms migrants. Les médiateurs sanitaires ont ainsi pour principales missions de :

- Favoriser l'ouverture et la continuité des droits à la couverture maladie par l'information sur les structures de santé, l'orientation, l'accompagnement physique, la prise de rendez-vous avec les professionnels des structures du droit commun. Les médiateurs sanitaires sont amenés à faire des animations collectives dans les bidonvilles et à diffuser des outils de prévention traduits.
- Renforcer la capacité des Roms migrants à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes ou leur famille : connaissance du système de santé, des droits, etc.
- 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, etc.
- Recueillir les informations permettant 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, etc.

II. Les enjeux psychiques de la relation du médiateur avec son public

Le métier de médiateur confronte à des exigences psychiques importantes qui tiennent autant au métier qu'aux contraintes liées à l'organisation du travail déterminée par le fonctionnement institutionnel des structures. Cette partie s'intéressera aux difficultés propres au métier. Nous n'aborderons pas l'aspect organisationnel qui nécessiterait un travail plus approfondi.

A. L'empathie à l'écoute du *Illness* : de la nécessité au débordement

La grande précarité des situations dans lesquelles se trouvent les familles roms en situation de migration pose la question de la délimitation du champ d'intervention du médiateur sanitaire. En effet, quelle que soit la population concernée, la santé est nécessairement à considérer dans une approche intégrée et donc systémique dans ses composantes somatique, sociale et psychique. Ainsi, le travail de médiation sanitaire ne peut avoir de sens pour les personnes, comme pour les médiateurs, que dans la mesure où l'action s'inscrit dans une démarche globale d'accompagnement dans d'autres registres que l'accès aux soins : aide à la scolarisation des enfants, habitat, ressources, domiciliation, insertion sociale et professionnelle, prise en charge de la souffrance sociale et (à supprimer) psychique, etc. Bien évidemment, cette démarche globale ne peut être assumée par le médiateur seul et des relais sont nécessaires. Le travail en partenariat avec le réseau local est donc fondamental.

Pour autant, la clinique révèle que ce réseau n'apparaît pas suffisant pour faire face aux exigences du métier de médiateur dans ce contexte d'intervention. En effet, malgré ce travail de partenariat, le médiateur rencontre régulièrement des difficultés à respecter son périmètre d'action. Cette situation peut produire des effets non négligeables sur son équilibre psychique voire sur sa santé mentale et *in fine* sur la qualité du travail auprès des personnes qu'il accompagne.

Le médiateur sanitaire est bien souvent le premier interlocuteur institutionnel pour les migrants roms qui vivent en périphérie de la Cité. Au-delà des déterminants sociaux de la santé, les déterminants sociétaux du *sickness*²⁰ sont à l'origine d'une souffrance sociale importante chez ce public :

« Ici en France, nous les Roms, on est moins que des chiens. Même en Roumanie on est mieux traités... »

« En France les Roms sont considérés comme des nuisibles, des rats. »

Beaucoup de Roms migrants souffrent d'un sentiment de discrimination important. Lorsqu'il intervient sur leurs lieux de vie dans le cadre des maraudes, le médiateur est la plupart du temps seul et il doit être à l'écoute de cette part de *illness*, cette expérience subjective de la souffrance²¹, exprimée par les Roms migrants.

En fait, hormis les situations d'urgence sanitaire, les questions liées à la santé appartiennent au registre de l'intimité du corps et les personnes ne se livrent pas facilement. Il est donc nécessaire de créer au préalable un lien de confiance. L'usage direct de la langue commune, la langue maternelle, va contribuer fortement à créer les conditions de cette confiance. Par ailleurs, la posture de *proximité* nécessaire au travail social dans le champ de la clinique de la précarité est aussi déterminante²².

Ce rapprochement dont parle Pascale Jamouille, renvoie à des « compétences relationnelles, sociales et transculturelles » nécessitant de « s'impliquer activement

²⁰ Larchanché S, Sargent C, Bourdin M-J. Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique. *Transfaire & Culture, Revue d'anthropologie médicale clinique*, 2010 ; 3 : 11-22

²¹ Bennegadi R. Anthropologie médicale clinique et santé mentale des migrants en France. *Médecine Tropicale, Revue française de pathologie et de santé publique*, 1996 ; 56 (4 bis) : 445-452.

²² Jamouille P. La proximité. *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, pp : 83-97, Paris ; Masson ; 2008.

dans la relation, de travailler *avec* et *au plus près* de la personne, de se rapprocher de ses préoccupations et du regard qu'il porte sur le monde. »²³ Pour ce faire, les médiateurs sanitaires doivent développer une écoute active et des capacités d'empathie afin de s'adapter aux préoccupations et sensibilités des personnes.

Cette posture de *proximité* pourrait s'apparenter à la notion de *compétence culturelle* en anthropologie médicale clinique. Dans cette discipline, la *compétence culturelle* du médiateur repose sur la possibilité pour le médiateur de se décentrer de ses représentations culturelles pour s'ouvrir au monde de l'autre. Le médiateur culturel doit être en mesure de se défaire de sa propre culture pour entrer dans le système de représentation de l'autre. C'est l'*empathie* qui va offrir les conditions de ce *décentrage*, de cette mise à distance des jugements et des préjugés sur l'autre.

Si l'écoute et l'empathie sont fondamentales pour tisser des liens de confiance avec les personnes, l'écoute de certains récits de vie exprimés par les personnes rencontrées dans les bidonvilles peuvent singulièrement affecter le médiateur. Les demandes latentes ou manifestes qui en découlent peuvent confronter parfois le médiateur à un profond sentiment d'impuissance face à l'invasion du *sickness* dans les préoccupations des personnes :

« Parfois on se demande quel sens cela a d'animer des ateliers sur la santé bucco-dentaire sur les bidonvilles quand on voit qu'ils n'ont même pas d'eau pour se laver les dents... »

En l'occurrence, comme nous l'avons vu dans la première partie, la précarité des conditions de vie sur les squats et bidonvilles conduit les personnes à reléguer la santé au dernier plan des priorités, derrière les préoccupations liées à la survie quotidienne. Les médiateurs sont alors confrontés bien souvent à des demandes auxquels ils ne peuvent pas répondre.

Vignette clinique n°1 :

En février 2016, j'accompagne Irina, médiatrice sanitaire sur l'une de ses maraudes à Saint-Ouen. Nous rencontrons Mijuna, une jeune femme de 28 ans d'origine roumaine et issue de la communauté rrom. Mijuna nous invite à entrer

²³ *Ibid.*

dans une « baraque » où se trouvent une autre femme et un enfant en bas âge. La jeune femme nous explique que des agents de police sont venus la veille les prévenir que si le terrain n'était pas équipé de conteneurs pour les ordures d'ici deux jours, ils procéderaient alors à son évacuation. Mijuna est très inquiète, elle ne dort plus : « *Ici tout le monde est inquiet* ». Elle est seule sur le bidonville avec son fils, Florin, âgé de 8 ans. Mijuna est arrivée en France avec son mari et son enfant en 2013 mais, depuis un an et demi, son mari est en « prison pour vol de ferraille ». Jusqu'en septembre 2015, elle touchait une aide du Conseil Général de 300 euros par mois. Aujourd'hui elle ne touche plus rien et n'a aucune ressource financière. Elle nous explique que son fils souffre d'épilepsie et fait des crises régulièrement pendant la journée. Il est suivi à l'hôpital Delafontaine de Saint Denis et a un traitement antiépileptique. Elle n'a pas l'AME mais bénéficie d'un PASS médical. La maladie de Florin ne lui permet pas d'aller faire la manche et elle ne peut pas non plus demander à quelqu'un de la dépanner sur le bidonville car « *les crises de Florin font peur aux autres* ». Or, pour une femme seule comme Mijuna, éloignée des institutions du droit commun, le seul moyen de survie est la manche ou bien la prostitution. Lorsqu'Irina lui demande si elle peut compter sur la solidarité des habitants du bidonville, elle répond par l'affirmative mais avoue avoir honte de « *demander de l'aide chaque jour* ».

Puis, Mijuna nous demande d'intervenir pour éviter l'évacuation. Florin fait des cauchemars à répétition depuis la dernière évacuation du camp de Saint-Denis où ils étaient précédemment. Il refuse également de s'alimenter depuis qu'il a été malade suite à un repas mangé au Restaurant du Cœur. Irina discute en roumain avec Florin, elle le fait rire. Un peu plus tard dans la conversation, après que nous lui ayons demandé si Florin allait voir son père en prison, Mijuna nous répond par la négative en expliquant que Florin a développé une peur phobique de l'uniforme policier depuis la dernière évacuation mais « *il lui parle un peu au téléphone* ».

Après plusieurs heures passées sur le bidonville à rencontrer d'autres familles, nous sortons épuisées et partageons nos ressentis. Un sentiment d'impuissance commun nous envahit toutes les deux. Et ce d'autant que nous apprenons quelques heures plus tard par une médiatrice sanitaire d'une autre

ONG que la mairie de la ville refuse de doter le terrain de conteneurs pour les ordures malgré un courrier envoyé il y a quelques mois. La décision est donc politique et il n'est rien que nous puissions faire.

La question qui se pose pour nous est celle-ci : Quel sens la médiation sanitaire peut-elle revêtir lorsque l'on sait que dans deux jours ces personnes devront une nouvelle fois subir la violence des évacuations policières ? Que faire face à un tel impensé institutionnel ? Lorsque les logiques de deux institutions de l'État de droit en France sont à ce point en contradiction...]

L'accompagnement social inhérent au métier de médiateur sanitaire -présence, écoute, empathie, accompagnement physique dans les structures de soins, informations aux familles, démarches administratives- génère une dépendance des personnes vis-à-vis des médiateurs. Dans ce contexte, la figure du médiateur est très souvent identifiée à celle du sauveur, la seule personne-ressource. Ce sentiment d'indispensabilité peut pousser le médiateur à sortir de son périmètre d'action et à se surinvestir professionnellement pour tenter de répondre seul à une multitude de demandes et de besoins. Deux médiatrices confient se sentir souvent débordées par les demandes des personnes autant que par leur engagement auprès d'elles :

« On a des appels le soir, le week-end, pendant les vacances... On a du mal à couper le téléphone pendant les repos et les congés parce qu'ils n'ont que nous et il faut qu'on soit là... »

« Il m'est arrivé de faire des accompagnements pendant mes congés d'été. »

Cette place de « toute puissance » comporte un danger pour l'équilibre somatopsychique du médiateur. Dans ce métier, l'engagement professionnel se confond souvent avec l'engagement personnel. En outre, si les représentations culturelles du métier sont fondées sur une culture professionnelle de l'engagement militant, alors les difficultés rencontrées dans le travail risquent d'être interprétées par soi et par les autres (bénéficiaires, collègues, hiérarchie) essentiellement comme « des défaillances personnelles », comme un écart « inadmissible » à l'Idéal.²⁴ Ce

²⁴ Amado G, Lhuillier D. L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique. *Bulletin de psychologie*, 2012 ; 519 : 263-276.

type de situation peut conduire, dans certains cas, à limiter le soutien attendu par les pairs ou la hiérarchie.

