



**COTA asbl**

Rue de la Révolution, 7

1000 Bruxelles

Belgique

Tél. : 32 2 218 18 96

Fax : 32 2 223 14 95

info@cota.be

<http://www.cota.be>

Banque : 068-0777310-76

TVA : BE 420 280 412

## Table de matière de la synthèse

I. Points de depart et objectifs visés au cours de l'évaluation .....	3
II. Evaluation concernant la pertinence et la cohérence du programme dans son ensemble. Le dispositif partenarial .....	6
III. Evaluation du programme de formation et du metier de mediateur sanitaire .....	9
IV. L'accompagnement des médiateurs sanitaires sur le terrain .....	12
V. Analyse des demandes de la population roms adressées aux mediateurs sanitaires embauches sur le terrain. Quelles attentes ? .....	15
VI. Les perspectives de developpement durable de ce programme. Recommandations en fin d'évaluation .....	19

### ANNEXE

Table de matière du Rapport final d'évaluation	
--	--

## I. POINTS DE DEPART ET OBJECTIFS VISES AU COURS DE L'EVALUATION

---

C'est en 1996 que Romani Criss, en partenariat avec le CCFD, a mis en place un premier programme de formation de médiateurs sanitaires, avec pour principal objectif d'améliorer la communication entre les autorités médicales et la communauté rom, et de former les femmes<sup>1</sup> roms disposant d'un niveau moyen d'éducation dans le domaine de la médiation sanitaire.

En septembre 2001, Romani CRISS, avec le soutien financier de l'OSCE/ODIHR a participé à l'audience publique de la Commission de la santé et de la famille au Parlement de Roumanie. Cette audience publique concernait l'accès à la santé des roms. L'intervention de Romani CRISS portait le titre : « Inciter au dialogue ; invitation à l'innovation dans le domaine de la santé des roms » A cette audience ont participé d'autres ONG roms et ne-roms. A cette occasion a été envisagé la création d'une Commission ministérielle ayant comme but de contribuer à l'élaboration d'une stratégie pour améliorer la santé des roms. Parallèlement, Romani Criss a obtenu du Ministère du Travail et de la Solidarité Sociale un avis favorable sur la création du métier de « médiateur sanitaire » (groupe de base 5139, « Travailleurs dans le service de la population », code 513902).

Entre 2000 et 2003, Romani Criss a mis en œuvre un projet de «formation de médiateurs sanitaires dans les communautés compactes de roms de Roumanie» de sorte que les DSP puissent les embaucher suivant l'Ordre 619/2002 du Ministère de la santé.

Aujourd'hui Romani Criss a déjà formé 260 médiateurs sanitaires. Selon les informations de l'ONG 195 sont embauchés dans 38 DSPJ de Roumanie, en conformité avec l'ordre 619/2002.

En 2005 la nécessité de mettre en route une évaluation avec un suivi plus rigoureux a été la priorité de Romani CRISS. Romani CRISS a fait appel au CCFD pour obtenir une évaluation de ce programme. L'évaluation intervient donc, après 8 ans de fonctionnement du projet. Elle est commanditée auprès du F3E par le bailleur de fonds (CCFD), sur demande de Romani Criss. Le CCFD et Romani Criss élaborent conjointement les termes de référence et choisissent les évaluateurs.

### ***b) Objectifs visés par l'évaluation pour Romani Criss***

- L'amélioration du fonctionnement du programme " Training National pour les médiateurs sanitaires " (mettre notamment l'accent sur la sensibilisation de l'ensemble du personnel de la DSP concerné par le projet).
- Etude des possibilités d'extension dans d'autres zones géographiques.
- Permettre à Romani Criss d'être davantage reconnue par les autorités roumaines, et ainsi à bénéficier d'appuis (financiers... etc) et à être plus influent sur celles-ci afin de mieux faire entendre la cause qu'elle défende.

---

<sup>1</sup> Surtout des femmes pour augmenter la position de la femme dans la société de roms et parce que les femmes se font mieux écouter par les autres femmes roms.

### c) Objectifs visés par l'évaluation pour le CCFD

1. Améliorer notre accompagnement / appui à ce projet (à partir de l'étude des points forts et points faibles du projet et de l'articulation entre ce projet avec les autres volets d'activité de Romani criss)
2. Répondre à la sollicitation de Romani CRISS qui souhaitait effectuer cette évaluation et en permettre la réalisation
3. Permettre à Romani criss d'évaluer l'efficacité de son projet sur l'accès des Roms à la santé
4. Permettre à notre partenaire d'envisager les différentes possibilités pour l'avenir du projet des médiatrices sanitaires (envisager notamment la reproductibilité du projet dans d'autres pays).

#### Bref aperçu du contexte roumain

Le recensement de 2002 (le dernier en date) établit que 535.250 Roms, soit 2,3% de la population totale vivent en Roumanie. Mais, selon les associations roms, le chiffre réel est beaucoup plus important (« plus proche des 2 millions d'individus, soit ~10% de la population<sup>2</sup>). De nombreux Roms, redoutant la violence des actes de discrimination, préfèrent cacher leur identité. Ce n'est qu'après 1989 que les Roms ont obtenu la reconnaissance de leur statut de minorité nationale : la Constitution roumaine et par la Loi électorale de 1991 sont les premiers actes officiels où ils sont reconnus en tant que minorité nationale. Mais les modifications en profondeur de l'existence des Roms en Roumanie ne peuvent pas se produire spontanément, même si les démarches juridiques et législatives apportent des nouvelles structures dans les rapports entre les ethnies. Cependant, la démarche juridique gagne à être soutenue par la stimulation des dynamiques locales, culturelles, éducationnelles. Il ne faut pas oublier que l'amélioration de l'intégration des Roms dans la vie quotidienne de ce pays est une des conditions de l'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne. Actuellement, le mot générique utilisé par la population pour désigner un „moins que rien” est „tzigan”. Les Roms eux-mêmes ont des difficultés à renoncer à ladésignation de leur propre identité par ce même mot chargé de rejet et de négativité.

Ces quelques repères du contexte actuel sont d'autant plus importants que le **métier de médiateur sanitaire est mentionné explicitement comme un vecteur de lutte contre la stigmatisation des Roms en Roumanie** (cf. Le Rapport de la Roumanie du Ministère des Informations Publiques concernant les progrès dans la stratégie du Gouvernement pour l'amélioration de la situation des Roms, Bucarest, 2003)<sup>3</sup>

L'évaluation a été effectuée par COTA avec une équipe pluridisciplinaire utilisant des méthodes qualitative (entretiens approfondis sur le terrain, immersion anthropologique, analyse de contenu des données) et

<sup>2</sup> Cătălin Zamfir, Elena Zamfir, *Tigani în tre ignorare și îngrijorare (Les Tsiganes entre l'ignorance et l'inquiétude)*, Editura Alternativ, 1992 (cité par le CCFD)

<sup>3</sup> Le Rapport aborde plusieurs fois la question des médiateur sanitaire, notamment pour le désigner comme un des principal acteur dans le « Plan de déstigmatisation des populations Roms » en Roumanie. Dans ce même Rapport on peut lire que Médecins Sans Frontières se charge de la mise en place des formations et de l'implantation de 166 médiateurs sanitaires dans 34 départements avec une évaluation en cours en 2002. Nous n'avons pas eu mention de cette démarche lorsque nous avons rencontrés les fonctionnaires du Ministère de la santé.

quantitatives (études des statistiques, questionnaires adressés à l'ensemble des médiateurs sanitaires embauchés et aux DSP).

