

ACTES DU SEMINAIRE REGIONAL  
25 Janvier 2019

# MEDIATION EN SANTE

Un outil pour réduire les  
inégalités sociales  
et territoriales de santé ?

REPÈRES POUR  
L'ACTION

# SOMMAIRE

Préambule	p. 03	
Médiation en santé : de quoi parle-t-on ?	p. 05	
Caractéristiques communes et éléments de diversité des actions	p. 07	
A quelle(s) condition(s) la médiation permet de réduire les inégalités ?	p. 11	
Le projet pilote de la Case de Santé à Toulouse	p. 16	2 _____
Echanges : dispositifs et pratiques de médiation en santé	p. 18	
La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan	p. 22	
Références bibliographiques et numériques	p. 28	



# PRÉAMBULE

## La médiation en santé : un outil pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

### CONTEXTE

*Le terme médiation en santé semble étroitement lié à celui de médiation sociale, mais il a un objectif propre : réduire les inégalités de santé*

Le non-accès à la prévention et aux soins, fait désormais l'objet d'une attention croissante en France. La lutte contre le non-recours est notamment inscrite parmi les objectifs stratégiques de l'Assurance-maladie, et les volets précarité de chaque Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) incluent des objectifs de réduction des inégalités.

**Dans ce contexte, la médiation en santé apparaît comme une solution pour agir sur les difficultés rencontrées par les personnes les plus éloignées des offres de soins et de prévention présentes sur leur territoire.**

Pour les promoteurs de ce type de pratiques, elles répondent à la nécessité « d'aller vers » les populations les plus fragiles afin de faciliter leur accès à ces offres, ainsi qu'aux ressources disponibles pour les aider à y accéder.

Le terme de médiation en santé semble étroitement lié à celui de médiation sociale, mais il a un objectif propre : réduire les inégalités sociales de santé. Quelles pratiques cela recouvre-t-il précisément ? Quelles sont les conditions favorables au développement d'actions de médiation en santé ? Qu'en est-il des médiateurs en santé, de leurs profils et de leur rôle ? On s'intéressera en particulier ici à des actions de médiation en santé dans les territoires où se concentrent les difficultés sanitaires et sociales, comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Lors de ce séminaire, Nadine Haschar-Noé a clarifié les contours de la médiation en santé, fait le point sur les pratiques (rôle, objectifs, professionnels, formation...), et préciser quelles sont les conditions favorables, et les points de vigilances, pour mettre en œuvre des actions de médiation en santé, à partir de l'analyse d'expériences de terrain.



# PRÉAMBULE

## La médiation en santé : un outil pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Un zoom a ensuite été fait sur la démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan au sein de la Mission santé de ville de la mairie de Perpignan par Brigitte Graëll, cheffe de projet Mission santé ville, Mairie de Perpignan et Nicolas Pouzens, médiateur en santé.

*Ce document est issu d'un séminaire régional organisé par Villes et Territoires Occitanie, le 25 janvier 2019, à Montpellier.*

### Nadine Haschar-Noé

Nadine Haschar-Noé est sociologue, maîtresse de conférences honoraire de l'Université Toulouse III, associée à l'Institut fédératif de recherches interdisciplinaires santé société (Iféris).

Sur le versant recherche, elle a notamment rédigé un rapport de recherche sur la médiation en santé pour l'ARS Occitanie (2016) : ses contours, sa professionnalisation et les formations. Elle a par ailleurs contribué à l'élaboration du PRAPS Occitanie (2016-2018). Nadine Haschar-Noé dirige actuellement le volet recherche-évaluation du projet pilote de médiation en santé, porté par La Case de santé de Toulouse, lauréate d'un appel d'offre national du Ministère de la santé pour la période 2017-2021.

Elle a par ailleurs construit une formation à la médiation en santé, en collaboration avec La Case de Santé, dans le cadre du pôle régional de compétences, devenu Dispositif régional d'appui en prévention et promotion de la santé (DRAPPS), piloté par l'ARS et porté par l'Ireps Occitanie. Le niveau 1 s'intitule « Médiation en santé : se former pour ajuster sa posture » ; le niveau 2 est en préparation pour 2019.