Enfin, la dépendance des personnes accompagnées vis-à-vis du médiateur peut entrer en contradiction avec sa mission première : l'autonomie des personnes. Cette situation peut placer le médiateur dans un système d'injonctions contradictoires entre ce qu'on attend de lui et le réel de son activité.

Le nombre de terrains et de personnes à accompagner, associé à la mobilité des migrants sur les bidonvilles (évacuations, aller-retour en Roumanie, etc.), sont également des facteurs de vulnérabilité psychique car la capacité d'empathie n'est pas une ressource inépuisable. Le turn-over dans la profession est important et il arrive fréquemment qu'aucune transmission/passation ne soit faite entre le nouveau médiateur et celui qui part. Or, ce transfert de compétences participe à la formation du médiateur et participe au sentiment de protection dévolu au cadre de travail.

Ce surinvestissement du médiateur peut également être assimilé à une *stratégie de défense* psychologique contre la souffrance liée à l'altération du sens du travail parfois ressenti. Dans ce cas il s'agit de ce que Christophe Dejours nomme « l'activisme professionnel ».²⁵ Nous savons par exemple que les évacuations des terrains par les forces de l'ordre entraînent quasiment systématiquement des ruptures de soins. Devoir reconstruire ce que l'on a passé des mois à bâtir peut participer à l'usure professionnelle des médiateurs sanitaires.

Dans ce contexte, il est nécessaire que les médiateurs puissent trouver un cadre contenant et soutenant au sein duquel échanger sur les difficultés liées à leur métier et travailler la question de la posture professionnelle. Les groupes d'analyses de pratiques, dont bénéficient les médiateurs, une fois tous les deux mois, ont pour fonction d'offrir un tel cadre. Ce cadre les aide à « dédramatiser la responsabilité individuelle »²⁶ et à réarticuler la fonction au système global en introduisant du tiers pour médiatiser la dimension interpersonnelle avec les personnes qu'ils accompagnent.

²⁵ Dejours C. Activisme, compulsivité ou aliénation, *Travailler*, 2004, 11 : 25-40.

²⁶ Amado G, Lhuillier D. L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique. *Bulletin de psychologie*, 2012 ; 519 : 263-276.

B. Des dispositifs existants essentiels mais insuffisants au regard des exigences du métier

La richesse des échanges dans le cadre de l'analyse des pratiques, la formation continue et l'expérience de travail dans sa dimension relationnelle permettent d'engager un processus de *décentrage* nécessaire au développement de la *compétence culturelle* des médiateurs. Livia, une médiatrice explique avoir changé de point de vue sur la population rom depuis qu'elle exerce le métier :

« Je me rends compte que mon regard sur les Rroms a changé. En Roumanie, je pouvais être méchante avec eux. Vous savez, là-bas ils sont discriminés, les gens les insultent. Moi aussi il pouvait m'arriver de les insulter. Alors qu'en Roumanie ils ne peuvent pas travailler car ils ne sont pas acceptés. En France, j'ai découvert leur vrai visage et je me suis rendu compte que je n'avais pas de raison de penser ça. Ils sont comme nous en fait, il n'y a pas de différence, ce sont des êtres humains avec des problèmes, ils souffrent, ils pleurent, ils rient. J'ai aujourd'hui mieux compris leurs problèmes ».

Précisons que certains médiateurs roumanophones sont eux-mêmes des migrants économiques venus en France de Roumanie pour échapper à des conditions de vie difficiles :

« En Roumanie j'avais un travail d'assistante sociale. Une assistante sociale gagne 150 euros par mois alors qu'une femme de ménage gagne 1200 euros en France. Le SMIC en Roumanie est de 180 euros alors que quand j'y vivais mon loyer était de 200 euros. Moi je n'y arrivais pas là-bas même en étant diplômée ; donc pour les Rroms c'est impossible, le système roumain ne leur offre rien. »

Mais ce remaniement psychique prend du temps et peut être couteux. Quand je l'ai rencontrée, Irina m'a expliqué qu'elle se refusait à utiliser l'appellation « Rrom » lui préférant celle de « tsigane » car c'est ainsi que les personnes issues de cette communauté étaient appelées en Roumanie. En outre, à l'occasion d'une discussion avec Livia à propos de la langue parlée par les Rroms, le romani, elle s'est agacée du terme employé : *« Ce n'est pas le romani. Cette langue n'existe pas. Leur langue est le tsigane. »*

Mon insistance, en me référant aux travaux d'un ethnologue pour justifier mon propos, n'a bien évidemment pas eu d'autre effet que de renforcer la posture défensive de Livia. Il m'a fallu moi-même engager une réflexion pour me décentrer et enfin comprendre, dans l'après-coup, les ressorts de cette vexation pour adapter par la suite mon discours et mon attitude afin d'éviter de tomber dans le même écueil.

« Pendant longtemps, on disait que les tsiganes étaient des roumains or ce ne sont pas des roumains ».

Dans les années 1990, roumains et Rroms étaient bien souvent assimilés au même groupe d'appartenance et c'est à partir de cette période, semble-t-il, que les roumains ont commencé à souffrir des mêmes préjugés que ceux véhiculés sur les Rroms en Europe. Cette situation a sans doute eu des répercussions identitaires avec un sentiment de dévalorisation, voire de honte sociale, de certains roumains vis-à-vis de leur pays d'origine. C'est du moins ce qu'il m'a semblé entendre dans l'implicite de ces témoignages. A ce propos, ne pourrions-nous pas émettre l'hypothèse selon laquelle les discriminations dont sont aujourd'hui victimes les Rroms en Roumanie résulteraient pour partie de cette haine de soi projetée sur la figure de l'autre ?

« Mes parents et mes amis en Roumanie ne sont pas fiers de ce que je fais, ils ne comprennent pas pourquoi je travaille avec ces populations. Ils me disent que je ferais mieux de faire autre chose. Je sens que ma mère a honte de le dire aux voisins. Ça pèse. »

Enfin, ce changement de positionnement peut avoir des répercussions sur les relations sociales et familiales du médiateur. Pour Livia, la confrontation entre les croyances familiales et les enjeux de la médiation sanitaire dans l'exercice de son métier semble la conduire à un conflit de loyauté. Le conflit de loyauté peut aboutir à un sentiment de trahison vis-à-vis du groupe d'appartenance : *« Quand je suis en Roumanie, j'ai parfois honte de dire ce que je fais avec les Rroms en France. »*. L'écart entre la considération professionnelle en France et le jugement moral négatif du groupe d'appartenance en Roumanie est vulnérabilisant et peut conduire à une crise d'identité. Cette crise d'identité génère un « stress d'acculturation » (Berry,

1980 et 2000 ; Berry et Sabatier, 2010 ; Berry et Sam, 1997)²⁷. Le risque est celui de la décompensation psychopathologique si des ressources intrapsychiques et sociales ne sont pas mobilisables pour le médiateur en situation d'acculturation²⁸.

Concernant le cas de Livia, nous pourrions considérer que son travail, en mobilisant sa créativité et son intelligence relationnelle, a engagé un processus de sublimation qui l'a probablement aidé à dépasser l'anxiété inhérente au conflit de loyauté, au *stress d'acculturation*. Par ailleurs, les entretiens ont révélé l'existence de ressources psychologiques et sociales importantes chez la médiatrice : plasticité psychique, mécanismes de défense matures, relation amoureuse construite avec des projets d'avenir, amis français et intérêt pour la culture française sans désinvestissement de sa propre culture, retours réguliers en Roumanie, etc.

Néanmoins, malgré les dispositifs existants, le métier peut confronter à une charge émotionnelle que ces dispositifs seuls ne peuvent contenir.

Vignette clinique n°2 :

En plus des maraudes sur les bidonvilles, Irina tient des permanences au service social d'un hôpital de la région parisienne le mardi et le jeudi après-midi. Dans le cadre de ses permanences, la médiatrice intervient pour assurer l'interprétariat (français/roumain ou roumain/français) à la demande des différents soignants pour les patients d'origine roumaine hospitalisés ou en consultation externe. À l'hôpital, elle assure également un accompagnement, dans le cadre du parcours de soins des patients, à la mise en œuvre de leurs droits dans les situations complexes.

A l'occasion de l'une de ses permanences, Irina est sollicitée par une équipe médicale pour assurer l'interprétariat linguistique et culturel auprès d'un patient et de sa famille. Il s'agit d'une annonce de fin de vie d'un patient atteint d'un cancer incurable.

²⁷ Azzam A. Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2012 ; 2 (2) : 103-116.

²⁸ Paris C, Bourdin M-J, Bennegadi R. Le processus d'acculturation : fantasmes et réalités. *Transfaire & Cultures, Revue d'Anthropologie médicale clinique*, 2010 ; 2 : 10-19.

Monsieur V est un homme de 51 ans d'origine roumaine issu de la communauté rom qui souffre d'un cancer de la gorge pour lequel il a subi une opération. Alors qu'il est hospitalisé depuis dix jours, les examens révèlent une récurrence du cancer malgré l'opération. La chimiothérapie et la radiothérapie n'ont pas montré d'efficacité (*disease*). L'équipe médicale a organisé un « conseil de famille » pour faire un point sur la pathologie de Monsieur V, leur annoncer la nouvelle et tenter de trouver un consensus autour du projet de fin de vie.

Neuf membres de la famille de Mr P sont présents dans la salle de consultation : sa femme, sa fille, son fils accompagnés de leurs époux respectifs ainsi que de leurs enfants. Le Dr N, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs, est accompagné du Dr Y, chirurgien viscéral, Irina, une interne et moi-même.