Un Rapport intermédiaire a permis de mettre l'accent sur le caractère participatif permettant à l'ONG de réagir au fur et à mesure de ce processus et de re-ajuster ces démarches en lien avec les éclairages de l'évaluation.

## II. EVALUATION CONCERNANT LA PERTINENCE ET LA COHERENCE DU PROGRAMME DANS SON ENSEMBLE. LE DISPOSITIF PARTENARIAL

---

### Le partenariat du Ministère de la santé de Roumanie dans ce programme

En sa qualité d'ONG, financé et soutenu par le CCFD, Romani CRISS a entamé des négociations avec le gouvernement roumain qui, a émis l'Ordre No. 618/14.08.2002 confirmant le fonctionnement des médiateurs sanitaires et les normes techniques concernant l'organisation, fonctionnement, financement de l'activité des médiateurs sanitaires. Dans cet Ordre, on rappelle que ce métier a été inscrit dans la classification des activités de Roumanie (COR). Cet Ordre nous a été présenté au niveau central mais, lors de nos entretiens aux directions de la santé publique (DSP), les fonctionnaires rencontrés ne font pas référence à cet Ordre et d'ailleurs, ils ne sont en mesure de nous citer aucun document officiel. De même, dans les DSP nous n'avons pas trouvé aucune « méthodologie de suivi » élaborée par la Commission ministérielle des Roms du Ministère de la santé. L'existence de cette Commission est même ignorée par les professionnels rencontrés dans les DSP. L'Article 6 du Chapitre I de l'Ordre no. 618 qui fixe les conditions de sélection des médiateurs sanitaires est appliqué par Romani Criss. L'article 7<sup>4</sup> est appliqué uniquement sur le volet du travail de formation réalisée effectivement par Romani CRISS (3 journées).

De même, l'Ordre prévoit que les médiateurs sanitaires bénéficient « *d'un stage de 3 mois de préparation professionnelle auprès d'un corps médical spécialisé ou dans les unités sanitaires de contact (cabinet médical, hôpital). (...) A la fin de ce stage pratique, le médecin formateur de stage délivre un certificat concernant les capacités acquises par le stagiaire médiateur sanitaire pour l'exercice de ce métier.* » Sur le terrain, nous avons trouvé un seul département où cet article est appliqué. La plupart des médiateurs sanitaires interviewés ignorent cet article de l'Ordre. Aucun médiateur sanitaire rencontré ou questionné n'a bénéficié d'un certificat délivré par un médecin « formateur de stage ».

L'article 10 fixe le programme de travail des médiateurs sanitaires à 40 heures par semaine, ce qui ne correspond en rien à la réalité constatée et celle exprimée dans les questionnaires remplis par les médiateurs sanitaires. 95,7% des médiateurs sanitaires roms déclarent qu'elles travaillent beaucoup étant donné qu'elles vivent sur le lieu de leur intervention et leur maison est souvent aussi leur « bureau » où les Roms se présentent même la nuit et les week-end.

Le partenariat de Romani CRISS avec le ministère de la santé s'est constitué d'une façon ambivalente : les textes officiels existent mais l'application dans les DSP n'est suivie. Des carences de communication entre le ministère et les responsables des DSP sont repérables. Un point problématique est aussi le

---

<sup>4</sup> « Romani CRISS assure l'organisation des cours de formation théorique des médiateurs sanitaires au cours de l'année 2002. » On fait référence à l'accord signé en 2001. On rappelle aussi que les « directions départementales de santé publique (DSP) soutiennent le déroulement de la formation et assurent un conseil technique et l'espace nécessaire pour le bon déroulement de la formation. C'est le Bureau de l'assistance sociale et familiale qui est chargé de mettre en place un suivi (monitorizare) du processus de formation et de la pratique sur le lieu de travail des médiateurs sanitaires. « Ce suivi devrait être appliqué selon la méthodologie élaborée par la Commission Ministérielle pour les Roms dans le cadre du Ministère de la santé. »

montage budgétaire bâti suivant la logique de la décentralisation. Le budget global de l'état roumain nous a été communiqué par un représentant du ministère sans que nous ayons reçu des documents officiels attestant la visibilité de l'utilisation décentralisée de ce budget global. A l'heure actuelle, nous ne savons pas comment cet argent est réellement utilisé une fois qu'il est absorbé dans le financement des hôpitaux départementaux. Le sous-chapitre suivant (ci-dessous) apporte des clarifications du montage au niveau local.

Les médiatrices sanitaires qui ont renvoyé leurs réponses au questionnaire de l'évaluation estiment qu'elles ont une bonne relation avec le représentant de la DSP (78,6%), même si ces personnes qui assurent leur encadrement ne se déplacent pratiquement jamais sur le terrain.

**On ne peut parler à cette étape de l'évaluation d'un réel partenariat entre la DSP (l'encadrement), l'hôpital (le gestionnaire du budget) et les médecins de famille (le lieu institutionnel d'exercice de l'activité des médiateurs sanitaires).**

#### Le partenariat CCFD avec Romani CRISS

Ce partenariat a commencé dans les années 1997-1998. Les membres de Romani CRISS ont tenu à souligner à plusieurs reprises l'importance de la confiance que le CCFD a « investi » en eux, alors qu'ils étaient jeunes, sans expérience et souhaitaient lancer un projet qui n'a jamais existé auparavant en Roumanie.

La constance et la confiance du CCFD depuis 1997 et jusqu'en 2005 a permis non seulement une réelle implantation de la formation de Romani CRISS, mais aussi le développement de l'action des médiateurs sanitaires dans le paysage social et sanitaire de la Roumanie.

L'engagement dans la durée, la persévérance du soutien sont autant de points forts de ce partenariat porté par le CCFD. Le CCFD valorise le fait que ce sont les personnes autochtones qui savent mieux comment faire et quels objectifs sont à poursuivre pour les populations roms.

Les déplacements sur le terrain du CCFD a plusieurs effets positifs : une connaissance concrète de la vie des roms qui facilite ensuite la communication à distance lors du montage des projets et des financements ; un réconfort moral pour les médiateurs sanitaires qui travaillent au quotidien contre la misère et les discriminations ; une meilleure communication avec les personnes du CCFD et de l'extérieur qui n'ont qu'une idée théorique sur les roms de Roumanie.

Le CCFD a favorisé aussi le déplacement des formateurs de Romani CRISS, de sorte que le projet a pris une **dimension européenne**, étant présenté dans d'autres pays. Plusieurs médiatrices sanitaires ont appris que d'autres pays ont été intéressés d'entendre comment était né leur métier et en quoi consistait leur travail.

Ce processus de responsabilisation partagée est repérable à toutes les étapes de la collaboration entre Romani CRISS et CCFD.

Points faibles : 1. le CCFD a mis l'accent sur la promotion de deux (impliquées dans le programme de formation. L'assimilation du programme à une ou deux personnes est tout à fait recevable lorsqu'il s'agit d'une initiative locale qui dépend effectivement de ces « forces vives » issues de la société civile. Mais au cours de ces 8 ans, le CCFD aurait pu inciter les deux formateurs à élargir le groupe porteur de projet. Le départ d'un des deux formateurs en 2005 a fragilisé ce programme.