# CADRAGE

## Médiation en santé : de quoi parle-t-on ?

### POLARITE

Deux polarités en médiation : régulation des « différends » et des « différences ».

La médiation en santé penche vers le second

Nadine Haschar-Noé insiste sur les deux polarités de la médiation qui est un processus de régulation sociale des « différends » et des « différences ». La chercheuse indique d'emblée que la médiation en santé se situe du côté du second pôle.

Si la médiation se caractérise par une pluralité de domaines d'interventions et d'usages, dans tous les cas, on trouve un tiers non décisionnel et un processus contractuel de gestion des conflits et de réparation ou de construction du lien social (Faget, 2015).

La médiation sociale s'est développée sous l'égide de la politique de la Ville, avec un objectif de développement du lien social, et dans une perspective démocratique et participative : l'empowerment des habitants.

La médiation en santé peut être appréhendée comme la « sœur jumelle et cadette » de la médiation sociale avec objectifs de santé.

On l'appelle médiation en santé pour la différencier des médiations dites « hospitalière », « médicale » ou « sanitaire ». La médiation en santé n'a donc rien à voir avec la médiation sanitaire telle qu'elle est conçue au sein d'un établissement de santé pour approcher un litige (régulation des différends).

5

## 3 GRANDS OBJECTIFS de la médiation en santé

1. **Améliorer** l'accès aux droits, aux soins, à la prévention
2. **Faciliter** les relations des usagers avec le système et les professionnels de santé et du social
3. **Accroître** les capacités d'agir et l'autonomie des personnes

*Recommandations du rapport SAOUT de 2015*



## Médiation en santé : de quoi parle-t-on ?

La médiation en santé s'est construite à l'origine par la société civile, par des bénévoles dans les quartiers de la politique de la ville, puis par des adultes-relais, avec le soutien financier de l'Etat.

L'idée de départ est de gérer des problèmes de santé publique de publics très spécifiques et très ciblés : VIH, migrants, communautés Rom, etc. Cependant, *la médiation en santé ne devrait pas s'intéresser qu'à certains publics très spécifiques : c'est une pratique d'accompagnement des personnes et des collectifs, qui vise la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.*

L'appel à projet national, lancé en 2016, et dédié à la sélection de projets pilotes relatifs à l'accompagnement des personnes malades, en situation de handicap ou à risque de développer une maladie chronique, s'inscrit dans cette logique.

*Cette démarche est issue de l'article 92 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :*

*«... Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie (...)».*

# CARACTÉRISTIQUES

## Caractéristiques communes des actions



Un effort de formalisation de ses contours, objectifs, fonctions, axes d'interventions et référentiel de compétences a été récemment conduit par La Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>1</sup>.

L'H.A.S. définit ainsi la médiation en santé comme un processus temporaire de **«l'aller vers»** et du **«faire avec»** dont les objectifs sont 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 ;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

### La démarche « aller vers » comporte deux composantes

- D'une part, le déplacement physique, « hors les murs » vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable, et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ;
- L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.

« Faire avec » sous-entend faire avec les personnes et non à leur place, car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes.

Dans son référentiel de compétences de formation, et de bonnes pratiques précité, la Haute Autorité de Santé reprend les conclusions d'une étude sur les actions de médiation en santé à Marseille pour mettre en évidence les caractéristiques communes à ces actions mais également les éléments de diversité.

<sup>1</sup> Haute Autorité de Santé, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*.

*Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques, octobre 2017.*

## CARACTERISTIQUES COMMUNES

des projets de  
médiation en santé



### CIBLE

Publics vulnérables, éloignés des dispositifs socio-sanitaires de droit commun et qui échappent aux professionnels de la santé et du social.



### OBJECTIF

Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en favorisant le retour vers le droit commun : accompagner les populations vulnérables vers le système de prévention et de soins et faciliter leur intégration dans le parcours de santé.



