



NOTE DE SYNTHÈSE

Rapport de préfiguration d'un Programme régional de médiation en santé en Nouvelle-Aquitaine, octobre 2022

Arnaud Rubi, chargé d'étude, *FNASAT-Gens du voyage*

Frédérique Quirino Chaves, responsable du pôle santé, *FNASAT-Gens du voyage*

Table des matières

1. Contexte	p. 3
2. Objectifs et méthodologie	p. 3
3. A propos des Gens du voyage	p. 4
4. La santé des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine	p. 5
4.1 Constats, réponses des pouvoirs publics et actions partenariales engagées en Nouvelle-Aquitaine	p. 6
5. A propos de la médiation en santé	p. 7
6. Actions santé mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine en 2022	p. 8
6.1 Regard porté par les acteurs de médiation en santé (AMS) sur leur pratique professionnelle	p. 9
6.2 Principales réussites de la médiation en santé en NA	p. 10
6.3 Principales limites de la médiation en santé en Nouvelle-Aquitaine	p. 10
7. Préconisations a priori pour l'instauration d'un PRMS en NA	p. 11
7.1 Un PRMS pour structurer la médiation en santé en NA et renforcer ses conditions de succès	p. 11
7.2 Un PRMS à co-construire	p. 13

1. Contexte

Le rapport de préfiguration d'un Programme régional de médiation en santé (PRMS) en Nouvelle-Aquitaine (NA) s'inscrit dans une démarche régionale ambitieuse et plurielle relative à **l'étude pilote menée en Nouvelle-Aquitaine sur la santé des Gens du voyage**. Cette démarche associe étroitement l'Agence Régionale de Santé (ARS) NA, Santé publique France (SPF), la Fnasat-Gv et les associations locales adhérentes de la fédération. Particulièrement inspirante concernant l'engagement de chacun des acteurs impliqués tout comme la démarche participative de co construction qui a présidé à sa mise en œuvre, cette démarche et les objectifs visés pourraient opportunément être transposés sur d'autres régions.

L'étude pilote comporte un volet enquête épidémiologique d'envergure sur l'état de santé et le recours aux soins des Gens du voyage en lien avec leurs conditions d'habitat, menée entre 2019 et 2022, et une analyse qualitative finalisée en décembre 2019 sur l'accès à la santé des Gens du voyage en NA. Au regard de l'ensemble des éléments recueillis dans ces différents volets, le rapport vise la formulation de recommandations pour l'élaboration d'un PRMS en NA.

Prenant appui sur une étude qualitative menée entre juin 2021 et juin 2022 par un chargé d'étude de la Fnasat-GV, le sociologue Arnaud Rubi, ce rapport a été réalisé dans une démarche coopérative avec les associations locales membres du réseau. Il a été remis à l'ARS NA fin octobre 2022.

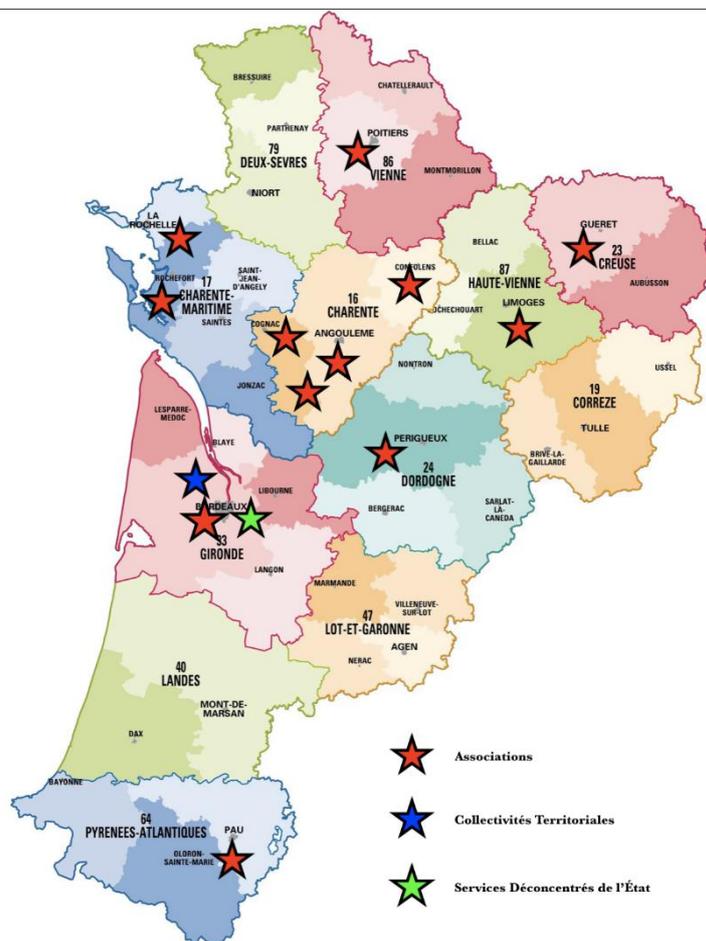
2. Objectifs et méthodologie

L'étude qualitative sur la préfiguration d'un PRMS en NA visait **quatre objectifs principaux** :

- Caractériser l'état de santé et les besoins en santé des Gens du voyage de la région NA,
- Identifier et analyser les réponses des pouvoirs publics face aux besoins de santé avérés des Gens du voyage de NA,
- Comprendre les modalités d'action et d'évaluation de la médiation en santé en tant qu'outil de lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé auprès des Gens du voyage de NA,
- Préfigurer les contours d'un PRMS néo-aquitain.