2. Le CCFD encourage Romani CRISS à trouver d'autres partenaires afin de développer davantage les potentialités du programme. Cette orientation est positive à condition que le CCFD soit en mesure d'évaluer en interne et avec Romani CRISS qui sont les autres financeurs, quels sont leurs fondements éthiques, quel changement provoquent-ils lorsqu'ils apportent un soutien financier ? Ces questions posées par l'évaluation partent du fait qu'un partenaire comme le JSI, intégré par Romani CRISS au programme de formation des médiateurs sanitaires<sup>5</sup> et qui a donné une orientation particulière en 2004-2005, n'est pas connu par le CCFD. C'est l'évaluation qui l'a fait connaître au CCFD. Or, il se pose la question : il y a-t-il compatibilité entre les orientations du CCFD et du JSI ? Une analyse de contenu des documents, les entretiens d'évaluation réalisés sur le terrain permet d'estimer l'écart, non seulement idéologique mais aussi méthodologique, entre le CCFD et ce nouveau partenaire.

3. La reconduction du budget du CCFD sur la même chose (la formation initiale) n'a pas été corrélée à un travail d'anticipation, notamment sur le fait que l'embauche de centaines de médiateurs sanitaires nécessite un suivi, un accompagnement rigoureux. Alors que Romani CRISS est débordé par les demandes de former de nouveaux médiateurs sanitaires, l'évaluation tire le signal d'alarme sur les situations extrêmement difficiles dans lesquelles travaillent les médiateurs sanitaires qui ne sont ni entendus, ni accompagnés, ni intégrés dans un réseau, un partenariat local ou des groupes de soutien, d'analyse de pratiques, etc. (elles ont eu juste trois jours de formation !). Les réponses au questionnaire d'évaluation mettent en évidence le fait que **71,4% des médiateurs sanitaires affirment qu'ils ont rarement des contacts directs avec Romani CRISS (une fois par an ou au mieux, tous les 6 mois)**

**Le CCFD est le seul en mesure d'apporter pour Romani CRISS un soutien dans de développement durable et efficace mis au service de toutes une population, car, les autres partenaires (et même l'état roumain) ont tendance à transformer Romani CRISS en « opérateur » de formation et à instrumentaliser les médiateurs sanitaires. Le CCFD est tout à fait bien placé, en tant qu'initiateur et premier financeur de ce programme, afin d'inciter Romani CRISS à s'acheminer vers une telle démarche. L'enjeu est de stabiliser ce programme et la place des médiateurs sanitaires roms en Roumanie.**

---

<sup>5</sup> Nous parlons de cette orientation dans le chapitre d'évaluation de la formation

### III. EVALUATION DU PROGRAMME DE FORMATION ET DU METIER DE MEDIATEUR SANITAIRE

---

Le profil du métier de médiateur sanitaire contient deux champs d'intervention imbriqués : social et sanitaire. Dans le champ social, il/elle accompagne les personnes roms pour l'obtention des papiers officiels, l'inscription auprès des services sociaux des mairies pour les aides. Son intervention sociale doit aboutir à une prise de conscience au sein de la communauté concernant les vaccins, les dépistages et les soins, ainsi que la prévention des maladies. Il est également chargé à cultiver la confiance entre la communauté et les autorités locales.

**La candidature** à la formation de médiateur sanitaire correspond à un montage entre la société civile, les élus locaux des Roms, les leaders traditionnels et les institutions locales (médecin de famille, DSP) et, bien sûr, Romani CRISS. Une personne issue de la communauté ne peut pas présenter une candidature spontanée, la condition d'être recommandée par un institutionnel, donc avoir déjà un statut d'appartenance et de reconnaissance à la communauté est formulée clairement par Romani CRISS et repris dans l'Ordre no. 618/2002 du ministère.

L'exploitation des questionnaires d'évaluation indique le fait que 70% des médiateurs sanitaires interrogés affirment avoir posé leur candidature grâce à la recommandation du leader (élu) du parti rom de la région. 18,6% déclare que leur candidature a été appuyée par Romani CRISS. Uniquement 8,6% de candidatures sont l'émanation de la DSP ou d'une autre institution dont le médecin de famille. Le représentant des roms auprès de la préfecture a un impact très faible sur la candidature à la formation des médiateurs sanitaires (5,7%). La même personne avait la possibilité d'être recommandée par un ou plusieurs organismes (élu rom, DSP, par exemple).

#### **Le programme de formation**

Jusqu'en septembre 2005, le programme des médiateurs sanitaires a été activement porté par deux formateurs de Romani CRISS : Mariana Buceanu et Daniel Radulescu, issus du milieu roms ouvrier et dit « assimilé ». Ces deux personnes ont trouvé la voie de l'émancipation sociale par le biais des études : tous les deux ont obtenu des diplômes universitaires. Les trajectoires de vie et les personnalités de ces deux porteurs du programme jouent une fonction importante dans la réalisation de la formation.

78,6% de médiateurs sanitaires ont apprécié le contenu de la formation reçue et 71,4% affirme qu'ils ont été marqués par les personnalités des formateurs de Romani CRISS.

60% ont apprécié la valorisation dont ils ont bénéficié pendant la formation par Romani CRISS.

Il s'agit d'un triple apprentissage : 1. un apprentissage explicite par le contenu de la formation concernant la définition du « médiateur sanitaire », l'accès à la santé et les droits des populations roms de Roumanie ; 2. un apprentissage

implicite par *l'exemplarité* des formateurs qui, par leur trajectoire et leurs propos, sont des « preuves vivantes » de la réussite possible pour des roms, hommes et femmes ; 3. un travail sur soi, sur sa capacité de communiquer, sur sa position dans la communauté des roms et dans la société civile. Le regard porté sur ses propres limites et potentialités est très important, car il permet aux futurs médiateurs sanitaires de prendre la mesure du changement que la fonction du médiateur sanitaire provoquera dans leur vie. Ainsi, du stade de l'intention, du désir de devenir et de la motivation, les stagiaires font leur chemin dans la prise de conscience du rôle qu'ils devront assumer tant par rapport à leur communauté que par rapport aux institutions de Roumanie composées de professionnels, élus et bénévoles.

**La validation des acquis** des trois jours de formation donne lieu à l'obtention d'un diplôme qui permet l'embauche des médiatrices sanitaires. Cette validation combine deux outils : un passage devant un jury et un teste d'autoévaluation. Le teste d'autoévaluation contient une vérification des connaissances de base concernant la communication (définition, ce que *feed-back* veut dire, etc) ; des savoirs juridiques et administratifs (l'accès au médecin de famille, la loi du RMI) ; définition du rôle de médiateur sanitaire.

Lorsqu'on leur pose la question de l'articulation entre la formation et la réalité rencontrée sur le terrain après la formation 45,7% répond que cette articulation existe réellement.

15,7% considère que la formation a été suffisante pour être en mesure d'assurer la fonction de médiateur sanitaire sur le terrain. 37% considère que la formation est insuffisante ou trop limitée par rapport à la charge et aux difficultés de leur travail. 11,4% ne s'expriment pas sur ce sujet<sup>6</sup>.

L'analyse du processus de formation permet de mettre en évidence son caractère riche et concentré sur trois jours. Cependant, trois jours de formation nous semblent insuffisants par rapport, par exemple, à la formation dispensée pour les médiateurs sanitaires communautaires (un autre programme promu et financé par le Ministère de la santé composé de plusieurs modules). Les deux porteurs de Romani CRISS insistent sur le caractère intensif et qualitatif de la formation et sur le fait qu'elle devrait être complétée par d'autres modules de formation et/ou d'informations tel que l'Ordre 618/2002 du ministère l'exige.

Le nombre des médiateurs formés et embauchés dépasse 180 et continue de croître chaque année; le nombre des demandes locales de formation (training) augmente également.