Commentaire : *L'équipe médicale est formée à l'anthropologie médicale clinique. C'est le Dr N qui assurera la fonction de « médecin animateur » (Serge Bouznah).*

Le Dr N explique à la famille la situation et annonce que, malheureusement, Monsieur V ne guérira pas de son cancer. Irina assure l'interprétariat. La fille du patient demande à Irina pourquoi le Dr N dit cela alors que le cancer n'est pas « femelle » mais « mâle ». Irina assure l'interprétariat sans avoir besoin de traduire le sens caché des représentations de la maladie. Le Dr N explique que, même si le cancer est « mâle », celui-ci est trop important car situé à un endroit problématique, la gorge, qui sert à s'alimenter et à respirer.

Commentaire : *L'équipe médicale a une bonne connaissance des représentations culturelles du cancer au sein de cette famille. Le Dr N s'appuie sur la terminologie utilisée par la famille pour désigner les types de cancers et en connaît le sens caché. Le cancer « femelle » correspond au cancer métastatique car il « fait naître » d'autres cellules cancéreuses. Le cancer « mâle » reste localisé.*

Le Dr N ajoute que si Monsieur V subissait une nouvelle opération alors il perdrait sa voix et ne pourrait plus parler. L'opération ne changerait rien à l'évolution du cancer.

Commentaire : *Le Dr N explicite ici l'enjeu représenté pour tous : perdre sa voix signifierait ne plus pouvoir communiquer avec le monde extérieur.*

Plusieurs membres de la famille s'énervent, ne comprennent pas pourquoi rien n'est envisageable alors que le cancer n'est pas « femelle ». Il faut alors répéter, expliciter de nouveau, prendre ce temps nécessaire à l'annonce et à ses effets traumatiques sur chacun. Les accès de colère s'associent bientôt à des pleurs pour certains. Irina est prise dans ce tumulte émotionnel, elle reste très professionnelle et ne se laisse pas déborder par ses affects.

Un peu plus tard le binôme de médecins énoncera à la famille les trois possibilités envisageables concernant le projet de fin de vie :

- « rester à l'hôpital ». Le Dr N précise que dans ce cas la famille ne pourra pas être présente avec lui tout le temps.
- « un retour en caravane sur le campement ». Le Dr N s'interroge sur l'accès à l'électricité sur le terrain pour brancher l'aspirateur à mucosités. Il s'inquiète aussi du risque d'évacuation par la police. Une discussion commence. L'un des fils dit qu'il pourra trouver un générateur pour faire en sorte qu'il y ait de l'électricité dans la « *caravane du père* ». Puis, on parle des conditions dans lesquelles se passent les évacuations des terrains par les forces de l'ordre : « *Ils détruisent tout, ils s'en fichent de savoir si des gens sont malades.* »
- « un retour en Roumanie » qui est la solution privilégiée. Le médecin demande s'il reste de la famille en Roumanie et si Monsieur V a une maison dans laquelle il pourrait résider avec un coin de nature à proximité. La famille acquiesce en précisant qu'il y a un jardin avec une vue sur les montagnes. Le Dr N explique que s'ils font ce choix alors Monsieur V pourra terminer sa vie dans des conditions plus sereines. Le suivi du traitement des soins de confort pourra se faire à distance. Un membre de la famille aura la responsabilité de venir une fois par mois récupérer les ordonnances à l'hôpital et les envoyer en Roumanie.

Commentaire : *Pour le Dr N, le choix de la personne référente ne sera pas forcément le chef de famille ou son substitut mais celle qui est la plus*

occidentalisée considérée comme étant la plus légitime pour assurer cette fonction de lien entre le système de soins français et roumain.

Après plus d'une heure de discussions, d'expression de désaccords entre les uns et les autres, de demandes d'explications sur la procédure, les membres de la famille acceptent l'idée du retour en Roumanie. Le médecin demande si un ou plusieurs membres de la famille pourraient partir avec lui. Plusieurs membres acquiescent. Ce choix se fera dans un temps ultérieur.

Il est ensuite décidé de se rendre dans la chambre du patient pour lui annoncer la nouvelle et lui proposer les différentes alternatives envisageables. Malgré mes inquiétudes, le nombre de personnes présentes dans la chambre ne semble pas déranger le patient, bien au contraire. L'équipe médicale et Irina s'assoient à côté du lit, lui expliquent la situation et les trois possibilités pour le projet de fin de vie. Monsieur V accueille l'annonce avec beaucoup de dignité et n'hésite pas une seconde : il souhaite rentrer en Roumanie pour terminer ses jours dans son pays. On lui explique la procédure. Il pourra partir dans quinze jours. On laisse le temps à tout le monde de discuter, de pleurer, on demande s'il y a des questions. La famille et le patient remercient chaleureusement le Dr N et le Dr Y. L'équipe médicale quitte ensuite la chambre. Monsieur V s'adresse alors à Irina pour lui parler. Un peu plus tard, en sortant de la chambre, je lui demande ce que Monsieur V lui a dit. La médiatrice s'effondre en larmes puis me répond : « *Il a dit : 'Qu'on soit dans la terre ou au ciel, Dieu reste avec nous.'* ». Quelques jours après son retour en Roumanie, Irina reçoit un appel de la femme du patient pour lui annoncer que son mari venait de décéder.

Dans l'après-coup, Irina confiera avoir été très affectée par cet accompagnement. La fille du patient qui, probablement dans une projection de son propre sentiment culpabilité, lui aurait confié que son père avait été très affecté par « *ce qu'elle lui avait dit* », la nouvelle qu'il ne guérirait pas de son cancer. Irina a également exprimé le sentiment de ne pas avoir été à la hauteur de son engagement : « *Je voulais que sa veuve puisse toucher une indemnité MDPH mais pour cela il aurait fallu qu'il ait l'AME. Il ne l'aurait jamais eu dans les temps, la famille n'a toujours pas de domiciliation* ». Je comprends que dans

l'implicite des propos de la médiatrice se cache un sentiment de responsabilité voire de culpabilité qui, s'il ne trouve pas de lieu d'élaboration adéquate, risque de s'avérer couteux sur le plan psychique.]

La psychanalyse nous enseigne que la mort est un impensable pour la psyché humaine, il n'en existe aucune représentation. L'annonce de la mort prochaine du patient aurait pu être particulièrement déstructurant pour celui-ci comme pour ses proches. Or, ce dispositif, fondé sur l'approche de l'anthropologie médicale clinique, a permis de « supporter » sa dimension traumatique en contenant, au sens de Winnicott, ses effets sur le système familial. Système familial qui constitue une ressource psychosociale fondamentale pour faire face à cette épreuve, d'autant plus en situation migratoire et de grande précarité.

Ce dispositif a également offert les conditions pour que puisse advenir collectivement un projet de fin de vie ayant du sens pour tous : le patient, sa famille, l'équipe médicale. Pour ce faire, les soignants ont adapté leur projet de soin en tenant compte des enjeux de la maladie grave en situation migratoire, en s'appuyant notamment sur les représentations culturelles du cancer, ses enjeux au niveau de l'organisation familiale mais surtout en adaptant la prise en charge aux conditions de vie du patient (*sickness*).

La fonction d'Irina a été déterminante dans la réussite du dispositif. Son travail d'interprétariat culturel et linguistique a offert les conditions pour que cette médiatisation entre le patient, sa famille et l'équipe médicale puisse avoir lieu. Le patient a pu accueillir cette nouvelle sans être saisi par l'effroi de l'annonce de sa propre mort et mobiliser en lui ses croyances religieuses pour faire face à cette épreuve.

Dans un article de la revue *Cliniques*, Layla Tarazi-Sahab, Mayssa' El Husseini et Marie-Rose Moro montrent en quoi la langue maternelle et le recours aux interprètes peuvent agir comme des leviers thérapeutiques, médiatisant le rapport du patient avec son trauma²⁹. Mais cet article montre également comment, pour le clinicien et/ou l'interprète, qui communique avec le patient dans sa langue maternelle,

²⁹ Tarazi-Sahab L, El Husseini M, Moro M-R. L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ?. Revue Cliniques, 2006 ; 11 : 72-88.

l'accueil de cette parole non symbolisée peut les confronter à un trop plein, un potentiel traumatisme vicariant.

« On aurait besoin d'un accompagnement psy pour gérer les situations difficiles : comment faire avec la souffrance psychique des bénéficiaires, comment l'identifier, on ne sait pas si ce qu'on fait est bien parfois. »

En effet, la langue maternelle est un canal potentiel de transmissions d'affects et donc aussi de traumatismes. Pour les auteurs, « ce trauma provoque inévitablement chez l'interprète une intense mobilisation émotionnelle qui peut, encore une fois, entrer en conflit avec l'idéal de neutralité véhiculé par l'identité professionnelle (Goguikian Ratcliff, Suardi, 2006) ». ³⁰

Le thérapeute qui travaille dans la langue maternelle du patient subit potentiellement des répercussions traumatiques. Mais celui-ci est formé à repérer en lui et à travailler lors de supervisions régulières ce qui n'est pas le cas des médiateurs sanitaires. Certes l'expérience du travail, la formation continue et la richesse des échanges dans le cadre de l'analyse des pratiques constituent des ressources pour faire face aux exigences émotionnelles du métier. Néanmoins, il semble qu'elles ne soient pas toujours suffisantes et l'isolement au quotidien des médiateurs sanitaires est un facteur de vulnérabilité important. C'est pourquoi, comme le souligne les auteurs, « il serait nécessaire de s'occuper de l'espace psychique des interprètes convoqués dans des situations de trauma et leur fournir des lieux d'écoute soutenant » ³¹.

III. Le médiateur et l'institution : des liens complexes

A. Médiateur, interprète, traducteur : des contours flous et des difficultés de posture vis-à-vis des soignants

Dans l'exemple clinique précédant, nous voyons que la fonction d'interprète du médiateur sanitaire va bien au-delà de la simple traduction linguistique. Pour autant, plusieurs médiateurs sanitaires rencontrés ont le sentiment que, de manière générale, les professionnels méconnaissent leur rôle. Il semble en effet que les institutions ne cernent pas toujours bien les contours de ce métier.

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*

Cette situation de méconnaissance par les institutions peut entraîner aussi le sentiment pour les médiateurs d'être des « prestataires de service » sans considération pour le métier, en d'autres termes sans reconnaissance professionnelle :

« Les médecins et les infirmières me demandent de traduire, parfois ils me prennent juste pour la traduction alors que le métier de médiateur c'est plus que ça... »

Pour le médiateur, cette situation peut entraîner de la confusion sur le plan de l'identité professionnelle : *« Suis-je toujours médiateur lorsque je réponds aux demandes d'interprétariat des soignants ou simplement un traducteur ? »* Cette difficulté n'est pas sans effet sur la posture de métier et sur l'image de soi au travail.