La méthodologie employée a mobilisé plusieurs modalités complémentaires : une revue de la littérature sur les Gens du voyage en France et en NA ; une analyse des Schémas Départementaux d'Accueil et d'Habitat des Gens du Voyage (SDAHGV) de NA ; des entretiens semi-directifs d'acteurs associatifs et institutionnels et des ateliers participatifs réunissant les acteurs associatifs.

En revanche, concernant les limites méthodologiques de cette étude, il convient de signaler que la parole des Gens du voyage néo-aquitains n'a pas été recueillie. De plus, certains départements n'ont pas participé au travail collaboratif qui a abouti à ces préconisations. Enfin, ces recommandations ont été formulées *a priori*, ce qui signifie qu'elles ont été validées collectivement mais non évaluées.



Localisation géographique des acteurs associatifs et institutionnels interrogés en Nouvelle-Aquitaine

3. A propos des Gens du voyage

Au sens de la **loi Besson de 2000**, les « Gens du voyage » sont des « *personnes dont l'habitat traditionnel est composé de résidence mobile* »¹. Ce terme générique est une dénomination administrative, désignant une population hétérogène qui entretient un rapport protéiforme à la mobilité, entre voyage, errance subie, itinérance, fixité et sédentarité. Il apparaît que les Gens du voyage, citoyens français, s'inscrivent dans une histoire longue de discriminations, notamment par l'État français (carnets anthropométriques², internement dans des camps pendant la Seconde Guerre

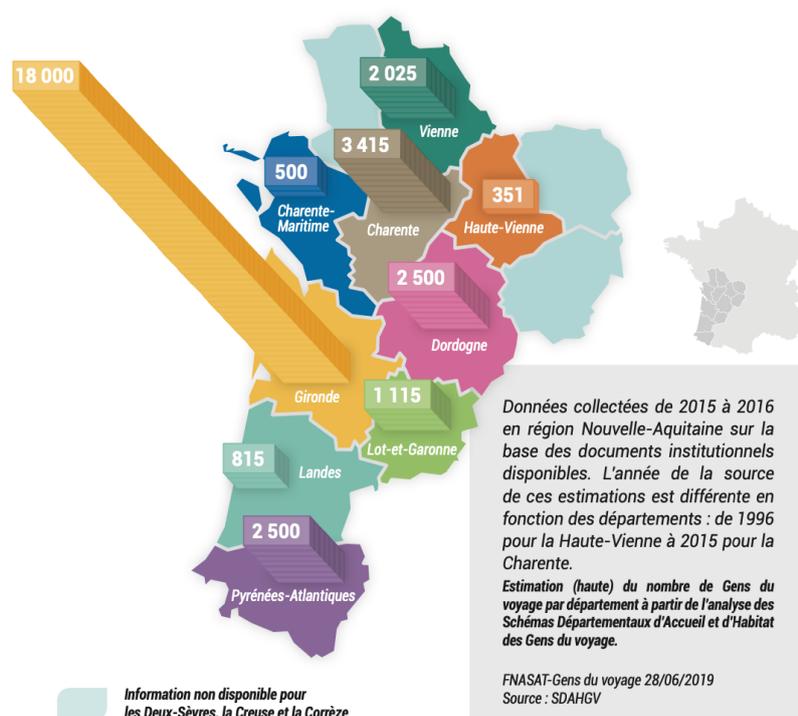
¹ Loi n°2000--614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et l'habitat des gens du voyage
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000583573/>

² Le carnet individuel est accompagné d'un carnet collectif regroupant les noms de chaque membre du groupe familial. Ce livret impose ainsi de voyager en groupe, car chaque événement (naissances, décès, etc.) doit être déclaré dans un délai précis au chef-lieu de délivrance, tout comme chaque perte ou renouvellement de carnet anthropométrique.

mondiale³, livrets de circulation) et font encore l'objet de pratiques et de discours qui oscillent entre stigmatisation et invisibilisation, impactant négativement l'accès et le recours des publics aux dispositifs de droit commun, y compris en santé. Rappelons dans ce contexte que la caravane n'est pas reconnue comme un logement et que cela a de lourdes conséquences sur les conditions de vie de très nombreuses personnes. Mais aussi que l'offre d'accueil reste insuffisante et celle d'habitat adapté bien plus encore.

Nous ne disposons pas en France d'un recensement des Gens du voyage et il est impossible d'avoir une donnée précise sur leur poids démographique. Cependant, le Conseil de l'Europe évoque une présence en France de 300.000 à 500.000 Gens du voyage⁴.

Concernant la région Nouvelle-Aquitaine, les estimations disponibles confirment une présence des Gens du voyage sur les douze départements, telle que présentée ci-dessous⁵ :



4. La santé des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine

Concernant la santé des Gens du voyage, les données disponibles – certes peu nombreuses – s'accordent à décrire un état de santé moins optimal que la population générale en France. Ainsi, SPF mettait en lumière dans un rapport remis à la Direction Générale de la Santé (DGS) et présenté en 2017 à la Commission nationale consultative des Gens du voyage, que ces derniers sont « soumis à un

³ Il a fallu attendre 2016 pour que François Hollande, Président de la République, reconnaisse le rôle de l'État dans la persécution des « nomades » pendant la seconde guerre mondiale.