**La cohérence** du programme et sa reconduction sur plusieurs années tiennent à un montage maîtrisé par Romani CRISS. La *maîtrise bienveillante* - chose rare dans un espace de concurrence et de faible implantation de la logique du contrat - la maîtrise bienveillante, donc, exercée par Romani CRISS dans le montage du programme assure son succès, car actuellement en Roumanie, les enjeux négatifs entre les instances sont exacerbés et aboutissent souvent à l'échec des programmes et des projets. Romani CRISS innove par **l'institutionnalisation de la médiation**, une institutionnalisation souple, ouverte, dynamique. Selon le premier Guide des médiateurs sanitaires, élaboré par Romani CRISS, la notion de *médiateur* est mise en avant. La promotion de la médiation en tant que métier par Romani CRISS posée comme facteur de compréhension entre la société civile

---

<sup>6</sup> A noter que la même personne avait la possibilité de donner plusieurs réponses (question semi-ouverte).

et les autorités est d'une grande originalité dans une société qui fonctionne soit en opposition avec les institutions publiques - *contre* les institutions et ses représentants-, soit en parallèle avec les institutions publiques par le biais des réseaux issus du marché noir, de la perte d'identité dans la masse et des jeux d'influence.

Sans avancer des chiffres parce qu'il s'agit d'un phénomène qualitatif et micro-local, l'évaluation permet d'affirmer que nombre de personnes Roms accédant au droit d'inscription auprès d'un médecin de famille a augmenté dans les endroits où oeuvrent les médiateurs sanitaires. Nous avons pu constater le retour positif donné par tous les médecins de famille qui travaillent avec les médiateurs sanitaires. Les médecins de famille avancent comme critère de réussite : la croissance de nombre des femmes Roms qui viennent soit pour faire vacciner leurs enfants, soit pour recourir aux moyens contraceptifs promus par les médecins de famille. Les médecins de famille que nous avons rencontrés confirment cette tendance. Cependant, il faut noter **qu'être inscrit au médecin de famille ne signifie pas que l'on accède aux soins ni que l'on est effectivement soigné, pris en charge.**

#### Le planning familial proposé aux médiateurs sanitaires comme stage en 2005 avec le JSI

Une analyse comparative du Guide (2004) et du Manuel (élaboré avec le JSI en 2005) laisse apparaître un possible glissement vers *l'instrumentalisation* des médiatrices sanitaires et vers une spécialisation de leur activité : elles sont censées convaincre les femmes roms à accepter les injections hormonales au même titre que les vaccins administrés à leurs enfants. On cible et on isole les femmes d'une culture communautaire sans tenir compte de leurs valeurs.

Or, plusieurs médiatrices sanitaires considèrent que l'information et l'éducation sexuelle sont aussi l'affaire des hommes et qu'on ne devrait pas inciter les femmes roms à agir pour la réduction des naissances « en cachette » et donc, au détriment des rapports sincères établis entre les maris et les femmes.

Reste à savoir quel programme de santé du gouvernement roumain intègre la campagne de limitation des naissances par les hormones injectables qui semble viser non seulement les roms mais aussi les autres populations très pauvres ?

Il faudrait éviter de glisser vers une spécialisation mais aussi éviter de transformer les médiateurs sanitaires en « instruments » pour tel ou tel autre organisme ou programme.

L'évaluation met en avant la nécessité de garder et d'enrichir l'axe *médiation* pour l'ensemble de ce programme.

En même temps, il est nécessaire de clarifier la position de Romani CRISS par rapport aux idées et pratiques véhiculées par JSI. Nous ne connaissons pas non plus quelle est la politique prévue par le gouvernement roumain en matière de « planification familiale » visant les populations démunies (paysans, Roms, errants, etc.) ? Il est indispensable que le gouvernement fasse mieux connaître à quelle politique se rattachent les campagnes d'injections hormonales proposées gratuitement aux femmes. On ne peut pas ignorer que les piqûres hormonales sont très répandues mais quelles sont les informations concernant les effets secondaires ?

#### IV. L'ACCOMPAGNEMENT DES MEDIATEURS SANITAIRES SUR LE TERRAIN

---

Comment fonctionne l'activité des médiateurs sanitaires ? Quel est (quels sont) le(s) dispositif(s) d'accompagnement des médiateurs sanitaires sur le terrain ? Quel est le rôle joué par Romani CRISS dans cet accompagnement ?

Existe-t-il une capitalisation de leurs expériences et comment se fait-elle ? Utilise-t-on ces expériences pour améliorer le programme ?

Il faut le dire d'emblée : ces questions ont mis à jour le talon d'Achille, la principale faiblesse de ce programme. Il est vrai que dans un premier temps, il était indispensable de se centrer sur la formation d'un grand nombre de médiateurs sanitaires. L'aspect quantitatif de la formation a été donc une priorité pour Romani CRISS avec le but de l'embauche de ces personnes.

L'évaluation met en évidence le fait que les médiateurs sanitaires sont censées répondre aux sollicitations des autorités et des médecins de famille dans une communication univoque. Lorsqu'ils font remonter des demandes de la population ou veulent alerter les autorités sur un problème grave de santé publique, elles ne sont pas écoutées. Actuellement, Romani CRISS n'est pas en mesure de se constituer en « observatoire » de ces problèmes micro-locaux afin de conseiller et surtout d'appuyer les demandes formulées, portées par les médiateurs sanitaires. La communication partant des médiateurs sanitaires vers le « haut », vers les autorités mais aussi vers Romani CRISS n'a pas été envisagée concrètement dans le programme. Elle a lieu coup par coup, en fonction de l'initiative et de la débrouillardise des médiateurs sanitaires.

**71,4% des médiateurs sanitaires affirment qu'ils ont rarement des contacts directs avec Romani CRISS (une fois par an ou au mieux, tous les 6 mois)**

14,3% exprime le fait qu'ils n'ont aucun contact avec Romani CRISS après la formation. Un très faible pourcentage affirme avoir des contacts avec Romani CRISS : 5,7% de médiateurs sanitaires répondent qu'ils ont chaque mois un contact avec Romani CRISS.

Ces aspects doivent être pris très au sérieux car les médiateurs sanitaires se trouvent dans une situation dramatique : la prise de conscience ne suffit pas. **Certains médiateurs sanitaires se mettent en danger parce qu'ils se sentent investis d'une mission pour leur communauté, une mission d'accès à la santé et aux droits fondamentaux.** Mais, en face, l'individu trouve une superposition d'institutions, de pouvoir et de mentalités négatives qu'une personne ne peut faire bouger, il/elle risque même d'être laminée. La responsabilité de Romani CRISS qui a formé ces personnes est très grande et elle doit être très rapidement traduite dans la pratique de communication et d'accompagnement qui nécessite un montage affiné du réseau au niveau local.

La troisième difficulté est liée au « centralisme » de Romani CRISS qui se conjugue avec une autre difficulté, déjà évoquée : la limitation des ressources humaines. Bien que les deux membres de l'équipe sont très mobiles, passent beaucoup de temps sur le terrain, leur implantation demeure Bucarest. Les routes et les moyens de transports vers les communautés roms sont très modestes et le déplacement se fait au ralenti. Dans ces conditions, il est évident que l'accompagnement en pâtit. La construction du réseau implanté dans le

département est pour l'instant très limité et dépend de la volonté des médiateurs sanitaires de se rencontrer, ainsi que de la volonté de la DSP de les réunir au moins une fois par mois. Nombreux DSP font cet effort. Une fois par mois, les médiateurs sanitaires se retrouvent entre elles, peuvent donc se parler, « se donner du courage » mais sans avoir accès aux autorités qui devraient venir les écouter et recueillir leurs observations et demandes ou répondre à leurs questions.