L'anthropologie médicale clinique nous enseigne que la médiation opère sans même que le médiateur ne s'en rende compte. Sa présence et son travail sont en effet indispensables au bon fonctionnement du dispositif systémique de prise en charge. Les séances d'analyse de pratiques sont des temps au cours desquels toutes ces questions peuvent être travaillées afin de permettre au médiateur de mieux définir les contours de son métier et l'aider à construire son identité professionnelle.

Mais il est nécessaire que les professionnels puissent également réfléchir à la place de chacun, notamment celle de l'interprète/médiateur dans le dispositif de soin où ils sont sollicités. De leur point de vue, on retrouve souvent une crainte que le médiateur ne traduise pas l'ensemble du contenu du discours du patient. Le sentiment d'être dépendant du travail de l'interprète/médiateur, le fait de ne pas comprendre, de ne pas être en mesure de communiquer directement avec le patient, etc. peut créer de la frustration chez les soignants :

Une sage-femme : *« Ce n'est pas agréable pour le professionnel de ne pas pouvoir directement communiquer avec le patient. »*

Or, pour les soignants, la communication et la relation avec les patients sont au cœur du métier. Le fait d'être témoin de cette relation de proximité et de complicité, pourtant nécessaire au travail de soin/d'accompagnement, peut provoquer un sentiment d'exclusion et d'impuissance donnant lieu parfois à des tensions

relationnelles. A l'occasion de mes observations de terrain, j'ai pu assister à des situations où ces tensions entre professionnels du soin et médiateurs étaient palpables.

La déclinaison de la fonction de médiation dans le contexte des relations entre les structures de santé et les populations roms en situation de grande précarité interroge le positionnement du médiateur à l'égard des institutions. Si l'indépendance à l'égard des institutions et des personnes paraît incontestablement une condition de l'exercice du métier, l'idée d'impartialité, centrale dans la définition consensuelle de la médiation présentée plus haut, mérite en revanche d'être questionnée et nuancée lorsque la relation est d'emblée asymétrique³².

Dans le champ médical et tout particulièrement au regard des Roms, cette tierce personne qu'est le médiateur s'inscrit dans une relation de départ profondément inégale entre un médecin (ou un soignant), celui qui sait, et celui qui par définition ne sait pas, le patient. L'asymétrie structurelle de cette relation est renforcée par le fait que l'un maîtrise les codes de la société d'accueil, et l'autre pas forcément. Peut-il donc être entièrement impartial sans contribuer à cautionner et à reproduire l'asymétrie initiale entre un professionnel de santé ou une institution sanitaire et un patient rom ³³ ?

Pour faire émerger la parole du patient, nous dit Serge Bouznah, « *il faut reconnaître et assumer le fait, que l'acte de médiation est un acte engagé lorsqu'il vise à modifier une inégalité. Il faut donc en assumer la nécessaire partialité. Cela implique évidemment que cette partialité ait été travaillée en amont par le médiateur, pour qu'elle soit, non pas un frein, mais au contraire un outil dans sa pratique.* ».³⁴

B. Les représentations des institutions et des soignants sur le public : difficultés et enjeux majeurs

La posture du médiateur telle qu'elle est envisagée dans le cadre du programme national de médiation sanitaire est une posture « bilatérale ». Dans cette perspective,

³² AREAS, ASAV, Comité d'Aide Médicale, Médecins du Monde, Sichem, « Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ? », Etudes Tsiganes n°41-42, 72-87.

³³ *Ibid.*

³⁴ Intervention de Serge Bouznah, Association IPAOS Culture et santé, Journées de la prévention 2008 de l'INPES, Session 7, La médiation interculturelle en santé.

l'éclairage du médiateur et son intervention tendent à favoriser l'obtention d'un compromis entre les besoins /attentes du patient et les besoins/attentes des professionnels :

« Cette position intermédiaire entre les professionnels et les Rroms, c'est ce qui est difficile et qui restera difficile, devoir constamment comprendre les bénéficiaires et se mettre en même temps à la place des professionnels. Mais avec l'expérience ça vient mais ça prend du temps. Il faut expliquer à chacun l'importance, les raisons des uns et des autres. C'est une bataille constante. On apprend à rester calme, surtout rester calme, c'est le plus important. »

L'exercice est loin d'être évident pour le médiateur qui doit se faire le porte-parole de deux positions souvent en tension. Il faut alors prendre le temps d'écouter les uns et les autres, faire preuve de pédagogie et de patience, trouver les bons mots, le bon ton pour créer les conditions d'un déplacement subjectif. Mais cela nécessite aussi que les professionnels soient en mesure de se décentrer de leurs représentations sur la population et éventuellement disposés à remettre en question leur logique de soin :

« Le plus difficile c'est de travailler avec les structures de soins, les professionnels ont beaucoup de préjugés. Ils ne veulent pas travailler avec les Rroms, ils disent 'on y arrivera pas', 'ils sont sales', 'on ne peut pas s'ils ne parlent pas français ».

Ce témoignage révèle un autre frein au travail du médiateur sanitaire auprès de ce public : les préjugés des professionnels dans certaines institutions. Comme nous le mentionnions dans la première partie, le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes contribue à la construction d'idées toutes faites. Certains professionnels ont en effet tendance à culturaliser les difficultés que rencontrent les populations rroms dans l'accès aux soins sans tenir compte des déterminants sociaux liés à la précarité de leurs conditions de vie.

Cette représentation a une incidence sur les relations tant avec les Rroms qu'avec les médiateurs qui peuvent ressentir un sentiment de solitude dans le travail qu'ils réalisent au quotidien avec ce public.

Les ateliers de sensibilisation dans les structures de soins ont ainsi pour vocation d'accompagner les professionnels dans la déconstruction de leurs préjugés. Le travail du médiateur va être d'accompagner les professionnels à développer une *compétence culturelle* en évitant l'écueil de la stigmatisation par la « culturalisation » véhiculée dans l'opinion publique. Pour cela, les médiateurs s'attachent, dans les informations qu'ils véhiculent sur les personnes qu'ils accompagnent, à resituer à leur juste mesure les déterminants culturels des comportements. Mais ils rappellent également que même si l'on traite d'une population en situation de migration, cette dimension interculturelle est loin d'être la seule dimension de l'action, elle n'est même pas forcément centrale.

En avril 2015, Petru, médiateur sanitaire, a animé un atelier de sensibilisation sur le public « Rrom migrant » en situation de précarité sanitaire et sociale et sur les conditions en bidonville auprès de soignants d'un centre de PMI proche de l'un des terrains où il intervenait.

Après avoir présenté à l'équipe du centre de PMI les enjeux de la médiation sanitaire auprès des Rroms et des professionnels, Petru a introduit son intervention en posant la question suivante à son assemblée : « *Selon vous, qui sont les Rroms ?* ». La discussion s'est amorcée autour des représentations culturelles des professionnels sur les Rroms. Le médiateur a ensuite fait une présentation des préjugés les plus souvent rencontrés dans l'opinion publique sur ces personnes au regard des réalités qui sont les leurs, préjugés décrits dans le tableau suivant :

| Préjugés | Réalités |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Ils ne veulent pas travailler</i> | Exclus dans leur très grande majorité du marché du travail, les familles rroms sont contraintes de tirer leurs ressources d'emplois dans le secteur informel de manière non déclarée ³⁵ . |

³⁵ Voir Annexe III.

| | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Ils aiment vivre en bidonville</i> | La vie en bidonville est une solution par défaut et non un mode de vie choisi. |
| <i>Ils sont nomades parce que c'est dans leur culture</i> | Leur « nomadisme » est lié aux nombreuses évacuations et OQTF qu'ils subissent très régulièrement. |
| <i>Ils ne peuvent vivre qu'en communauté</i> | Ils vivent en communauté afin de pouvoir compter sur la solidarité entre familles et voisins. |
| <i>Ils ne veulent pas envoyer leurs enfants à l'école</i> | Les conditions de vie des populations rroms en France rendent difficiles la scolarisation des enfants. L'instabilité permanente des lieux de vie (évacuation des campements, éloignement du territoire, etc.) et, de façon plus générale, les conditions de vie (extrême précarité, quotidien centré sur la recherche de ressources, etc.) constituent des freins majeurs à la scolarisation. Par ailleurs, les procédures effectuées par les familles pour inscrire leurs enfants dans des écoles, se heurtent fréquemment à des refus de la part des services municipaux en charge des inscriptions dans les écoles élémentaires. |

La discussion avec les soignants s'est poursuivie et le point suivant a consisté à approfondir le travail de déconstruction des préjugés par une transmission de connaissances culturelles et sociales sur ce public. Des éléments ont ainsi été apportés sur³⁶ :

- la culture des Rroms : histoire, traditions, valeurs, systèmes familiaux ;
- les conditions de vie en Roumanie ;
- les difficultés d'accès aux soins et l'état de santé des Rroms en Roumanie ;
- les causes de la migration ;
- les conditions de vie en bidonville ;
- les difficultés d'accès aux soins ;
- la situation sanitaire des habitants des bidonvilles ;
- l'état de santé materno-infantile de ce public.

³⁶ Voir annexe III.

Dans son contenu et dans sa dynamique, cet atelier a permis d'amorcer un processus de décentrage des professionnels vis-à-vis des représentations négatives qu'ils pouvaient avoir sur cette population. En effet, dans ce travail, le médiateur s'est attaché à déconstruire la causalité culturaliste des liens présumés entre culture des Roms et précarité des conditions de vie. En resituant à leur juste place les déterminants culturels des comportements, il a pu attirer l'attention de son auditoire et préciser que les obstacles attribués à la culture cachent aussi parfois d'autres réalités. Il a ainsi rappelé la prédominance de ce qu'on nomme le *sickness* en anthropologie médicale clinique et sa responsabilité dans les difficultés d'accès aux soins des Roms en Roumanie et en France : obstacles de nature administrative, législative, État de droit non respecté, stigmatisation des patients, etc. qui sont autant de facteurs influençant l'accessibilité aux services de santé.