⁴ Marc Bordigoni, « Gitans, Tsiganes, Roms... idées reçues sur le monde du Voyage », édition Le Cavalier Bleu, 2021.

⁵ Éléments de diagnostic sur l'accès à la santé des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine : http://adagv79.fr/pdf/sante/analyse_qualitative_fnasat_dec2019.pdf

cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables, entraînant une forte vulnérabilité face aux problèmes de santé et d'accès aux soins. Ces expositions multiples, doivent entraîner des fréquences élevées de maladies et **un état de santé dégradé** ». L'espérance de vie à la naissance des Gens du voyage en France est ainsi inférieure à celle de la population en général : de 10,9 ans pour les femmes; de 7,9 ans pour les hommes⁶. En outre, les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé qui les caractérisent engendrent une tendance structurelle au vieillissement précoce⁷.

4.1 Constats, réponses des pouvoirs publics et actions partenariales engagées en Nouvelle-Aquitaine

En concordance avec les constats nationaux dressés par SPF, la quasi-totalité des schémas départementaux d'accueil et d'habitat des Gens du voyage (SDAHGV)⁸ en NA soulignent **la forte proportion d'affections cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires ou infectieuses** qui touchent les Gens du voyage néo-aquitains. Le **lien avec les conditions de vie (déterminants environnementaux) et les modes de vie (déterminants sociaux et individuels)** est également établi dans la plupart des diagnostics. Les constats empiriques des acteurs associatifs relèvent également la prégnance de pathologies liées à l'alcoolisme et à la toxicomanie à laquelle s'ajoute, dans certains espaces ruraux (Landes, Creuse, Médoc), un isolement sévère pouvant renforcer les risques d'unions consanguines dans certains groupes familiaux. Il convient de bien préciser que ces constats ne sauraient être appliqués aux Gens du voyage mais bien à certains parmi ceux accompagnés par les associations.

Les **phénomènes de renoncement et de non-recours aux soins** ne sont pas spécifiques aux Gens du voyage. Ils sont, en revanche, caractéristiques des groupes sociaux les plus précaires et interrogent l'effectivité des politiques publiques mises en place. Les populations précaires se trouvent soumises, d'une certaine façon, à une triple peine : elles sont plus exposées à la maladie, elles sont moins réceptives aux messages de prévention et elles ont, en outre, moins recours aux soins.

Les **profils des Gens du voyage bénéficiant d'un accompagnement social par les structures associatives du réseau Fnasat-Gv** – qui ne sont, rappelons-le, pas représentatifs de l'ensemble des Gens du voyage habitant le territoire – varient selon leurs lieux de vie et leurs modes d'habitat, leurs caractéristiques socio-économiques et les besoins exprimés dans leurs relations avec les associations. Il apparaît néanmoins qu'il s'agit d'une population dans son ensemble relativement jeune et précaire, soumise à une forte compétitivité des besoins et à un rapport complexe à la santé, au système et aux professionnels de santé. Ces représentations sont souvent source d'inquiétude et de défiance mutuelle et marqué par des temporalités distinctes. Selon les acteurs associatifs rencontrés, les familles de Gens du voyage au sein desquelles on retrouve des états de santé fortement dégradés, corrélés à des conditions d'isolement géographique et/ou social, sont généralement celles en errance – subissant les déplacements et alternant les aires d'accueil les plus dégradées et les stationnements illicites – et celles enclavées, vivant sur des terrains privés dont elles sont propriétaires et connaissant de grandes difficultés d'accès aux fluides et peu ou pas de capacité de mobilité.

⁶ Rapport 2021 de la FRA (European Union Agency for Fundamental Rights, « *Vivre en tant que Roms et Gens du voyage, Résultats de l'enquête dans 6 pays. Enquête sur la situation des Roms et des Gens du voyage.* »

⁷ <https://www.cairn.info/revue-etudes-tsiganes-2019-3-page-52.htm>

⁸ Le SDAHGV constitue le document pivot de la politique publique déclinée localement. Cerema. Les schémas départementaux d'accueil et d'habitat des gens du voyage : Guide d'élaboration/ révision. Bron : Cerema, 2020.

D'une manière générale, il n'existe pas de politique de santé spécialement dédiée aux Gens du voyage. Les actions réalisées s'inscrivent dans le cadre du volet santé des SDAHGV ainsi que dans les politiques de lutte contre la pauvreté et celui des politiques de santé ciblées vers les « publics démunis » (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)).

La lecture des **SDAHGV néo-aquitains** en cours de validité nous permet de catégoriser les actions santé déployées sur le territoire, en cinq groupes⁹ :

- Prévention et promotion de la santé ;
- Diagnostic sur les besoins en santé sur le territoire ;
- Accès aux droits et aux soins (généralistes, urgences, spécialistes) ;
- Santé mentale ;
- Santé environnementale.

Notons le rôle essentiel – mais assuré de manière inégale selon les départements – du pilotage institutionnel et de l'animation partenariale dans la mise en œuvre des objectifs santé des Schémas départementaux.