Les médiateurs sanitaires affirment qu'elles sont à l'aise pour aller discuter avec les employés de la mairie (70%). Cependant, ils déclarent ne pas être associés aux projets d'utilité publique qui concernent les Roms. **97% souhaiterait être associés aux projets de santé publique que la mairie lance et qui devraient intégrer aussi les roms vivant sur une commune ou une ville.**

Assurer un **suivi personnalisé** des médiateurs sanitaires coordonné par Romani CRISS dans le but d'affiner la méthodologie de leur implantation et la valorisation des pratiques de médiation rom est une des attentes exprimées par les médiateurs sanitaires rencontrés. Ce suivi devrait être intégré au programme de Romani CRISS, sans attendre l'appel aux secours d'un médiateur sanitaire en détresse.

Les médiateurs sanitaires, dans leur majorité, se trouvent pour la première fois en situation d'avoir un « vrai contrat » ? Ce contrat est établi « à durée déterminé sur un an » renouvelable. 61,4% font état que dans leur famille, ils sont les seuls à avoir un contrat en bon et dû forme. Seulement 31,4% affirme que quelqu'un d'autre de leur famille bénéficie aussi d'un contrat de travail.

Or, la situation des roms sur le marché de travail est connue :

- une exclusion au moment de recrutement (nombreux témoignages montrent que les employeurs trouvent des prétextes pour refuser les roms qui se présentent à l'embauche)
- la relégation des roms à des travaux dégradants, dangereux (chantier, ramassage des ordures, travail saisonnière)
- stratégies de survie adoptées par les roms : travail sans contrat, travail à l'étranger mal payé, travail de servitude, marché noir, etc.

La situation des roms s'est dégradée davantage au moment où le gouvernement d'Iliescu a décidé de redistribuer les terrains anciennement nationalisés. Plusieurs médiateurs sanitaires racontaient que dans la plupart des villages, les roms ont obtenu les terrains les plus mauvais, ravinés, pauvres où on ne pouvait ni cultiver ni élever des animaux. Ces terrains sont les endroits où, par la suite, il y a eu l'implantation des décharges. Les autres terres ont été plusieurs fois inondées. Nombreuses familles roms ont aussi vendu leurs terrains mais sur des sommes dérisoires. Ainsi, même les roms en voie de sédentarisation (ou semi-sédentaires) se trouvent sur des terres très restreintes et pauvres (argileuses, sans eau, etc.).

Tout un faisceau d'aspects économiques nous permet de comprendre qu'un médiateur sanitaire qui a un contrat et gagne un salaire fixe se trouve dans une situation exceptionnelle : **ils ont donc un statut exemplaire dans leur communauté.**

A cela, il faut ajouter le fait que la majorité des médiateurs sanitaires sont des femmes. Dans une culture patriarcale, fondée sur le statut de l'homme chef de famille, une femme qui est la seule à faire entrer de l'argent légal, payé par

l'état, provoque aussi une mise en question de la structure traditionnelle. Ce changement de condition féminine ne se fait pas sans difficulté, souffrance et contre-partie. Certains maris deviennent tout à fait porteurs avec leurs femmes de ce métier (44,3% de médiateurs sanitaires affirment échanger le mieux avec leur mari sur leur activité).

Par ailleurs, dans une société libérale en constitution comme celle de la Roumanie, les prêts bancaires à la consommation ou pour des travaux immobiliers se font uniquement si la personne possède un contrat avec un revenu fixe. Cependant, le CDD n'est pas toujours accepté pour obtenir des prêts. L'état utilise beaucoup les emplois en CDD, les médiateurs sanitaires ne sont pas un cas isolé.

Plusieurs médiateurs sanitaires femmes nous ont fait part du fait qu'elles se sont endettées soit pour acheter un frigo, un lave-linge, soit pour offrir à leurs enfants un ordinateur.

Souvent elles continuent de travailler plusieurs semaines sans avoir la certitude que leur contrat serait renouvelé. Ce phénomène introduit un rapport de force entre les médiateurs sanitaires et les DSP. La situation est d'autant plus incompréhensible qu'au niveau du ministère on nous explique qu'il s'agit d'un « budget stable », prévu, reconduit et même augmenté d'année en année.

Un autre aspect problématique est la fourchette du salaire : les médiateurs sanitaires ne connaissent pas quels sont les critères qui fixent leur salaire. D'un département à l'autre, le salaire varie. Pour mieux se situer, l'évaluation a pu identifier une fourchette allant de 2.000.000 lei jusqu'à 6.488.000 lei.

84,3% de médiateurs sanitaires n'ont aucune information concernant le budget de l'état roumain alloué à cette activité. Certains pensent que l'argent vient d'une fondation ou qu'il est distribué par Romani CRISS. Il est même étonnant que 4,3% affirme connaître le budget alloué médiateurs sanitaires. Il se peut que dans certaines communautés, les élus locaux roms qui sont aussi présents dans des instances gouvernementales ont donné des informations à ce sujet.

Lorsqu'on leur pose la question s'ils acceptent de continuer à travailler sans avoir une rémunération ni des droits, seulement 12% répond qu'ils cesseraient cette activité. Les autres affirment qu'ils poursuivraient ce travail tout en se battant pour que leur travail soit reconnu par les autorités.

## V. ANALYSE DES DEMANDES DE LA POPULATION ROMS ADRESSEES AUX MEDIEATEURS SANITAIRES EMBAUCHES SUR LE TERRAIN. QUELLES ATTENTES ?

---

Confrontés à une masse de problèmes, les médiateurs sanitaires essaient de les sérier pour en fixer des priorités dans leur travail. Ces problèmes se classent en trois catégories :

1. problèmes de structure et d'organisation des institutions qui touchent toute la population (corruption du corps médical) ;
2. problèmes de pauvreté aggravée par le fait que les quartiers roms sont excentrés par rapport aux routes, aux transports et aux institutions (mairie, dispensaire, hôpital, pharmacie) ;
3. problèmes liés au rejet parfois diffus, parfois manifeste de roms dans les lieux de soins.

Ces trois catégories de problèmes sont surplombées par l'absence des pièces d'identité pour de nombreuses personnes roms.

En 2005, la plupart des médiateurs sanitaires se retrouvent sur le terrain dans des situations critiques avec un sentiment d'amertume et d'impuissance, mais sans renoncer à la poursuite de leurs actions. Dès qu'ils commencent à remplir leur première mission et donc à recenser les femmes enceintes, les enfants à envoyer au vaccin, les personnes handicapées ou âgées, le médiateur sanitaire est dépassé par la quantité des problèmes qui sont souvent enchevêtrés les uns aux autres : sans pièce d'identité, personne ne peut s'inscrire au médecin de famille et sans inscription au médecin de famille, la personne rom ne peut bénéficier du système de santé ni d'aide. De même pour l'obtention du logement ou d'une pension d'invalidité. Il ne s'agit pas uniquement d'une personne mais aussi de ses enfants.

« Même lorsque les femmes roms sont informées sur leurs droits, notamment au sujet du droit d'avoir une pièce d'identité, elles se méfient des autorités à cause des discriminations et mauvais traitements subis dans les lieux publics ou lors des contacts avec les institutions et les autorités ». Cette méfiance est très fréquente.