Quelques mois après l'intervention de Petru et suite à la mort subite d'un nourrisson dans un bidonville à Montreuil, Elsa, sage-femme de ce même centre de PMI a décidé de se rendre directement sur le lieu de vie des Roms afin de mettre en place des actions de suivi de grossesse et de suivi post-natal auprès des femmes. Dans son témoignage, Elsa parle des blocages institutionnels auxquelles elle a été confrontée pour mener à bien son action :

« Mon chef de service m'a d'abord interdit d'aller sur le bidonville et il a fini par céder face à mon insistance mais il m'a mis en garde : 'Tu n'en parles à personne'. »

En arrivant sur le bidonville, Elsa a été stupéfaite lorsqu'elle a découvert dans quelles conditions vivaient les personnes :

« Il n'y avait pas de toilettes, pas de point d'eau, pas de ramassage des ordures, des rats, pas d'intervention d'association. Les femmes et les bébés vivaient dans des fumées toxiques qui émanaient de leur chauffage. Il y avait des punaises de lit. Certains avaient la gale. J'ai vu des cabanes où ils étaient cinq dans un lit... ».

Elsa ne parle pas roumain et l'interprète roumanophone, qu'elle a sollicité, a refusé de l'accompagner sur le bidonville. Les préjugés de l'interprète sur les Roms étaient

de même nature que ceux exprimés par son chef de service. C'est dans ce contexte qu'Elsa a fait appel à Petru pour assurer l'interprétariat linguistique et culturel.

Pour Elsa, le rôle de Petru a été déterminant dans les actions déployées auprès des femmes :

« Au début j'étais inquiète, je ne pensais pas que les femmes se sentiraient à l'aise de parler de ces questions en présence d'un homme. Au début ce n'était pas évident mais rapidement un lien de confiance s'est créé. C'est lui qui a géré l'organisation, les aspects logistiques. Sans lui je n'y serais jamais arrivée... »

Elsa explique qu'elle a renoncé rapidement à donner des rendez-vous aux femmes, la précarité des conditions de vie ne permettant pas aux personnes de maintenir des repères spatio-temporels stables. Cette difficulté n'est pas propre à la culture des Roms mais à celle de la vie en bidonville, propre à la clinique de la précarité. Devant l'impossibilité à organiser des rendez-vous, la sage-femme s'est résolue à faire des visites spontanées sur le bidonville :

« Si la femme était là tant mieux sinon tant pis. C'était la seule solution. »

Rapidement elle s'est rendu compte qu'une visite une fois par mois ne suffirait pas au regard des besoins identifiés :

« La santé des femmes était catastrophique : il y avait des morts fœtales, des accouchements à 25 semaines de grossesse, des bébés de 650 grammes, une femme avec un placenta prævia³⁷ qui envisageait un aller-retour en Roumanie en voiture.... »

La fréquence de ses visites est donc passée d'une fois par mois à une fois par semaine. Elle a dû faire face à un ensemble de difficultés et se confronter régulièrement au même sentiment d'impuissance que les médiateurs face à certaines situations. La précarité reste en effet un frein majeur à l'accès aux soins même si le soin est réalisé sur le lieu de vie :

³⁷ Le placenta prævia est une localisation anormale du placenta qui peut être responsable d'hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse.

« Les aller-retour en Roumanie posaient des problèmes pour le suivi, les changements d'avis brutaux concernant les IVG, les femmes étaient ambivalentes et puis surtout, en trois ans de suivi des femmes, il a fallu faire face à deux incendies et une évacuation... Ça a été dur... Ça remet en question le travail effectué. »

Mais la principale difficulté pour Elsa a résidé dans le manque de collaboration des collègues de travail et l'attitude des PMI de secteur :

« Aucune puéricultrice n'a accepté de venir, il n'y avait pas de flexibilité, il y avait des refus de délivrer des carnets de santé. On sentait que certaines avaient même du plaisir à dire que les personnes ne venaient pas aux rendez-vous. Il ne fallait pas faire venir les enfants rroms car ils étaient sales et sûrement malades et risquaient de contaminer les autres enfants. »

Elle dit s'être sentie seule pendant ces trois ans à suivre ces femmes sur leur lieu de vie :

« J'ai essayé d'organiser des réunions pluri professionnels mais personne n'est venu. Je me suis sentie très isolée ».

C'est le travail en binôme avec Petru et la capacité de résilience des Rroms à faire face à l'adversité qui lui ont donné le courage de ne pas lâcher :

« J'ai été très impressionnée par la capacité des Rroms à se redresser après les épreuves, à reconstruire plus loin ce que la police ou le feu avait détruit. Ça m'a encouragée et heureusement que Petru était là. »

Grâce au travail d'entraide réciproque, le binôme d'intervention a réussi à mettre en place des actions de suivi réel des femmes. Ainsi, sur les vingt-sept femmes ayant terminé leur grossesse, seize femmes ont fait le choix d'une contraception par implant contraceptif et quatre par la pose d'un stérilet, ces moyens de contraception étant les plus adaptés pour les femmes rroms en bidonville. Enfin, ce travail a permis de faire en sorte que, sur une période de trois ans, toutes les femmes enceintes puissent bénéficier d'un suivi minimum :

« Les objectifs que nous avions étaient plus modestes que les recommandations en vigueur mais on a quand même réussi à mettre en place des choses : des carnets de santé pour chaque nouveau-né, des bilans sanguins, au moins une échographie et une consultation à l'hôpital pour chaque femme mais on ne pouvait pas faire plus. »

Cet exemple montre de quelle manière le travail de médiation sanitaire peut contribuer à développer la *compétence culturelle* des professionnels et favoriser l'accès au système de droit commun des « exclus ». Car la clinique des Roms en bidonville est une clinique de l'exclusion et de la précarité avant tout chose. Les bidonvilles ne sont pas nés avec les Roms migrants.

En 1966, une enquête menée par le ministère de l'Équipement et du Logement comptait 255 bidonvilles sur le territoire national dans lesquels vivaient plus de 75000 personnes dont 42% de Maghrébins, 21% de Portugais, 6% d'Espagnols et 20% de Français. A l'instar des bidonvilles d'aujourd'hui, les bidonvilles des années 1960 étaient constitués de « quartiers » de baraques auto-construites. C'est à partir de la seconde moitié des années 1960 qu'ont commencé les opérations de résorption des bidonvilles qui ont donné lieu à la construction des cités de transit puis des grands ensembles HLM tels qu'on les connaît aujourd'hui³⁸.

Même si, en réalité, la résorption n'a jamais été totale, l'idée d'une disparition complète et définitive de ces formes d'habitats concentrés, illégaux mais surtout insalubres s'est largement imposée depuis la fin des années 1970. Aussi, il est difficile de ne pas considérer que le « retour des bidonvilles » sur la place publique au cours des années 1990 et 2000, lié aux vagues d'immigration roumaine et bulgare (Rrom ou non), ne constitue pas une régression sociale et politique en France³⁹.

La mobilisation des institutions et le travail de concert entre médiateurs sanitaires et soignants sont des conditions *sine qua non* à la réussite d'un projet d'envergure comme l'est le programme national de médiation sanitaire. Mais, pour ce faire, il est nécessaire d'être en capacité de remettre certaines pratiques et représentations en

³⁸ Oliveira M. *Roms en (bidon) villes*, Paris : Rue d'ULM ; 2014.

³⁹ *Ibid.*

question, d'oser franchir la « porte » de ces lieux où le temps s'est arrêté pour que se dessine enfin « un visage » derrière l'institution.

Conclusion

Ce travail a permis d'engager une réflexion sur les problématiques auxquelles le médiateur sanitaire peut-être confronté dans l'exercice de son métier, de manière générale, et dans sa posture professionnelle, en particulier.

Rappelons que la finalité de la médiation sanitaire est d'apporter une interface temporaire qui permette à terme un accès direct au système de santé de droit commun. Pour cela le médiateur doit développer une *compétence culturelle*. Cette compétence nécessite une formation initiale mais surtout continue pour comprendre le monde de l'autre mais également pour apprendre à se positionner « à sa juste place ». Il lui faut tenir le cadre de son intervention aussi bien dans un souci de prendre soin de son travail que de sa santé mentale afin de se prémunir contre l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion.

Nous avons vu en quoi les dispositifs proposés par l'ASAV, dans le cadre du programme national de médiation sanitaire, étaient fondamentaux pour répondre aux exigences du métier. Néanmoins, nous avons également pu mettre en évidence les limites de ces dispositifs dans certaines situations telles que l'annonce de la fin de vie qui nécessiterait sûrement un renforcement de l'accompagnement : augmentation de la fréquence des groupes d'analyses de pratiques, supervision individuelle et/ou collective, etc.

Par ailleurs, d'autres facteurs en lien avec l'organisation du travail (intensité, rythme de travail), le management des équipes (reconnaissance professionnelle, soutien) ou encore la précarité du statut (contrat de travail) devraient également être questionnés pour prévenir le risque d'usure professionnelle si fréquent dans les métiers du soin et de l'accompagnement.

Concernant la posture du médiateur, qu'il s'agisse des relations établies avec le public rom ou avec les institutions de droit commun, nous avons vu en quoi l'objectif de neutralité prescrit par la Charte de la médiation sociale est difficilement

atteignable au regard de la complexité du métier. Le médiateur se trouve en effet dans un rôle particulier dans la mesure où il doit savoir non seulement se rendre « visible » mais également s'effacer pour faire exister un lien direct entre la population qu'il accompagne et les représentants des institutions⁴⁰.

Il se situe dans une dynamique où il joue à tour de rôle la facette de la visibilité et de l'invisibilité : s'éclipser lorsque le lien s'est établi, réapparaître lorsqu'il s'affaiblit et briller quand il n'existe pas. Le paradoxe étant, dans cette fonction, que le médiateur travaille dans le sens de sa disparition « sociale ». Son but sera atteint quand sa présence en tant que médiateur n'aura plus de sens c'est-à-dire lorsqu'un dialogue direct sera possible entre la population concernée et les professionnels de la santé⁴¹.

La présence physique auprès des personnes sur leurs lieux de vie et au sein des institutions (dans le cadre des accompagnements par exemple lorsque celles-ci ne sont pas encore capable de se rendre à une consultation de façon autonome) nécessite également de pouvoir anticiper et appréhender la fin de cet accompagnement. Cette séparation n'est pas toujours aisée et ce d'autant plus lorsque les médiateurs doivent pallier à l'absence d'interprétariat professionnel dans les structures médicales ou se heurter au poids des préjugés sur le public rrom dans les institutions. Ces situations inscrivent bien souvent les personnes dans une situation de dépendance par rapport au médiateur qui n'en voit parfois pas la fin.