Parallèlement, les Gens du voyage sont inclus dans les populations bénéficiaires des actions du **PRAPS NA 2018-2023**. Celui-ci établit dans ses priorités d'action le soutien aux « *médiations sanitaires envers les populations en bidonville ou en habitat mobile* ». Cela implique « *d'accompagner, par un plan régional de médiation sanitaire, le déploiement de douze postes de médiateurs sanitaires en région, en prenant appui sur les expériences déjà menées en région, sur le programme national de médiation sanitaire (...)* ». De fait, l'ARS NA a largement associé dans l'élaboration du PRAPS 2018-2023 les acteurs associatifs du réseau Fnasat-Gv qui portent ces postes de médiateurs/médiatrices santé auprès et avec des Gens du voyage, visant à terme la création d'un Programme régional faisant l'objet de ce rapport.

5. A propos de la médiation en santé

La médiation en santé, reconnue par la **loi de modernisation de notre système de santé en 2016**¹⁰, est définie par la **Haute Autorité de Santé (HAS)**¹¹ comme la **fonction temporaire d'interface assurée en proximité** pour faciliter d'une part « *l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables* », et d'autre part « *la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé* ». Ce processus temporaire a pour **objectifs** de renforcer « *l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ; le recours à la prévention et aux soins ; l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé* » ainsi que « *la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public* ». Afin d'y parvenir, la HAS recommande de réaliser des pratiques « *d'aller-vers* » – dans le but de ramener-vers le droit commun – et de « *faire avec* » le public et les professionnels de santé.

Les frontières de la médiation en santé sont poreuses car son périmètre d'action couvre les champs sanitaires et sociaux, ce qui la rend difficile à circonscrire dans ses développements protéiformes. Cela

⁹ Cf. Annexe 1 – Tableau des catégories d'actions santé publiées dans les SDAHGV de NA

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

¹¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

implique pour le médiateur santé un « *métissage des cultures* » dans un « *espace d'interprétariat entre différentes institutions et activités professionnelles* » explique l'ARS NA.

Le profil et/ou la formation des médiateurs, médiatrices en santé reste large (professionnels du secteur social ou sanitaire, personnes dont « *l'expérience personnelle s'apparente à celle de la population cible du projet* »). Les compétences nécessaires à l'exercice de la médiation en santé concernent la connaissance de l'environnement, des compétences techniques et le savoir-être.

5.1 La mise en place de la médiation en santé en NA

En NA, le déploiement de la médiation en santé auprès des Gens du voyage repose sur le champ associatif. En 2017, l'ARS NA finançait trois (3) ETP de médiation en santé sur la région, portés par trois structures associatives membres du réseau Fnasat-Gens du voyage. En 2022, sept (7) ETP de médiation en santé sont financés sur six (6) départements, qui se distribuent de la manière suivante :

- Deux médiatrices santé à temps plein intervenant sur l'ensemble du département de la Vienne (86) depuis 2019 ;
- Une médiatrice santé à temps plein intervenant sur l'ensemble du département des Pyrénées-Atlantiques (64) depuis une quinzaine d'années ;
- Une médiatrice santé à temps plein intervenant sur l'ensemble du département de la Haute-Vienne (87) depuis 2018 ;
- Deux médiatrices santé à mi-temps intervenant sur la communauté d'agglomération de Périgueux dans le département de la Dordogne (24) depuis 2014 ;
- Une médiatrice en santé à temps plein intervenant sur les territoires d'action de trois associations-Centres sociaux du département de la Charente (16) depuis 2018 ;
- Une fonction de médiation en santé exercée par l'ensemble des travailleurs sociaux associatifs sur l'ensemble du département de la Gironde (33).

6. Actions santé mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine en 2022

La pratique de la médiation en santé auprès des Gens du voyage en NA est **protéiforme**. Elle s'inscrit dans le projet social associatif de chaque structure porteuse et répond aux caractéristiques historiques et territoriales dans lesquelles évoluent les associations, les professionnels de santé et les partenaires financeurs. En NA, la fonction de médiation en santé est ainsi assurée majoritairement par un travailleur social (CESF, assistante sociale, éducateur). Une association a fait le choix d'intégrer une infirmière pour exercer cette fonction, alors qu'une autre structure confie la fonction de médiation en santé à l'ensemble des travailleurs sociaux de l'association, répartis sur le territoire d'intervention du département.

Malgré la diversité des structures associatives et des territoires d'intervention, les actions de médiation en santé menées par les acteurs associatifs de N.A. s'inscrivent toutes dans le cadre du référentiel de la HAS. Ces actions peuvent être classées en **quatre catégories** :

- **L'accès aux droits santé** qui est généralement la porte d'entrée pour de nombreux Gens du voyage accompagnés par les associations (démarches administratives, orientations, ...),
- **L'accès aux soins** (repérage et mobilisation des acteurs du soin, prises de rendez-vous avec les professionnels de santé, accompagnement physique aux consultations, ...),

- **La prévention et promotion de la santé**, aux niveaux collectif (ateliers de prévention et d'éducation à la santé animés par des professionnels de santé et des acteurs locaux) et individuel (de manière plus informelle, sur les temps de visites et de veille sur les lieux de vie),
- **Les collaborations** qui visent à alerter et mobiliser des partenaires, à favoriser leur mise en réseau et à constituer un soutien pour les professionnels.

En outre, deux axes d'intervention transversaux complètent cette catégorisation construite avec les acteurs associatifs de NA : **l'accompagnement et la sensibilisation**.