**Les médiateurs sanitaires interrogés considèrent que l'obtention des pièces d'identité** est leur première mission mais que les démarches sont très compliquées et ils doivent les faire un à un, alors qu'il s'agit de dizaines et parfois de centaines de personnes sans pièces d'identité. Aider une ou même cinq personnes dans ce type de démarche bureaucratique, ne fait que masquer le problème qui est d'ordre général, touchant beaucoup de monde. L'efficacité dans la réalisation de cette mission essentielle pour l'accès à une place citoyen et aux droits de santé des roms est très réduite. Il faudrait trouver une solution simplifiée et plus rapide. Une **approche collective** de ces situations devrait être envisagée. Romani CRISS est bien placé pour alerter les autorités locales. Autrement, les médiateurs sanitaires s'épuisent à traiter ces situations individuellement : cela leur prend beaucoup de temps et souvent « c'est l'échec au bout et il faut tout recommencer », comme nous dit une médiatrice sanitaire.

Lorsqu'on leur pose la question « quelles ont été les demandes que les roms t'on adressées ces derniers six mois de l'année 2005 ? ». Les médiateurs sanitaires avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses.

Le traitement statistique permet d'avoir un feed-back concernant les demandes adressées aux médiateurs sanitaires par les populations roms. La répartition des demandes des Roms se présente de la façon suivante :

- 64,3% de demandes pour les pièces d'identité
- 62,9 de demandes afin de pouvoir obtenir des médicaments qui normalement devraient être délivrés gratuitement soit par la pharmacie, soit par l'hôpital où la personne a été hospitalisée.
- 55,7% demandes pour appeler les urgences
- 52,9% pour obtenir du lait en poudre. Cette réponse permet de comprendre qu'il existe des problèmes dans la distribution de ce produit, autrement les femmes roms n'auraient pas besoin de faire appel aux médiateurs sanitaires. Il existe un programme national de distribution du lait en poudre, mais l'idéologie veut que l'on vende prioritairement les vertus de l'allaitement au sein. Plusieurs médecins de familles et représentants des DSP ont insisté sur le fait que les femmes roms étant à domicile doivent être « poussées » à allaiter leurs enfants. Les médiatrices sanitaires insistent pour la distribution du lait en poudre parce que de nombreuses femmes vivent dans des conditions de pauvreté, de malnutrition, de famine et donc, sont dans l'impossible d'assurer une alimentation au sein de leur bébé.
- 35,5% pour les femmes enceintes et les accouchements : appeler les urgences, faire appel au médecin de famille qui fait venir les urgences et même des situations où le médecin de famille procède à l'accouchement dans son cabinet en présence de la médiatrice sanitaire. Ces situations extrêmes sont dues à l'éloignement de la commune d'une maternité.
- 35,7% pour les accompagner parce qu'ils avaient des difficultés avec les pharmacies, même pour obtenir une pommade (refus de les laisser pénétrer dans la pharmacie).
- 32,9% parce qu'ils avaient des problèmes avec le médecin de famille. Sur ce point, plusieurs médiateurs sanitaires témoignent de situations de mauvais traitement des Roms même s'ils sont inscrits sur les listes : le médecin affirme que les roms ne sont que des « corbeaux » et il ne consulte pas les animaux. Un autre ne supporte pas leur odeur. Un autre exige de pot de vin. A noter, donc, que la majorité des médecins de famille travaille correctement en partenariat avec les médiateurs sanitaires.
- 31,4% de médiateurs sanitaires affirment avoir été sollicités pour réguler les rapports intra-familiaux conflictuels
- 21,4% ont du intervenir pour aider les parents à dialoguer avec leurs adolescents
- 18,6% ont reçu des demandes afin de fournir des informations sur l'alimentation
- 17,1% ont dû intervenir à la demande des roms qui avaient des problèmes avec les leaders de la communauté.
- 7% ont du intervenir en cas d'accident domestique

Les médiateurs sanitaires sont souvent les seuls professionnels qui y viennent parler et aider des familles qui sont exclues même au sein des communautés roms, les familles de la misère totale.

Un des domaines relevant de la santé publique est celui de l'eau potable où les maires ont un grand pouvoir de décision. Les médiateurs sanitaires affirment n'avoir aucun relais fiable sur ce problème, aucun partenariat qui leur permettrait de se « faire entendre ».

Le problème de la distribution du lait en poudre revient d'une façon persistante lorsque les médiatrices sanitaires abordent le sujet d'une approche globale en terme de santé publique. Pour la période 2004-2005, 671% de médiateurs sanitaires affirment que le lait en poudre a été distribué d'une façon régulière. 30% affirme que le lait n'est pas distribué correctement (quantité très limitée, distribution rare et aléatoire). Le problème existe mais sa gravité n'est pas identifiée dans tous les départements. Ce qui nous interroge c'est le caractère aléatoire de la distribution, l'absence des critères et des informations précises donnés pour que les médiatrices sanitaires puissent échanger davantage avec les mères en difficulté. Puis, l'absence d'une écoute (au niveau du médecin de famille, de la DSP) lorsque les médiatrices sanitaires font remonter les besoins en lait en poudre.

D'une manière générale, les médiateurs sanitaires trouvent que les besoins et les problèmes des Roms ne sont pas suffisamment pris en compte, que les droits fondamentaux ne sont pas assurés.

- ❖ 45,7% des médiateurs sanitaires affirment que les Roms sont relativement bien accueillis.
- ❖ 10% déclarent que les Rom sont très bien accueillis.
- ❖ 40% considèrent que les Roms ne sont pas bien accueillis.

Un certain nombre de réponses nuancées apportent un éclairage sur ce point :

« Par rapport aux autres citoyens, les roms sont marginalisés, même si je les accompagne. »

« C'est un peu plus facile pour eux si je les accompagne, je sais parler comme les autres travailleurs sociaux, mais lorsqu'ils vont seuls, ils ne sont pas considérés, écoutés, rien. »

« Lorsqu'il s'agit de Roms, les dossiers d'aide sociale de la Mairie sont retardés, égarés, les gens doivent refaire plusieurs fois les mêmes démarches. A la mairie, ils doivent attendre des heures debout, dehors, les fonctionnaires ne respectent pas les horaires quand il s'agit des Roms, ils disent qu'ils sont occupés, refusent de nous recevoir. »

Cependant, il existe aussi des maires qui font pression sur les employés municipaux pour obtenir un traitement égal entre les Roms et la population roumaine. Un maire nous a fait visiter un bureau dans la mairie qu'il avait aménagé avec deux roms bénévoles afin d'accélérer le traitement des démarches des Roms : il s'agissait d'une communauté laissée pour compte par l'ancien maire. De nombreux dossiers avaient été constitués pour l'obtention des papiers d'identité, pour des demandes d'aide médicale et d'aide sociale, etc.

Lorsqu'on les interroge sur l'accomplissement de leurs missions, 85,7% considèrent qu'ils ont réussi à remplir leur mission dans le domaine de la vaccination des enfants, 74,3% dans le fait qu'ils ont établi une communication

entre les femmes et les médecins de famille, notamment pour qu'elles viennent demander conseil au sujet des contraceptifs ; 72,9% ont rempli leur mission d'accompagner les roms qui demandaient des pièces d'identité.