### MOYENS

Développer des actions d'« aller-vers », « faire avec » : solutions sur mesure, des professionnels se déplacent au domicile, réalisent des accompagnements physiques vers les acteurs du parcours pour faciliter la relation de confiance et permettre à terme, l'autonomisation dans le parcours de soins.



### ACTIVITES

(Re)Créer la rencontre avec les populations concernées, instaurer la relation de confiance ; Faciliter la coordination du parcours de santé, Favoriser des actions collectives de promotion de la santé en partenariat ; Participer aux actions structurantes au projet.

Source : Haute autorité de la santé, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques, octobre 2017.*



# ÉLÉMENTS DE DIVERSITÉ DES ACTIONS

<b>Contextes d'émergence</b>	Certains dispositifs sont nés d'une mobilisation des habitants et associations de quartier, d'autres ont été favorisés par une impulsion politique, une dynamique nationale.
<b>Profil des médiateurs</b>	Les médiateurs peuvent être issus de professions médicales ou paramédicales (ex : infirmier.e, sage-femme, aide-soignant.e) ou dans le champ social, ou bien d'un parcours militant et engagé au sein d'un quartier, sans qualification initiale dans le domaine médico-social, et recrutés parce qu'ils partagent des caractéristiques avec une partie des publics qu'ils accompagnent, les médiateurs "pairs" (ex : maladie, prostitution, consommation de drogues, habitant de quartier).
<b>Structures porteuses</b>	Associations, collectivités territoriales, ARS, hôpitaux.
<b>Financements mobilisés</b>	Ces financements sont multiples et peuvent provenir de l'Union européenne, de l'Etat / de la Politique de la Ville, de fondations, de l'Assurance-Maladie, des collectivités territoriales, de la Mutualité Française ou d'entreprises privées. <b>Les ARS apparaissent comme les principaux bailleurs concernés par le financement des projets locaux de médiation en santé.</b>
<b>Logiques de rencontre des publics</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les médiateurs créent des rencontres sur les lieux de vie et d'activité avec des publics non connus des structures.</li> <li>- Les médiateurs ont pour mission de créer une relation de proximité avec un public déjà connu des structures de santé.</li> </ul>
<b>Ancrage de la structure dans la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines des structures porteuses de projets de médiation ont, en raison de leur objet initial, un lien fort avec la santé (hôpitaux, Médecins du Monde, etc.) : le médiateur va pouvoir s'appuyer sur les partenariats préexistants avec les acteurs des parcours de santé.</li> <li>- D'autres structures ont un ancrage plus social ou communautaire.</li> </ul>
<b>Nombre de prof. impliqués dans le projet</b>	Certains projets reposent principalement, voire uniquement sur le médiateur en santé. D'autres favorisent l'implication du médiateur au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Source : Haute autorité de la santé, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques, octobre 2017.*

# CARACTÉRISTIQUES

## Éléments de diversité des actions

### DIVERSITE

*Plusieurs éléments de diversité : profil, financement, structure, environnement professionnel de travail, etc.*

Parmi les éléments de diversité, celui des **profils de médiateurs** tend à considérer qu'il s'agit d'un métier ou d'une fonction, mais pas encore d'une profession.

S'agissant des **structures qui portent des projets de médiation en santé**, viennent d'abord des associations, puis des collectivités territoriales (voir l'exemple de Perpignan présenté dans ce document).

La diversité se constate aussi au niveau des financements, mais avec un point commun : le fait qu'ils ne soient pas pérennes.

Par ailleurs, l'ancrage de ces structures dans le champ de la santé est très variable. Certaines des structures porteuses de projets de médiation ont, en raison de leur objet initial, un lien fort avec la santé (hôpitaux, Médecins du Monde, etc.) : le médiateur va pouvoir s'appuyer sur les partenariats préexistants avec les acteurs des parcours de santé.

D'autres structures ont un ancrage plus social ou communautaire.

Enfin, l'étude ci-dessus fait ressortir le fait que si des projets de médiation en santé reposent principalement, voire uniquement, sur le médiateur en santé, avec le risque de fragilité que cela induit, d'autres favorisent l'implication du médiateur au sein d'une équipe pluridisciplinaire comme c'est le cas pour la Case de Santé à Toulouse (voir la présentation proposée dans ce document).