La répartition du temps de travail dédié à chaque catégorie d'action est structurellement liée au territoire (en particulier, la densité du maillage sanitaire), au public, aux moyens humains et financiers dont dispose chaque association, ainsi qu'à l'organisation interne. Nous observons que pour les structures associatives peu dotées en salariés, l'accès aux droits est l'activité la plus chronophage. En revanche, pour les associations mieux dotées, la répartition des actions diffère. Celles dont le territoire d'action est fortement touché par la désertification médicale auront tendance à consacrer plus de temps aux actions de prévention et promotion de la santé et à nouer des partenariats pour la réalisation de vaccinations et de dépistages sur les lieux de vie. Sur d'autres territoires, en revanche, c'est l'accès aux soins qui est l'activité la plus énergivore, particulièrement dans les zones rurales, où les distances peuvent être longues entre le cabinet du professionnel de santé et les lieux de vie des Gens du voyage.

6.1 Regard porté par les acteurs de médiation en santé (AMS) sur leur pratique professionnelle

Selon les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude qualitative – les « acteurs » de médiation en santé sont en réalité des « actrices » –, faire de la médiation en santé auprès des Gens du voyage c'est adopter « *un rôle quotidien de fluidification et d'explication* » pour les bénéficiaires comme pour les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Cela implique d'avoir une **connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics**. Plusieurs d'entre elles soulignent également la notion de vocation, nécessaire à l'exercice et au maintien dans cette fonction, comme cela est le cas de nombreux professionnels des domaines du social et de la santé.

La posture des AMS mêle professionnalisme, engagement citoyen assumé – lutter contre les inégalités sociales de santé – et une neutralité bienveillante dans leur position d'interface.

La médiation en santé impose en amont une démarche faite d'observations et d'écoute, dans la proximité et la confiance, qui permet par la suite **la détection ou l'émission des besoins**. Trois modalités coexistent pour le repérage des besoins en santé :

- L'expression directe de demandes par les personnes sur les lieux de vie ou au siège de l'association, concernant principalement l'accès aux droits santé, la prise de rendez-vous médicaux et des accompagnements physiques,
- Le repérage de problématiques santé à l'occasion d'autres activités pouvant mener à la suite à l'engagement d'un travail sur la santé,
- Les interpellations directes des partenaires, acteurs de santé ou établissements scolaires notamment.

D'une manière générale, les AMS mettent en avant la **complexité inhérente aux accompagnements en matière de santé des Gens du voyage**. Selon elles, moins les conditions de vie des Gens du voyage sont stables, plus le suivi santé est compliqué. Or, les accompagnements doivent pouvoir s'inscrire

dans un temps relativement long pour permettre d’instaurer un lien de confiance avec les personnes et qu’elles puissent s’approprier les informations et orientations. S’ajoutent la question de l’inadéquation entre l’offre sanitaire et les besoins du public, et celle liée aux temporalités divergentes des Gens du voyage en situation de mobilité.

Pour mener à bien leur fonction de médiation en santé, les AMS s’emploient à respecter au mieux les **principes** d’aller-vers et d’être avec le public et les acteurs de santé ; de faire avec le public à partir de ses souhaits et de ses capacités ; de faire ensemble pour développer le pouvoir d’agir des bénéficiaires dans une visée d’autonomisation éclairée ; et de ramener-vers le système de droit commun.

Les **trois principales difficultés exprimées par les AMS** sont :

- L’identification de professionnels de santé sur les territoires ;
- Le sentiment de ne pas être pris au sérieux par les praticiens ;
- La permanence de stéréotypes et de mécanismes de discrimination à l’encontre des Gens du voyage.

6.2 Principales réussites de la médiation en santé en NA

La médiation en santé en NA bénéficie d’**une reconnaissance croissante de la part des pouvoirs publics** d’autant plus quand le partenariat est ancré historiquement sur le territoire entre les différents partenaires mobilisés et que l’expertise des AMS est valorisée dans l’écosystème local. Si les actions de médiation en santé sont évaluées de manière particulièrement positive dans les domaines de l’ouverture et du maintien des droits santé, de l’accès effectif aux soins et de la prévention et promotion de la santé, leur impact sur l’exposition des Gens du voyage à des déterminants environnementaux défavorables – par le biais de remontées d’informations régulières aux autorités – est en revanche plus complexe.

Les pratiques d’aller-vers – physique et symbolique – des AMS sont également reconnues comme **efficaces pour (re)créer ou favoriser du lien social** avec les Gens du voyage qui sont les plus isolés et éloignés du système de santé.

Face à la dématérialisation croissante des démarches administratives, les actions des AMS en matière d’**accès aux droits santé et aux soins** produisent des résultats encourageants, avec la limite que porte en elle-même la raréfaction de l’offre de soin.

L’efficacité de la médiation en santé, l’expertise et la légitimité des associations accompagnant des Gens du voyage, ont été particulièrement valorisées, notamment par l’ARS, **dans le contexte de la crise sanitaire**.

Les jeunes représentent un **levier dans les actions de prévention et de promotion de la santé**. Les activités conçues et réalisées pour et avec eux permettent souvent d’amorcer une démarche préventive avec des adultes.