Plusieurs médiateurs sanitaires souhaiteraient prendre du recul par rapport à leur expérience de trois, quatre ans et avoir un retour plus objectif de ce qu'elles ont fait sur le terrain. Elles aimeraient aussi pouvoir garder en mémoire et transmettre leurs expériences aux nouveaux médiateurs sanitaires. Elles parlent de leur solitude dans la construction du partenariat, car il est rare que les autorités et les autres travailleurs sociaux viennent vers elles. Dans la plupart des situations rencontrées lors de l'immersion anthropologique les médiatrices sanitaires ont fait des efforts pour établir une relation, mais la réciprocité n'était pas présente (les autres ne font pas l'effort de venir vers elle, sauf trois médecins de famille qui sollicitent les médiatrices sanitaires pour faire venir les enfants aux vaccins et les femmes pour les contraceptifs injectables).

Bénéficier d'une formation complémentaire et d'une série d'outils de travail dans le domaine de **la lutte contre les discriminations en matière d'accès aux soins et de santé publique** est une des principales demandes formulées par les médiateurs sanitaires tout au long de cette évaluation. Cette tendance est confirmée par les réponses aux questionnaires à la hauteur de **67%**.

Il ressort que la première étape a été une réussite pour Romani CRISS : les personnes formées tiennent la route, accumulent les expériences et s'inscrivent dans la continuité et la durée.

Actuellement, les médiatrices sanitaires attendent autre chose de Romani CRISS :

- identification de leurs besoins,
- recentrage et formation sur les phénomènes de discrimination dans l'accès aux soins,
- meilleur soutien pour un travail global de médiation avec les familles les plus démunies de leur communauté,
- apporter un appui plus méthodologique pour être mieux reconnu auprès de la Mairie et dans la construction du partenariat ;
- imaginer de nouvelles modalités d'accompagnement, de formation, de valorisation, de capitalisation.

Ainsi, **77,1%** attend que **Romani CRISS s'engage davantage et les sollicite dans la lutte pour l'avenir des enfants et des jeunes (lutte contre l'échec scolaire, etc.)**

Les médiateurs sanitaires formés à détecter les formes de discriminations ne font pas l'économie de s'insurger aussi contre l'injustice contenue au sein même de leur communauté. Ils sont critiques non seulement par rapport à la société en générale mais aussi par rapport à leur propre communauté.

Ils souhaiteraient aussi qu'il y ait un relais plus solide entre le terrain, leur travail sur le terrain et Romani CRISS, notamment dans le soutien de leur activité devant les élus et les collectivités territoriales. Sauf quelques exceptions, les médiateurs sanitaires ne se situent pas comme un « complément » de l'assistant médical, mais dans un champ bien spécifique, reliant le social et la santé au cœur de la société civile visant l'émancipation des Roms, dans un pays démocratique.

## VI. LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DURABLE DE CE PROGRAMME. RECOMMANDATIONS EN FIN D’EVALUATION

---

L'évaluation débouche sur des pistes pour l'avenir du programme sur les axes suivant. Ces axes n'épuisent pas l'ensemble des conclusions présentées à la fin des chapitres. Nous cherchons ici à donner une vision synthétique des priorités:

1. Le recentrage de l'activité des médiateurs sanitaires sur l'aspect **MEDIATION** visant prioritairement les problèmes d'accès aux droits et le repérage des discriminations dans le domaine de la santé avec une attention accrue pour l'éducation à la santé des enfants et des jeunes. Ce recentrage nécessite une meilleure articulation entre les deux secteurs de Romani CRISS (médiateurs sanitaires et bureau des droits de l'homme). De même, il faudrait construire pour les médiateurs sanitaires un « guide pour un meilleur repérage des discriminations dans le domaine de la santé ». Cette recommandation correspond aux attentes des médiateurs sanitaires.
2. Dans le processus de ce recentrage, il est possible d'inclure le planning familial à condition de le repenser dans le respect de la culture roms et en y associant le plus possible les hommes et les jeunes.
3. Etoffer la formation initiale des médiateurs sanitaires, notamment en leur donnant de cours de secourisme, de sorte qu'ils puissent prendre les premières mesures de secours lorsqu'un enfant est blessé ou brûlé, etc. compte tenu que les dispensaires ou hôpitaux se trouvent souvent à plusieurs kilomètres des habitations roms.
4. Repenser la formation initiale sur cinq jours, en y ajoutant une deuxième partie de *formation en alternance* après l'embauche : alterner pratique et formation sur la base d'un programme construit et validé pour tous les médiateurs sanitaires. La mise en pratique de la formation en alternance permettrait de renforcer le partenariat entre Romani CRISS et les DSP. Autrement dit, s'acheminer vers une formation qui devient diplômant en deux phases : le diplôme accordé à la fin de trois(cinq)jours, puis des heures de formation avec un accompagnement au micro-projet initié par chaque médiateur, porté avec un groupe de roms et qui sera valorisé par Romani CRISS (avec des micro-financement à envisager). Au cours de la formation en alternance, il y aura un va-et-vient entre la pratique et les apports méthodologique pour construire un micro-projet de santé avec les roms.
5. Romani CRISS devrait chercher à mieux formaliser l'embauche des médiateurs sanitaires et le partenariat notamment en créant une fiche de liaison avec les DSP. Une plus large information de l'Ordre 618/2002 et des accords en direction des **municipalités** et des communes serait nécessaire afin de tisser un réel partenariat avec les travailleurs sociaux municipaux et les élus

6. Mise en réseau des médiateurs sanitaires au niveau local (département/région) et national (association nationale) et faire émerger des projets de « centres ressources » concernant l'accès à la santé des roms en lien avec le département de droits de l'homme der Romani CRISS. Constitution d'un No. vert avec des bénévoles et des opérateurs pour que les médiateurs sanitaires puissent faire remonter les questions et les situations les plus problématiques.
7. Continuer l'implantation institutionnelle médicale dans les communautés roms avec l'aide des médiateurs sanitaires. Aujourd'hui l'expérience de la Valea Rece (Tirgu Mures) nous semble une action très intéressante : l'institutionnalisation d'un petit cabinet médical qui fonctionne au sein même de la communauté plusieurs fois par semaine avec un médecin de famille et une assistante crée une présence de la société de droits à la santé sur le territoire où vivent les roms. C'est un point fort de la médiation inventée par Romani CRISS.

8/Bis. Le processus d'institutionnalisation concerne aussi la nécessité que ressentent les médiateurs sanitaires à avoir un lieu propre à leur activité, situé soit dans les locaux de la mairie (dans le cas des communes), soit dans un local proche de la communauté ou même à l'intérieur de la communauté. Ce point mérite réflexion approfondie au niveau de Romani CRISS car il met en question le principe formulé au démarrage du programme, à savoir que les médiateurs sanitaires n'ont pas d'implantation en terme de « bureau ».

8. Créer les moyens de communication (no. vert ?) afin que les médiateurs sanitaires puissent être en mesure d'alerter Romani CRISS et les autorités locales sur des problèmes graves de santé : épidémie, intoxication à cause de l'eau, mais aussi pour appeler les urgences. Il faudrait arriver à élucider la question : quel accès aux urgences de ces populations ?
9. Le développement de l'activité au niveau local et micro-local pose la question de la décentralisation de Romani CRISS comme structure. Il nous semble que l'ONG passe par une « crise de croissance » qui montre les limites d'un fonctionnement concentré sur la capitale. Il faudrait passer à une phase d'antennes regroupant les deux bureaux: médiateurs sanitaires et lutte contre les discriminations.