D'une manière générale, les projets de médiation en santé se caractérisent par une certaine fragilité : ils se heurtent à l'enjeu de l'évaluation, malgré une utilité sociale et économique reconnue.

# LES LEVIERS D'EFFICACITÉ

A quelle condition la médiation en santé est-elle efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

## INDICATEURS

5 facteurs du succès ont été repérés par les évaluateurs

Un rapport commandé en 2006 par la Direction générale de la santé s'efforçait déjà de déterminer ce qui, dans le profil des médiateurs en santé ou dans leur façon de travailler, constitue un apport décisif au fonctionnement d'ensemble du système socio sanitaire<sup>2</sup>.

Ce rapport fait état de cinq facteurs de succès repérés de façon constante par les évaluateurs.

## 1. La connaissance intime des publics

C'est le cas des médiateurs qui partagent, ou ont partagé, une grande partie des caractéristiques de leurs publics qui pèsent sur les problématiques de santé de ces derniers (on parle dans certains cas de « médiateurs pairs »).

La compréhension intime des publics auprès desquels intervient le médiateur donne, par exemple, une capacité à surmonter les éléments d'origine religieuse, sociale ou culturelle, etc., qui peuvent bloquer le recours au soin et surtout à la prévention :

- trouver les arguments qui vont convaincre les personnes d'adopter tel comportement ;
- exprimer auprès des professionnels le point de vue des publics dans un langage qui permettra aux professionnels de trouver des solutions constructives.

<sup>2</sup> Lefebvre-Naré F, Rivière D, Fahmy-Vuillaumé S. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme

expérimental mis en œuvre par l'IMEA Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2006.

# LES LEVIERS D'EFFICACITÉ

■ A quelle condition la médiation en santé est-elle efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

## 2. La militance, l'implication personnelle

Cela peut être le cas de médiateurs issus des groupes cibles (communautés d'origine, malades, ...), ou de médiateurs qui se sont volontairement rapprochés de ces groupes. Cependant, si cette militance est un facteur de réussite des médiateurs de santé, elle est aussi associée à des risques : s'exposer personnellement, donc à un certain isolement, et à un risque d'usure psychologique. Pour éviter cette usure, le médiateur doit savoir prendre du recul, tout comme un soignant ou un assistant social. C'est aussi un enjeu d'évolution professionnelle.

La proximité avec les publics cibles et l'implication professionnelle, qui apparaissent comme les deux premières clés de la réussite dans la fonction de médiation, ne sont pourtant pas en soi des capacités d'intervention.

L'intervention professionnelle va notamment faire appel à des compétences de communication, de réseautage et de gestion.



## 3. Les compétences de communication

- La connaissance sociale et culturelle d'un groupe cible ;
- La langue maternelle identique ou maîtrisée ;
- Le vécu personnel, qui contribue à la force de persuasion du médiateur ou de la médiatrice en santé.

Mais cela doit s'accompagner, là aussi, pour le médiateur ou la médiatrice, d'une capacité à prendre du recul par rapport à son propre cas et à sa propre histoire.

# LES LEVIERS D'EFFICACITÉ

A quelle condition la médiation en santé est-elle efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

## INDICATEURS

5 facteurs du succès ont été repérés par les évaluateurs

### 4. Le réseautage : la connaissance des personnes ressources

La connaissance des personnes-ressources est la première étape d'un réseautage efficace. Le réseautage permet d'être efficace, dans un premier temps pour aider des personnes précises dans des situations précises, et ainsi, être reconnu(e) au sein du groupe cible comme acteur ayant une capacité d'intervention (donc digne d'être contacté).

### 5. Le second degré du réseautage : la reconnaissance par le réseau d'intervenants

À force d'interventions efficaces et grâce à la reconnaissance par le public, le médiateur ou la médiatrice en santé finit par être reconnu(e) par le réseau professionnel d'intervenants médicaux et/ou sociaux. Cette reconnaissance peut être accélérée, entre autres facteurs, par la formation initiale, et par le poids de la structure employeuse. Une fois acquise, cette reconnaissance donne à la médiation une tout autre portée.