6.3 Principales limites de la médiation en santé en Nouvelle-Aquitaine

Le manque de moyens, associé parfois à l’étendue du territoire d’intervention, entraîne **une priorisation forcée des accompagnements santé**. Celle-ci tend à privilégier les familles dont la situation de vulnérabilité est la plus prégnante, fréquemment celles en errance. La totalité des besoins constatés sur le terrain ne peut donc pas être traitée.

L'accès aux soins apparaît **encore insuffisant en milieu rural**, où la désertification médicale est particulièrement marquée, freinant l'identification et l'orientation vers des professionnels de santé (notamment les dentistes et les ophtalmologues). Les délais d'intervention et de prises de rendez-vous ne sont ainsi pas toujours compatibles avec les publics, notamment ceux qui subissent la mobilité, et peuvent entraîner des ruptures de droits et de parcours de soins.

L'impact sur la prévention et la promotion de la santé apparaît lui aussi **limité**, en particulier concernant les actions collectives et d'autant plus lorsqu'elles sont conçues sur un format « *one shot* » que les acteurs associatifs ne soutiennent pas. La question du rapport à la norme dominante et à l'altérité, de la prise en compte sans jugement des représentations et des valeurs, apparaît ici essentielle.

Le turnover sur les postes de médiation en santé, lié à un cumul de facteurs défavorables (manque de reconnaissance, complexité des accompagnements, manque de perspectives d'évolution professionnelle et de reconduction de financements) **nuît à son efficacité**. Lorsqu'une AMS quitte une structure, elle emmène avec elle son expérience, et la relation de confiance établie avec les Gens du voyage.

Enfin, les actions de médiation en santé semblent montrer des **limites dans le développement de l'autonomie** dans le parcours de soins, de l'intégration des Gens du voyage au sein du système de santé de droit commun **et dans l'accroissement de leur pouvoir d'agir**. Cet enjeu pose d'une part la question de la fin de la relation d'accompagnement. En outre, le concept d'autonomie est sujet à deux interprétations divergentes, l'une à visée responsabilisante et normative, bien implantée dans certaines institutions, l'autre à visée émancipatrice, proche des principes de santé communautaire, portée par les associations et les AMS. D'autre part, comment ramener les publics vers le droit commun, quand celui-ci est défaillant, sans apparaître comme un opérateur de la commande publique, animateur d'une filière spécifique qui comble ces failles ? Enfin, les modes d'évaluation portés par les financeurs pour les postes d'AMS sont principalement quantitatifs, ne permettant pas de prendre en compte la temporalité nécessaire aux interventions vers les publics les plus éloignés, qui sont ceux ayant le plus de besoins.

7 Préconisations a priori pour l'instauration d'un PRMS en NA

7.1 Un PRMS pour structurer la médiation en santé en NA et renforcer ses conditions de succès

La conjoncture en Nouvelle-Aquitaine semble être particulièrement favorable au développement de la médiation en santé. En effet, nous observons un engagement conjoint des acteurs institutionnels (en particulier, l'ARS), des acteurs associatifs et d'universitaires mobilisés pour valoriser son efficacité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Cet écosystème contribue ainsi au déploiement de la médiation en santé dans un cadre structuré et cohérent, qui gagnerait à être incarné dans un PRMS, lui permettant de renforcer son impact et de dépasser ses limites actuelles.

Un PRMS néo-aquitain permettrait tout d'abord de **renforcer la reconnaissance institutionnelle de la médiation en santé** sur le territoire. L'un de ses principaux objectifs serait ainsi de **développer une stratégie visant à asseoir la légitimité de la médiation en santé auprès des différents partenaires**, de ses missions et méthodes, de son rôle de **facilitatrice des coopérations locales en santé** au sens global (prenant en compte les déterminants sociaux et environnementaux). Cela passerait en particulier par

la **sécurisation des financements** des actions de médiation en santé, actuellement dotées dans le cadre du Fond d'intervention régional (FIR) et soumises à des renouvellements annuels ou, plus rarement, trisannuels.

Un PRMS permettrait également de **renforcer la reconnaissance professionnelle de la médiation en santé** en actionnant plusieurs leviers :

- **Respecter l'hétérogénéité des pratiques de médiation en santé** dans sa mise en œuvre sur le terrain tout en proposant un espace de réflexions et de propositions pour sécuriser des standards d'intervention et de postures – **des référents communs** – susceptibles d'être intégrés à des supervisions et à des évaluations de l'ensemble des actions de médiation en santé développées en NA ;
- **Déployer des AMS** (nombre de postes, répartition territoriale) **en fonction des besoins identifiés sur le terrain**, ce qui implique le développement d'un réseau partenarial intersectoriel avec une communauté de pratiques et une capacité partagée de veille sociale et sanitaire pour réaliser des diagnostics locaux ;
- **Intégrer de nouveaux indicateurs** - notamment **qualitatifs** – **reflétant la complexité de la fonction de médiation en santé** en mettant en place des **mécanismes plus participatifs** à travers **un mode d'évaluation**, doté de moyens dédiés, **basé sur l'évaluation partagée** (acteurs, bénéficiaires, commanditaires, partenaires sanitaires) **et la co-construction d'indicateurs** ;
- **Offrir des perspectives d'évolution professionnelle aux AMS** en complément de la reconnaissance de leurs compétences, de leurs connaissances et de leur savoir-être, d'une réflexion relative au positionnement dans les grilles de salaires, d'un appui à leur intégration dans une équipe pluridisciplinaire, pour lutter contre le turnover sur les postes et renforcer leur attractivité.