La déclinaison d'une intervention de ce type auprès des Rroms en situation de migration peut poser problème dans la mesure où elle part d'une détermination du public sur la base de critères sociaux mais aussi ethniques. Or, l'existence d'intervenants sanitaires spécialisés doit être perçue comme un moyen de promouvoir, et non d'excuser, l'engagement d'autres travailleurs de la santé dans l'atteinte des objectifs du médiateur au sein de la communauté⁴². Le risque est sinon d'aller en direction d'un système d'assistance « ségrégué » qui pourrait conduire à une stigmatisation des patients mais aussi des médiateurs.

C'est pourquoi, dans le cadre des projets qui sont développés, l'ASAV rappelle qu'il est important de veiller de façon continue à faire la part des choses entre « les

⁴⁰ Areas, Asav, Comité d'Aide Médicale, Médecins du Monde, Sichem. Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Rroms migrants en France ? *Etudes Tsiganes*, 2009 ; 41-42 : 72-87

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

besoins d'intermédiation réelle, et les besoins d'intermédiation qui sont supposés » pour que la démarche culturaliste ne devienne pas un prétexte aux actions de médiation sanitaire, pour ne pas contribuer à « mettre en case » la culture « rom » pour des questions qui n'ont rien à voir avec les phénomènes sur lesquels on veut agir.⁴³

La culture est une composante essentielle dans le mode de vie des populations rroms mais elle ne constitue pas un barrage ou un quelconque blocage pour accéder au droit commun et, par voie de conséquence, à plus d'égalité en matière de santé. Ce qui peut constituer un blocage ou un frein à une meilleure santé, réside dans les situations de vulnérabilité liées aux conditions sociales, politiques et d'exclusion dans lesquelles les institutions ont leur part de responsabilité.⁴⁴

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

Bibliographie

Ouvrages et articles scientifiques

Amado G, Lhuillier D. L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique. *Bulletin de psychologie*, 2012 ; 519 : 263-276.

Areas, Asav, Comité d'Aide Médicale, Médecins du Monde, Sichem. Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ? *Études Tsiganes*, 2009 ; 41-42 : 72-87.

Azzam A. Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2012 ; 2 (2) : 103-116.

Bennegadi R. Anthropologie médicale clinique et santé mentale des migrants en France. *Médecine Tropicale, Revue française de pathologie et de santé publique*, 1996 ; 56 (4 bis) : 445-452.

Bourdin M-J. Le travail en binôme au Centre F. Minkowska. *Transfaire & Cultures, Revue d'anthropologie médicale clinique*, 2010 ; 3 : 89-93.

Dejours C. Activisme, compulsivité ou aliénation. *Travailler*, 2004 ; 11 : 25-40.

Dejours C. *Psychopathologie du travail*. Paris : Elsevier Masson ; 2013.

Fassin E, Fouteau C, Guichard S, Windels A. *Roms & riverains : Une politique municipale de la race*, Paris : La fabrique, 2014.

Furtos J. *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson ; 2008.

Halfen S. Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile de France. Rapport de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, 2012.

Larchanché S, Sargent C. Sur les pas de l'anthropologie médicale clinique en France : la maturation d'une approche sur la place de la clinique dans les soins de santé mentale. *Transfaire & Cultures, Revue d'anthropologie médicale clinique*, 2009 ; 1 : 100-107.

Larchanché S, Sargent C, Bourdin M-J. Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique. *Transfaire & Culture, Revue d'anthropologie médicale clinique*, 2010 ; 3 : 11-22.

Legros O. Les « villages d'insertion » : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? *Revue Asylon(s)*, 2010 ; 8. Radicalisation des frontières et promotion de la diversité : les figures d'un paradoxe.

Molinier P. *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot ; 2006.

Oliveira M. Roms en (bidon) villes, Paris : Rue d'ULM ; 2014.

Paris C, Bourdin M-J, Bennegadi R. Santé mentale des migrants et des réfugiés : le cadre de l'anthropologie médicale clinique. *Transfaire & Cultures, Revue d'anthropologie médicale clinique*, 2009 ; 1 : 12-26.

Paris C, Bourdin M-J, Bennegadi R. Le processus d'acculturation : fantasmes et réalités. *Transfaire & Cultures, Revue d'anthropologie médicale clinique*, 2010 ; 2 : 10-19.

Rapport de Médecins du Monde. Mission périnatalité. *Médecins du Monde auprès des femmes roms*, mars 2008.

Rapport de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France de 2012 : Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile de France, 2012.

Tarazi-Sahab L, El Hussein M, Moro M-R. L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ?. *Revue Cliniques*, 2006 ; 11 : 72-88.

Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire : de l'expérimentation à la généralisation. *Etudes Tsiganes*, 2014 ; 52-53 :181-189

Sites internet

Programme National de médiation sanitaire. (Page consultée le 12/02/16).
Genèse du programme, [en ligne]. <http://www.mediation-sanitaire.org/le-programme/genese-du-programme/>.

La leptospirose. (page consultée le 04/04/16).
<http://www.sante.gouv.fr/leptospirose.html>.

France médiation, réseau d'acteurs de la médiation sociale. (page consultée le 04/04/16). Historique de la médiation sociale, [en ligne].
<http://www.francemediation.fr/orki/view/197/historique-de-la-mediation-sociale.html>

Intervention

Intervention de Serge Bouznah, Association IPAOS Culture et santé, Journées de la prévention 2008 de l'INPES, Session 7, La médiation interculturelle en santé.

Compte rendu des interventions de Jean-Claude Guiraud Médecin, Président d'honneur du CCPS (Toulouse), 17 avril 2014 dans le cadre de la formation des médiateurs sanitaires.

Annexes

Annexe I : Qui sont les Roms ?

L'expression « Rrom » renvoi à différents groupes tsiganes originaires d'Europe centrale et balkanique qui ont émigrés après la chute des régimes communistes en Europe de l'Est pour des raisons socio-économiques. Aujourd'hui, les collectifs de soutien estiment qu'environ 20 000 Rroms migrants seraient présents en France dans des parcours d'insertion très divers et avec des desseins migratoires multiples.

Depuis le début du XIX^{ème} siècle, plusieurs groupes perçus comme ayant une lointaine origine commune, le nord de l'Inde, sont regroupés par l'appellation Tsigane⁴⁵. Les ancêtres des Tsiganes d'Europe auraient quitté leur territoire d'origine entre le VI^{ème} et le XI^{ème} siècle pour arriver dans le sud des Balkans dans le courant du XIII^{ème} siècle. Chaque migration tsigane est indissociable du contexte socio-économique de son époque. Trois sous-groupes tsiganes correspondent ainsi à trois grands parcours européens différents⁴⁶ :

- Les Gitans ou Kalé traversent la Méditerranée et, dès le tournant des XIV^e-XV^e siècles s'installent dans la Péninsule ibérique et en Catalogne.
- Les Manouches ou Sinté gagnent la part germanique de l'Europe occidentale à la même époque et s'inscrivent durablement dans un territoire correspondant à l'Allemagne et à l'Autriche actuelles mais aussi à la Bohême, à l'est de la France (Alsace, Lorraine) et au Piémont italien. Parmi eux, certains adoptent un mode de vie semi-itinérant en suivant les armées des Princes germaniques dans leurs luttes féodales.
- Les Rroms représentent plus de 80% de l'ensemble. Ils résident en Europe balkanique, centrale et orientale et bénéficient de différents statuts selon les régions d'installation (servage dans plusieurs régions, esclavage dans les principautés de Moldavie-Valachie). Depuis les années 1990 le terme Rrom est souvent utilisé pour désigner l'ensemble des Tsiganes. Or, les Rroms sont les Tsiganes d'Europe centrale et orientale c'est-à-dire ceux qui se désignent

⁴⁵ OLIVEIRA M., « Rroms en (bidon)villes », Ed Rue d'Ulm, 2014.

⁴⁶ *Ibid.*

eux-mêmes comme Roms et parlent le Rromani⁴⁷. La quasi-totalité des personnes étrangères se déclarant « Roms », arrivées en France (et notamment en Île de France) depuis le début des années 1990, sont de nationalité roumaine et, dans une moindre mesure, bulgare. Quelques petits groupes familiaux originaires de Serbie ou du Kosovo sont parfois mentionnés mais leur présence en Île-de-France semble très irrégulière et marginale. Bien qu'originaires de Roumanie et de Bulgarie dans leur très grande majorité, les Roms vivant sur le territoire francilien présentent une certaine diversité sur le plan des caractéristiques géographiques, migratoires, sociales, démographiques et linguistiques. En effet, les Roms d'un même pays sont fréquemment originaires de régions différentes (de zones urbaines ou rurales). Les travaux de l'ethnologue Martin Olivera⁴⁸ montrent que les premières migrations en France de Roms de Roumanie après la chute du régime de Ceausescu en 1989 (et jusqu'en 2002-2003) concernaient des familles originaires de l'Ouest de la Roumanie, régions de Banat (Timisoara) et de Crisana (Arad) frontalières de la Hongrie. À partir du 1^{er} janvier 2002, avec la fin du régime des visas pour les courts séjours dans l'espace Schengen, de nouveaux groupes familiaux originaires d'autres régions (notamment de Bucarest ou de villes de Transylvanie) sont venus en France. Or, selon les régions, les caractéristiques des populations diffèrent nettement. Ainsi, parmi les personnes s'étant déclarées Roms lors du dernier recensement en Roumanie en 2002, la part de ceux indiquant être analphabète (en moyenne 26% contre 3% parmi la population totale) variait de 13% à 42% selon les régions et ceux déclarant le Rromani comme langue maternelle variait de 3% à 79%⁴⁹.

L'ethnologue Martin Oliveira souligne que « *la très grande majorité de ces groupes ont toujours été sédentaires depuis l'époque moderne : bien qu'il soit devenu au cours du XIX^{ème} siècle le symbole du 'Bohémien authentique', le 'nomadisme' est l'exception plutôt que la règle.*⁵⁰ »

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Olivera M. Les Roms migrants en France – une réalité qui dérange. Diversité, 2009 ; 159 : pp. 179-188.

⁴⁹ Olivera M. Introduction aux formes et raisons de la diversité Rom roumaine. Études tsiganes, 2010 ; 38 : pp. 8-41.

⁵⁰ *Ibid.*

Malgré cette diversité, des constantes peuvent être trouvées⁵¹, notamment sur les circonstances et les motifs de la migration. Celle-ci est quasi toujours familiale et principalement motivée par la pauvreté, un phénomène d'exclusion dans le pays d'origine associé à des pratiques de discriminations et la recherche d'une situation meilleure pour les enfants au regard de la situation socio-économique.