<p><b>10. La Commission mixte gouvernementale devrait enfin se mettre au travail avec des objectifs concrets dont un des premiers est la demande d'un rapport moral concernant le financement du ministère de la santé alloué à ce programme : budget global, utilisation de ce financement dans chaque département, tableau récapitulatif sur plusieurs années. De même le statut professionnel et le salaire des médiateurs sanitaires devraient faire l'objet d'un travail de cette commission.</b></p>
--

11. Dans le souci de l'essaimage et de la valorisation : réaliser un recueil systématique des expériences sur la base d'une fiche-action. Les expériences pourraient être mises (en partie) sur le site internet de Romani CRISS mais aussi éditées sous forme de brochure, livre... Ce recueil répondra à une triple finalité : a) valoriser/créer une histoire vivante de ce travail, b) intégrer le contenu dans la formation des futurs médiateurs sanitaires, c)

utiliser cette matière afin de réaliser une campagne forte en direction de la population roumaine (par la TV, campagne publicitaire de sensibilisation aux prises en charge de santé par les roms, etc).

12. Un Forum national de la santé des roms pourrait être envisagé par Romani CRISS et ses partenaires réunissant des représentants roms de toute l'Europe à Bucarest mais aussi dans deux autres villes de Roumanie.
13. Les échanges avec les autres pays pourraient être poursuivis mais un transfert de la formation des médiateurs sanitaires dans les autres pays ne nous semble pas réalisable à l'heure actuelle. Il existe de priorités de l'implantation et de l'accompagnement qui devraient passer avant un temps consacré aux échanges à l'étranger. En revanche, Romani CRISS peut envisager d'accueillir sur les sites où travaillent des médiateurs sanitaires chevronnés des roms et des ne-roms venus d'autres pays (après la formation des formateurs, ces personnes peuvent être accueillies en « stage ponctuel »).

---

## Compléments à la synthèse

Lors de la restitution du Rapport final en interne à Romani CRISS (le 1 et 2 décembre 2005), nous avons pu mesurer les effets du **caractère participatif** de cette évaluation: le Rapport intermédiaire que nous avons travaillé avec l'ensemble de Romani CRISS en août 2005 avait déjà contribué au recentrage des activités et à une meilleur transversalité entre les projets de cette ONG. Il s'agit pour eux, de re-affirmer que l'ONG n'est pas un simple instrument ou « centre de formation » mis au service d'un gouvernement, mais un **espace ouvert au sein même et pour la société civile** visant l'accès aux droits des communautés très longtemps exclues de la vie sociale, politique, humaine, et souvent très pauvres. Dans ce sens, le recentrage sur l'accès aux droits à la santé du programme médiateurs sanitaires et l'élargissement à un plus grand nombre de roms, souvent les plus démunis, a été repensée par Romani CRISS en s'appuyant sur les aspects formalisés dans le rapport intermédiaire. De même, afin d'aboutir à la re-activation de la Commission mixte ministérielle, dont nous avons déjà parlé dans ce document, a été commencé par Romani CRISS, mais, pour l'instant, l'ONG n'a pas obtenu une réelle mise au travail de cette commission.

De nombreux médiateurs sanitaires formés par Romani CRISS oeuvrent « *pour l'expérimentation de politiques de santé pour les roms dans le cadre du programme gouvernemental pour l'amélioration de la situation des roms et de l'action du Ministère de la Santé* » (cf. le Cahier de charge du CCFD).

Le programme des médiateurs sanitaires de Romani CRISS est indiscutablement une réalisation et un pari très ambitieux qui aboutit à une première réussite : former des femmes roms qui manifestent par leurs actes un engagement auprès des plus pauvres, une prise de conscience et une analyse très fine des inégalités et des discriminations, même si elles demandent d'être mieux formées dans le repérage et l'intervention des cas de discrimination et d'accès aux soins. Ce « vivier » de personnes formées ayant un statut de travail précaire, mais un contrat légal tout de même, met Romani CRISS devant des nouvelles responsabilités plus complexes que dans la période précédente.

## Table de matière du rapport final exhaustif

<b>A. Aspects généraux, points de depart de l'évaluation .....</b>	<b>3</b>
A.1. Historique du projet Romani CRISS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
A.2. Origine du processus d'évaluation aboutissant à ce rapport	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
A.3. Contexte : l'évaluation des representations sociales des roms dans la societe roumaine .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>B. Mise en place du processus d'évaluation : presentation des methodes participatives, qualitatives et quantitatives.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
B.1. Etapes de l'évaluation et difficultés .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
B.2. Les interlocuteurs pendant le processus d'évaluation .	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
B.3. L'immersion anthropologique .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
B.4. Méthode quantitative : questionnaires adressés aux médiateurs sanitaires et aux représentants des DSP.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>C. Evaluation concernant la pertinence et la cohérence du programme dans son ensemble .....</b>	<b>6</b>
C.1. Le programme dans son ensemble.Le dispositif partenarial	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
C.2. Evaluation de la pertinence au niveau du Ministère de la santé de Roumanie .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
C.3. Evaluation du montage institutionnel du programme au niveau local .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
C.4. Evaluation du partenariat Romani CRISS et CCFD.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>D. Evaluation du dispositif opérationnel du programme « médiateurs sanitaires » de Romani CRISS .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
D.1. Profil du médiateur sanitaire, candidature, formation, validation des acquis .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
D.2. Analyse de la coherence de la formation. Les limites..	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

- D.3. Analyse du succes du programme pour Romani CRISS .. **Erreur ! Signet non défini.**
- D.4. Les effets pervers de la discrimination positive **Erreur ! Signet non défini.**
- D.5. Le planning familial dans la formation des mediateurs sanitaires depuis 2004 ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- E. **L’accompagnement des médiateurs sanitaires sur le terrain et la capitalisation de leurs experiences ..... 12**
- E.1. Evaluation de la communication du terrain vers les institutions et vers Romani CRISS ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- E.2. L’état de capitalisation des experiences des mediateurs sanitaires **Erreur ! Signet non défini.**
- E.3. Analyse du principe de totale mobilité sans ancrage dans une institution, sans « bureau » ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- E.4. L’existence des médiateurs sanitaires sur le terrain. Quel avenir ? Quelle responsabilité pour Romani CRISS ? ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- F. **L’efficacité et l’impact du programme des médiateurs sanitaires formés par Romani Criss ..... Erreur ! Signet non défini.**
- F.1. Tentative de sérier les problemes afin de pouvoir avancer **Erreur ! Signet non défini.**
- F.2. L’efficacité de l’intervention : outils et indices peu fiables **Erreur ! Signet non défini.**
- F.3. “Une goutte d’eau dans un ocean de problemes” : de l’efficacité, autrement. Les prorites de la population vues par les mediatrices sanitaires ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- F.4. L’approche globale de santé publique : une autre façon de « faire du bon travail » ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- F.5. Evaluation de l’efficacite de la mediation entre roms et institutions ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- F.6. Contextualisation micro-locale de l’activité des médiateurs sanitaires (l’immersion anthropologique) ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- G. **Attentes et propositions formulées par les médiateurs sanitaires Erreur ! Signet non défini.**

G.1. Le recentrage sur la mediation et la lutte pour l'avenir des roms. **Erreur ! Signet non défini.**

G.2. L'amélioration de l'accompagnement fait par Romani CRISS dans la durée ..... **Erreur ! Signet non défini.**

H. Les perspectives de developpement durable de ce programme.

**Récommandations en fin d'évaluation..... 19**

ANNEXES

Le référentiel et cahier de charge de cette évaluation (CCFD et Romani CRISS)

Le questionnaire des médiateurs sanitaires conçu et utilisé dans l'évaluation

L'ordre no. 619/2002 du Ministère de la santé de Roumanie (en anglais).