Un PRMS devrait aussi pouvoir **participer activement au développement des compétences des acteurs de médiation en santé**. Il permettrait d'offrir un espace organisé de relations entre les AMS, au niveau régional comme départemental, avec des rencontres régulières proposant des temps de :

- **Formation continue** ; le PRMS pourrait en outre être un espace pour la **conception commune d'une formation socle**, voire pour proposer des formations de perfectionnement, et pourrait **s'inspirer du PNMS et de ses journées de regroupement** ;
- **Analyse de pratique**, exclusivement centrée sur les problématiques auxquelles sont confrontées les AMS dans leurs activités quotidiennes ;
- **Echange de pratiques** afin de capitaliser des bonnes pratiques inspirantes.

Enfin, un PRMS permettrait de **renforcer les capacités de plaidoyer** des acteurs associatifs **auprès des pouvoirs publics (collectivités territoriales, services déconcentrés de l'Etat)**, dans une conception holistique de la santé reliant la question sanitaire aux sphères sociale, médico-sociale, environnementale et aux conditions de vie et d'habitat. Cela implique la mise en œuvre d'un **partenariat équilibré** avec le champ institutionnel qui finance les actions, reconnaissant les acteurs associatifs en tant que partenaires et non comme simples exécutants de la commande publique. L'histoire des territoires et de la culture de concertation apparaît à ce titre comme un facteur structurant de la qualité de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques.

Un PRMS néo-aquitain pourrait ainsi servir d'espace d'échanges et de rencontres régulières pour les différents professionnels accompagnant les Gens du voyage, qui permettrait aussi de **stimuler la participation des Gens du voyage** et leur contribution à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de santé qui leur sont destinées.

7.2 Un PRMS à co-construire

L'objet final de cette étude ne consiste pas à proposer un dispositif prédéfini et figé pour un PRMS néo-aquitain. Il s'agit plutôt d'esquisser **des préconisations structurantes**, nourries par les nombreux échanges menés avec les acteurs institutionnels et associatifs du territoire **dans une démarche de co-construction** attentive à son caractère évolutif et ajustable.

Au regard des besoins et attentes exprimés par les acteurs interrogés, un PRMS néo-aquitain devrait pouvoir poursuivre **les objectifs généraux et spécifiques** suivants :

- **Penser et organiser collectivement** – dans un processus dynamique et coopératif – **la structuration de la médiation en santé en NA**, afin de répondre aux besoins de santé des publics éloignés du système de santé et favoriser leur recours :
 - Assurer le partage de référents communs, de principes éthiques d'action et d'un cadre d'intervention partagé pour promouvoir la cohérence, la pertinence et les conditions de succès des actions ;
 - Animer la démarche via une fonction de coordination ;
 - Prévoir et organiser les espaces, temps et outils nécessaires pour accompagner les acteurs (responsables de structures, AMS, partenaires) et les projets de médiation en santé du territoire ;
 - Assurer l'évaluation de l'approche globale, des actions comme du processus ;
 - Développer une stratégie partagée visant à asseoir la légitimité de la médiation en santé auprès des différents partenaires dans une logique de complémentarité et de non concurrence des pratiques ;
 - Assurer une fonction de plaidoyer qui permette de porter à la connaissance des partenaires les remontées d'information du terrain, tout comme la recherche et la participation des personnes concernées.

- **Favoriser l'accès et le recours aux droits, aux soins, à la prévention et à la promotion de la santé des personnes éloignées du système de santé en NA**, notamment des Gens du voyage, puis, par essaimage, les publics en situation de vulnérabilité, à l'interface entre les personnes et les acteurs du système de santé (institutions, services, professionnels de santé) :
 - En direction des personnes accompagnées : développer leurs connaissances et leurs capacités pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun ;
 - En direction des acteurs et des structures de santé : favoriser leur mobilisation et leur mise en réseau afin de contribuer à un meilleur accueil et suivi des publics ciblés ;
 - En direction de l'environnement : favoriser l'amélioration des conditions de vie des personnes accompagnées, en particulier permettre de réduire les risques sanitaires directement liés à l'environnement.

L'instauration d'un PRMS permettrait ainsi la mise à disposition d'un **outil fort pour penser et mettre en œuvre le déploiement de la médiation en santé en NA**, en facilitant son intégration au sein de l'écosystème local (social, sanitaire, médico-social) et en favorisant le développement des coopérations locales en santé, dans le but de contribuer au renforcement de la reconnaissance institutionnelle et professionnelle de la médiation en santé et du métier de médiateur santé.