Enfin, ceux que l'on appelle les « gens du voyage » en France sont des personnes qui possèdent pour la très grande majorité la nationalité française et qui ont un mode de vie traditionnel fondé à l'origine sur la mobilité et le voyage, même si nombre d'entre eux sont aujourd'hui sédentaires. Au sein de ce groupe plusieurs distinctions s'imposent, qui peuvent être liées soit à l'origine des individus (Pirdé, Yéniches, Sinti-Piémontais, Gitans, Manouches...), soit à la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance. Loin d'être homogène, le groupe des « gens du voyage » revêt des réalités sociales et économiques très diverses.

⁵¹ Mile S. L'immigration des Roms en France – entre préjugés, craintes et chances. Le Courrier des Balkans, 2005 : 4 p.

Annexe II : Les conditions de vie en bidonville

En France, la majorité des Roms migrants vivent sur des terrains où les infrastructures (eau, électricité, ramassage des ordures, toilettes, etc.) font totalement ou, dans le meilleur des cas, partiellement défaut :

- L'eau courante à proximité des campements est très rare lorsque l'on vit en bidonville. Cette difficulté d'accès à l'eau ne permet pas aux personnes qui vivent sur les terrains de maintenir une hygiène corporelle et alimentaire nécessaires à leurs besoins.
- L'absence d'électricité conduit à des installations artisanales (bougies, poêles à bois, gaz butane, etc.) présentant des risques d'accidents majeurs. En 2010, la mission Roms de Médecin du Monde rapportait des cas de brûlures chez les enfants. À l'époque, des incendies en Île-de-France ont même entraîné le décès de trois enfants⁵². Par ailleurs, l'impossibilité à conserver des aliments dans un réfrigérateur comporte un risque de contamination alimentaire important notamment en été. En hiver, faute de radiateurs, les personnes se chauffent avec des poêles ce qui comporte un risque d'intoxication au monoxyde de carbone.
- Dans la plupart des situations, l'absence de ramassage des déchets ménagers entraîne un amoncellement de ceux-ci et une prolifération des rongeurs sur les terrains. Les rats vivent là où ils peuvent manger, bien souvent à proximité des ordures ménagères. Ils peuvent mordre les enfants et leur transmettre des bactéries. La leptospirose se transmet par l'urine et les excréments de rats⁵³. Cette maladie est rare mais peut être mortelle. Elle touche le foie et les reins. Les enfants qui en sont atteints ont en général une forte température et un teint jaune.
- Les terrains, occupés sont fréquemment des friches industrielles ou des interstices de la ville appartenant à l'État (Direction départementale de

⁵² Rapport de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France de 2012 : *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île de France.*

⁵³ <http://www.sante.gouv.fr/leptospirose.html>

l'Équipement par exemple), aux Conseils généraux, aux communes, à la SNCF, au Réseau ferré de France, au Syndicat des Eaux d'Île-de-France, à Gaz de France ou à des propriétaires privés. Certaines de ces friches industrielles présentent des pollutions des sols avec des risques sanitaires⁵⁴. Dans d'autres lieux, les emplacements mêmes des terrains (proximité de voies ferrées, d'échangeurs d'autoroutes ou de décharges, pollution atmosphérique, pollution sonore, etc.) constituent des risques pour les populations qui y vivent⁵⁵.

- L'activité de ferrailage dans les bidonvilles entraîne des risques toxicologiques liés à la récupération du plomb, du cuivre, du chrome et du nickel. En effet, pour revendre les objets que l'on récupère, il est nécessaire de fondre le plomb. Cela dégage des vapeurs mais surtout diffuse de très fines poussières de plomb. Les risques d'intoxication sont plus importants chez l'enfant que chez l'adulte. L'intoxication au plomb provoque une maladie appelée le saturnisme. Le plomb touche les poumons, le cœur, le foie, les reins et surtout le cerveau. Tout se passe sans signes cliniques. Une certaine agitation ou une déficience intellectuelle peut être liée au contact avec le plomb. Le saturnisme crée une diminution des capacités respiratoires, cardiaques et des troubles cognitifs⁵⁶.
- Compte tenu de l'occupation illégale des terrains, les opérations d'évacuation/d'expulsion sont particulièrement fréquentes, renforçant, de fait, la fragilisation des populations, en l'absence de propositions de relogement ou d'occupation plus pérenne d'un terrain. Expulsées d'un terrain, les familles se réinstallent le plus souvent sur d'anciens terrains qui avaient déjà fait l'objet d'une évacuation quelques mois (voire parfois seulement quelques semaines) auparavant, rejoignent un « campement » déjà existant ou créent de

⁵⁴ Par exemple, selon une étude commandée par le propriétaire d'un terrain de la commune d'Athis-Mons (Essonne) occupé par des familles roms « Des anomalies de métaux dans le sol (cuivre, etc.) et des hydrocarbures volatils dans les eaux ont été relevées [...] L'étude conclut à des risques potentiels pour la santé, via l'inhalation de poussières de sol impactées par les métaux ». Le Parisien, 16 septembre 2010.

⁵⁵ Rapport de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France de 2012 : *Situation sanitaire et sociale des » Roms migrants » en Ile de France*.

⁵⁶ Source : Compte rendu des interventions de Jean-Claude Guiraud Médecin, Président d'honneur du CCPS (Toulouse), 17 avril 2014 dans le cadre de la formation des médiateurs sanitaires.

« nouveaux terrains », en se dispersant ou en restant groupés. Cette situation d'errance permanente renforce la précarisation et la marginalisation de ces populations, d'autant que durant les opérations d'évacuation, une partie des biens est fréquemment perdue, nécessitant alors pour les familles de recommencer l'ensemble du processus leur ayant permis d'obtenir le minimum (un toit, des murs, des matelas, etc.)⁵⁷.

⁵⁷ Rapport de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France de 2012 : *Situation sanitaire et sociale des » Rroms migrants » en Ile de France.*

Annexe III : Les difficultés d'accès au marché du travail et aux droits sociaux

Bien que ressortissants de l'Union Européenne depuis le 1^{er} janvier 2007 et ayant une liberté de circulation sans contrainte spécifique dans l'espace communautaire, les citoyens roumains (comme bulgares) ont été confrontés dans certains pays, dont la France fait partie, à une juridiction restrictive limitant l'accès au marché du travail et, de fait, aux droits sociaux. Les traités européens permettaient jusqu'en 2013 aux états membres de maintenir un « régime transitoire » vis-à-vis des nouveaux entrants. L'Union européenne avait autorisé ses États membres à restreindre temporairement aux ressortissants de Roumanie et Bulgarie le libre accès à leur marché de l'emploi pour une période transitoire d'une durée maximale de sept ans, divisée en trois phases (1^{er} janvier 2007 - 31 décembre 2008 ; 1^{er} janvier 2009 - 31 décembre 2011 ; 1^{er} janvier 2012 - 31 décembre 2013). À l'issue de chaque phase, les États membres ont eu le choix soit d'ouvrir leur marché du travail ou soit de prolonger cette période transitoire.

Le gouvernement français a décidé d'appliquer la période transitoire en son intégralité, malgré ses effets négatifs sur les droits des personnes concernées, effets dénoncés par la HALDE⁵⁸ et par plusieurs associations, dont le collectif Romeurope⁵⁹. Les mesures prises en France, en application du protocole de mise en œuvre du traité d'adhésion de leurs pays, ont obligé les ressortissants roumains et bulgares à passer par la procédure de l'autorisation préalable de travail pour occuper un emploi salarié et ce, jusqu'au 31 décembre 2013. Sur tous les autres aspects, qu'il s'agisse du droit au séjour en tant que travailleur indépendant, ou étudiant, ou encore « inactif », les Roumains et Bulgares bénéficient en principe, depuis le 1^{er} janvier 2007, du même régime que les autres citoyens et citoyennes de l'Union européenne. La France avait néanmoins décidé d'appliquer des règles spécifiques à

⁵⁸ HALDE, Délibération n° 2009-372 du 26 octobre 2009

⁵⁹ La Commission européenne avait, de son côté, plaidé pour la fin anticipée de cette période dans les 9 pays (parmi les 25) où elle était en vigueur. Elle estimait effectivement que le nombre des personnes en provenance de ces pays étaient plus important avant le 1^{er} janvier 2007 et même plus important à partir de 2002, date de suppression des visas de court séjour. Ces arrivées, contrairement aux idées reçues, ont fortement diminué pendant les années 2008 et 2009. La Commission constatait encore que « *les mesures transitoires n'avait eu qu'une influence limitée sur la distribution de la mobilité intra-UE et que les flux de mobilité étaient liés à d'autres facteurs, tels que la demande générale de main-d'œuvre et les effets de réseau créés par les populations étrangères déjà résidentes ou véhiculés par la langue.* »

l'égard des travailleurs indépendants, en leur imposant l'obligation de demander une carte de séjour (article L. 121-2 du Ceseda). Ainsi, à l'instar des ressortissants non-communautaires, en France, les citoyens Roumains et Bulgares devaient obtenir de la Préfecture un titre de séjour avec autorisation de travailler pour pouvoir être employés. Cela a permis à quelques préfectures d'examiner non seulement l'objet de leur activité professionnelle, mais aussi sa viabilité, voire le niveau des ressources que la personne intéressée pouvait en tirer, ce qui était (et reste) illégal et contraire au droit de l'Union Européenne⁶⁰.

Depuis 2013, avec la fin de la période transitoire, les travailleurs Roumains et Bulgares se trouvent dans une situation identique à celle des autres travailleurs ressortissant de l'Union européenne. Ce changement a des incidences sur le droit au séjour de ceux qui sont employés. Il n'y a, en revanche, aucune incidence s'agissant du droit au séjour de ceux qui n'exercent aucune activité professionnelle ou sur leur éventuel accès aux droits sociaux. Ce sont les règles relatives au droit des travailleurs étrangers qui s'appliquent, ce qui les contraints à solliciter une autorisation de travail. En outre, une fois l'autorisation acquise, l'employeur doit verser une taxe à l'OFII⁶¹ qui, pour un salaire brut équivalent au SMIC et un contrat de douze mois par exemple, atteint un montant de 806 euros. Dans le contexte économique actuel, peu d'employeurs acceptent cette double contrainte, surtout pour des emplois généralement faiblement qualifiés⁶².