En considérant le spectre large des possibles, le rapport propose **différents scénarii de portage et de pilotage du programme avec une fonction de coordination identifiée**, comportant chacun des

avantages et des limites, qu'il appartiendra aux acteurs de discuter, d'amender et de retenir dans une perspective d'**essaimage de la médiation en santé non seulement auprès des Gens du voyage mais également auprès d'autres publics éloignés du système de santé en NA** :

- **Un pilotage nécessairement collectif et coopératif** : identifier un collectif d'*opérateurs* qui se chargera d'*animer* le PRMS, dans un cadre de responsabilités et de prises de décisions partagées par ses membres ;
- **(1) Un co-pilotage exercé par l'ARS et la Fnasat-Gv** avec une animation de la démarche confiée à un(e) professionnel(le) dédié(e) travaillant sur la région ou rattaché(e) à la mission santé de la Fnasat au niveau national ;
- **(2) Un portage associatif du PRMS de NA par :**
 - o Une association locale (notamment, membre du réseau de la Fnasat-Gv) avec un professionnel dédié relevant de ses ressources humaines ;
 - o Un co-portage par plusieurs associations se partageant un poste de coordination ;
 - o Un portage tournant (tous les 3 ans, par exemple).
- **(3) Un portage du PRMS de NA par un acteur d'envergure régionale :**
 - o **IREPS,**
 - o **Centre Hospitalier Régional.**

Les membres du PRMS NA auront également à penser la **structuration des instances** pour en assurer le fonctionnement régulier et opérationnel, en s'appuyant sur l'expertise des associations locales porteuses d'actions de médiation en santé sur le territoire et sur l'expérience du Programme national de médiation en santé (PNMS) :

- **Mise en place d'un Comité de pilotage (Copil) réunissant, une fois par semestre puis à terme une fois par an, les partenaires concernés** (institutionnels, collectivités territoriales, professionnels de santé, du social et du médico-social, acteurs associatifs, publics). Ce Copil assurerait :
 - o Le déroulement efficient et partagé du programme ;
 - o Son suivi dans le temps et son évaluation ;
 - o La validation de choix stratégiques et d'étapes essentielles à sa mise en œuvre ;
 - o Une communication large autour du projet et les liens avec les partenaires – institutions, collectivités territoriales, services, autres associations – concernés sur les volets financiers et opérationnels ;
- **Des rencontres régionales trimestrielles entre responsables des structures membres** afin d'assurer la cohérence de la démarche et de programmer les axes et temps de travail du collectif (appui méthodologique, co-construction des outils d'évaluation, de remontée d'information et de plaidoyers territoriaux) ;
- **Une formation socle et des journées de regroupement trimestrielles pour les AMS** assurant un cadre d'intervention partagé (compétences techniques et relationnelles, cadre éthique, posture professionnelles) et proposant une **analyse de pratique** (1/2 journée), un **échange de pratiques** (1/2 journée) et une **formation continue** (1 journée) ;
- **Un modèle précurseur d'évaluation partagée** (associations porteuses de projets, institutions, publics accompagnés), afin d'établir un objectif réel d'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires, de répondre aux objectifs conventionnés et de co-construire des indicateurs permettant de rendre compte et de valoriser la complexité et la plus-value des actions de médiation en santé sur leurs différents axes d'intervention ;

- **Penser les liens avec le PNMS** pour assurer la cohérence des initiatives régionales avec l'échelon national et le portage de plaidoyers nationaux concernant la reconnaissance institutionnelle et professionnelle de la médiation en santé et la sécurisation du métier.

Les axes d'intervention développés depuis plus de dix ans par le PNMS ont été retenus dans le cadre de la Stratégie française 2020-2030 en réponse à la délibération européenne de lutte contre l'antitsiganisme. Un premier PRMS en NA, visant des objectifs similaires, aurait un impact significatif sur le déploiement de la médiation en santé à l'échelle nationale et européenne.

Annexe 1 – Tableau des catégories d’actions santé publiées dans les Schémas départementaux d’accueil et d’habitat des Gens du voyage (SDAHGV) en NA

Catégories d’actions santé	Intitulé de l’action santé et département concerné
Promotion et prévention de la santé	<p>Prévention en santé (16)</p> <p>Vaccination (16)</p> <p>Développer la prévention en santé bucco-dentaire (16)</p> <p>Mise en place de projets de prévention dans le domaine de la santé avec des médiateurs (17)</p> <p>Faciliter l’accès à la santé (24)</p> <p>Sensibiliser et informer la population des gens du voyage sur les comportements favorables à leur santé (64)</p> <p>Réaliser des actions de dépistage et de vaccination pour orienter les malades vers le soin et lutter contre les épidémies. (64)</p> <p>Sensibiliser les partenaires du secteur prévention et promotion de la santé aux problématiques des Gens du Voyage (86)</p> <p>Promotion de la santé (87)</p>
Diagnostiques sur les besoins en santé sur le territoire	<p>Définir besoins en santé (16)</p> <p>Diagnostic de santé visant au déploiement d’actions de médiation sanitaire auprès des Gens du Voyage (33)</p> <p>Mieux connaître l’état de santé des gens du voyage pour identifier leurs besoins (64)</p> <p>Renforcer l’offre de médiation sanitaire et améliorer la connaissance de la population (86)</p> <p>Acquérir et formaliser la connaissance des situations et des besoins des Gens du Voyage en matière de santé (87)</p>
Accès aux droits et aux soins (généralistes, urgences, spécialistes)	<p>Favoriser l’accès aux droits (16)</p> <p>Favoriser l’accès aux soins et maintien du parcours de soins (16)</p> <p>Faciliter l’accès à la santé (24)</p> <p>Sensibiliser les partenaires à la prise en charge des personnes âgées et handicapées (86)</p>
Santé mentale	Améliorer le bien-être en santé mentale (16)
Santé environnementale	Agir sur la santé en améliorant les conditions d’habitat (16)