Les Rroms relèvent donc dans la majorité des cas du statut « d'inactif ». Ce statut sous-entend, comme c'était le cas avant la fin des mesures transitoires, qu'après trois mois de présence en France pour se maintenir sur le territoire de manière légale, les personnes, doivent être en capacité de démontrer qu'elles réunissent les conditions nécessaires demandées : disposer des ressources suffisantes, d'une assurance maladie complète incluant les membres de l'ensemble de la famille⁶³ et ne

⁶⁰ Dans ce sens, voir Cours Administratives d'Appel (CAA) Douai, 17 septembre 2013, n°13DA00415

⁶¹ Office Française de l'Immigration et de l'Intégration

⁶² Rapport de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France de 2012 : *Situation sanitaire et sociale des » Rroms migrants » en Ile de France.*

⁶³ Fin de la période transitoire pour les ressortissants roumains et bulgares. Quelles conséquences ? - décembre 2013 - http://www.gisti.org/IMG/pdf/hc_periode-transitoire.pdf

pas constituer une « charge déraisonnable pour le système d'aide sociale français »⁶⁴.

Par ailleurs, des décisions de refus de séjour assorties d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) sont toujours émises à l'encontre des migrants roumains et bulgares en grande précarité malgré la fin de la période « transitoire ». Ainsi, pour ne pas risquer une reconduite à la frontière, le quotidien des personnes vivant sur les squats et bidonvilles, quand leurs ressources financières leur permettent, est rythmé pour certains par des allers-retours réguliers entre la France et la Roumanie afin de se maintenir en règle sur le territoire français. Pour les autres, l'irrégularité est la seule solution qui s'impose à eux.

En définitive, compte tenu des difficultés d'accès au marché du travail, les familles roms tirent principalement leurs ressources d'emplois non déclarés : récupération de métaux dans les encombrants, travail dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, vente directe de fleurs, de journaux, de cigarettes, distribution de publicités, spectacle de musique dans la rue ou le métro, nettoyage de vitres de voitures, etc. ainsi que de la mendicité. Dans les « Villages d'insertion » destinés aux populations roms en Seine-Saint-Denis, dispositifs financés en partie par l'État, et dont l'objectif central est l'insertion, les démarches d'accompagnement social lié à l'insertion professionnelle conduites auprès des familles roms se heurtent aux mêmes obstacles. En effet, les familles qui ont été « sélectionnées » pour s'inscrire dans ces projets n'ont pu bénéficier, à leur entrée dans le dispositif, d'autorisation de travail. Comme le souligne Olivier Legros, chercheur à l'Université de Tours : « *Le principal obstacle à la réussite des parcours d'insertion et, par conséquent, à celle des 'villages' demeure donc les difficultés administratives* »⁶⁵.

⁶⁴ Fin de la période transitoire pour les ressortissants roumains et bulgares. Quelles conséquences ? - décembre 2013 - http://www.gisti.org/IMG/pdf/hc_periode-transitoire.pdf

⁶⁵ *Ibid.* Legros O. Les « villages d'insertion » : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? *Revue Asylon(s)*, 2010 ; 8. *Radicalisation des frontières et promotion de la diversité : les figures d'un paradoxe.*

Annexe IV : Charte de référence de la médiation sociale

Document établi et adopté par le Groupe de Travail interministériel et interpartenarial sur les Emplois dits « de médiation sociale », visé par le Comité interministériel des Villes en date du 1^{er} octobre 2001.

Depuis plusieurs années, des initiatives multiples se développent sous le terme générique de « médiation ». Ces démarches répondent à une volonté commune de promouvoir un mode d'intervention dans les relations sociales basé sur la philosophie du dialogue et de la négociation. Elles tendent à s'établir comme un mode spécifique de régulation sociale.

Dans le domaine judiciaire, la médiation familiale et la médiation pénale disposent à présent d'un encadrement codifié. Hors mandat judiciaire, différentes initiatives ont également vu le jour tendant à une résolution des conflits de la vie quotidienne ou plus largement à susciter davantage de lien social, à améliorer les relations entre les institutions, les groupes sociaux et les personnes, ainsi que les relations des personnes entre elles. Ce foisonnement d'expériences faisant appel à l'intervention d'un tiers s'est développé sous l'appellation générique de « médiation sociale ».

Qu'elles soient d'initiative citoyenne ou institutionnelle, ces pratiques occupent une place de plus en plus importante, en particulier au sein des quartiers de la politique de la ville et participent, notamment, de la volonté de réinvestissement et d'humanisation de l'espace public.

Ces pratiques génèrent souvent de véritables dynamiques locales, contribuent à conforter le lien social, à améliorer la cohésion sociale et à faciliter une meilleure prise en compte des conflits de la vie quotidienne. Elles tendent à établir une plus grande égalité des chances au sein de la société, à favoriser une plus grande proximité des institutions avec les publics, à expérimenter de nouvelles formes de relations sociales et à développer une plus grande humanité dans les rapports entre les gens.

La démarche de la médiation sociale répond à un objectif de pédagogie citoyenne qui constitue le cœur de son utilité sociale : en privilégiant l'écoute et le dialogue, en

facilitant une meilleure compréhension des situations, des normes, des points de vue d'autrui et des conséquences sociales des comportements de chacun, elle contribue à faire émerger des solutions nouvelles et adaptées à l'évolution de la société et à favoriser l'autonomie des individus.

Les activités de médiation sociale concernent des catégories d'intervenants très variées (annexe 1), aux statuts divers et pour lesquels la médiation sociale constitue parfois une fonction spécifique et le plus souvent une fonction parmi d'autres.

Il faut souligner que la médiation entendue au sens de ce texte prend en compte l'ensemble des personnes dont l'activité vise à intervenir en qualité de tiers ou d'intermédiaire entre deux parties. De nombreux métiers existants – gendarme, conducteur d'autobus, enseignant... – peuvent développer des activités de médiation, mais celles-ci ne constituent pas leur objectif principal.

La médiation intervient dans les interstices, en amont ou en aval d'autres intervenants notamment dans les champs de la prévention, de la sécurité, de l'intégration ou du travail social, et particulièrement des services publics. L'émergence de la médiation sociale doit donc également conduire à une redéfinition de ces métiers traditionnels, mais le cadre de référence proposé ci-après n'a pas vocation à se substituer aux règles et déontologies propres à chaque profession.

Par-delà la diversité des appellations, des statuts et des missions, le besoin d'un cadre de référence par rapport aux pratiques relevant de la médiation sociale se fait ressentir et est exprimé bien souvent par les intervenants eux-mêmes. Ce besoin de clarification participe également d'une fréquente demande de reconnaissance professionnelle vis-à-vis des employeurs. Ce besoin a conduit d'ores et déjà à la production de textes de référence, couvrant soit un statut particulier (circulaire Intérieur, Emploi et Solidarité sur les ALMS, emplois jeunes), soit une activité particulière (correspondant de nuit, femmes-relais), soit des employeurs déterminés (OPTIMA, RATP, SNCF...).

Il nous a paru nécessaire de parvenir aujourd'hui à la production d'un cadre d'ensemble, recueillant l'adhésion des différents ministères et partenaires concernés et servant de base à la définition plus précise des métiers, de leurs conditions d'exercice et d'articulation avec les autres métiers. Il ne s'agit pas de rigidifier des

pratiques qui ont fait la preuve de leur pertinence et dont l'intérêt réside le plus souvent dans leur spontanéité, leur faculté d'adaptation, leur inventivité et leur non-assujettissement à des normes institutionnelles. Il s'agit en fait de répondre à une demande largement exprimée d'élaborer un cadre de référence de la médiation sociale qui offre une série de points de repère aux intervenants pour guider leurs pratiques, à leurs employeurs, ainsi qu'aux pouvoirs publics.

I - Les objectifs et la définition des missions

La médiation sociale est définie comme un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose.

D'autres pratiques se sont développées, parfois sous le terme de médiation sociale, poursuivant ces mêmes objectifs, en recourant à l'intervention d'un tiers, mais sans remplir les conditions de son impartialité ou de son indépendance. Ces pratiques généralement portées par des institutions, même si elles renvoient à des interrogations spécifiques liées à l'externalisation de certaines missions, posent des questions similaires en ce qui concerne les principes de référence et conditions de leur mise en œuvre.

Si les objectifs de ces pratiques sont variés – règlement des conflits de la vie quotidienne, prévention de la délinquance, intégration des populations en difficulté... –, elles ont fréquemment comme dénominateur commun leur participation à un réinvestissement collectif des espaces publics.

II - Le cadre déontologique d'intervention

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.

III - Les conditions d'un bon exercice de la médiation sociale

D'ores et déjà, les principales conditions d'exercice de la médiation sociale peuvent être recensées. Elles seront précisées dans le cadre des différents supports professionnels ou partenariaux qui seront élaborés par le présent groupe de travail.

1. Les aptitudes

Les fonctions de médiation sociale nécessitent des aptitudes ou pré-requis qui sont de deux sortes :

- qualités et potentialités relationnelles, d'ouverture, d'analyse de situations ;
- expérience de la vie sociale, de ses problématiques et de son évolution.

2. La formation

La formation doit en particulier permettre l'acquisition de véritables compétences professionnelles de la médiation sociale.

Elle doit pour une large part reposer sur l'alternance, les mises en situation, l'analyse des pratiques, l'intervention d'acteurs professionnels.

Elle doit être régulièrement actualisée et intégrer en particulier des éléments relatifs à la déontologie et à l'éthique.

Elle doit favoriser l'approche partenariale et pluridisciplinaire des situations.

3. L'encadrement

La mise en place d'un véritable encadrement au sein de la structure employeuse, disposant des qualifications nécessaires et d'une reconnaissance institutionnelle, est une condition de la mise en œuvre dans la durée d'un service de qualité. Cet encadrement est un garant de cette qualité, à la fois contrôle et soutien pour les médiateurs. Il peut être utilement complété par un travail de supervision.

L'encadrement est également le signe concret de l'engagement de la structure ou de l'institution à porter, soutenir et intégrer ces services de médiation sociale dans leur propre organisation et fonctionnement.

4. Le partenariat

Les médiateurs n'ont pas à faire à la place des autres professionnels. Ils exercent une activité nouvelle et originale, distincte du travail social ou d'activités éducatives ou de sécurité. Ils doivent développer leur intervention en articulation, concertation et complémentarité avec les autres intervenants.

L'inscription dans des logiques partenariales et territorialisées est un principe essentiel de la médiation sociale et une des conditions de sa réussite : sa réussite dépend notamment de la capacité des autres acteurs à prendre le relais. En ce sens, des protocoles de collaboration inter partenariaux peuvent être utilement conclus localement.