Nadine Haschar-Noé a étudié pendant 4 ans un atelier santé ville (ASV) à Toulouse, qui intervient sur un territoire qui comprend à la fois un quartier politique de la ville et un quartier voisin qui ne fait pas partie de ce zonage. Les partenaires de cet ASV ont mis en place dans ces quartiers un événement « cinéma-santé », durant une journée : il s'agit d'une animation cinéma autour du programme alimentation santé.

# LES LEVIERS D'EFFICACITÉ

## A quelle condition la médiation en santé est-elle efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

**Cette étude a permis de dégager des « fonctions clefs » comme condition de réussite de ce type d'action de médiation en santé, a priori anodin :** les processus à mettre en œuvre pour arriver à ce que les habitants s'approprient les programmes de prévention en santé et se « prennent en main ». Il s'agit de stratégies d'action pour renforcer à la fois les individus et les collectifs.

Pour arriver à mettre en œuvre un changement des pratiques, l'atelier santé ville (ASV) s'est inscrit dans un temps long : plus de 10 ans.

- Apporter de la connaissance à travers la mise en œuvre d'activités ludiques, surtout pour les enfants.
- Choisir des activités où les gens se font plaisir. Des mères qui ont par exemple conçu des menus pour les cantines scolaires, dans le cadre d'un travail qui a duré deux ans (travail sur l'alimentation, expérimentations sur les goûts, etc.).

- Faire réfléchir grâce à des réunions régulières qui mettent en débat des questions de santé / de nutrition via des forums, des temps échanges, etc.
- Impliquer progressivement les habitants de ces quartiers dans toutes les phases de mise en œuvre de cet événement cinéma-santé, y compris son évaluation. Ces habitants impliqués servent de relais auprès des autres habitants (8 000 personnes).

L'efficacité de ce type de démarche dépend aussi de l'existence d'un réseau solide de partenaires intervenant dans le quartier (et pas seulement des prestataires de service). Ce projet a également contribué à un renforcement des liens entre différentes catégories de la population en organisant cet événement dans un lieu neutre entre les deux quartiers.



# LES LEVIERS D'EFFICACITÉ

## La formation

### Une offre de formation marquée par la prévalence des formations du secteur social/santé\*

Un grand nombre de formations a été recensé, formations qui intègrent des modules « médiation en santé ». En majorité, ce sont des formations en travail social qui font le plus de place à la médiation santé, à la différence des formations en santé.

Dans le registre de l'offre de formation en médiation sociale / santé, la région Occitanie est très bien placée (seconde derrière l'Île-de-France). Cependant notons la prépondérance des formations de niveau 1 et 2 qui ne répond pas aux besoins de formation des médiateurs en santé (adultes relais, aides-soignants, etc.)

\*Source : HASCHAR-NOE N., (dir.), BERAULT F., (2016), *Etude d'opportunité pour la mise en œuvre d'une formation « médiation en santé » dans la région Languedoc-Roussillon / Midi-Pyrénées*, Rapport d'étude pour l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées, Juillet, 84 pages.

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## Le projet pilote de la Case de Santé de Toulouse



### Le contexte

La Case de santé défend une approche de santé globale et un modèle alternatif de « médecine générale avancée » : réduction des inégalités sociale de santé et accès aux droits, soins, prévention. La structure est forte d'une **équipe professionnelle pluridisciplinaire associant des médecins généralistes, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, et 3 médiateurs en santé : 20 salariés au total.**

Ouverte en 2006, la Case de Santé de Toulouse initie des actions pionnières en matière de santé globale et de santé de premier recours, lutte contre les déterminants sociaux des inégalités de santé et poursuit son développement basé sur une double vocation : centre de santé communautaire (depuis 2006). Elle est également un « pôle de santé-droits » pour des patients souvent en grande précarité (depuis 2012). Elle est implantée dans l'hypercentre de Toulouse dans un quartier populaire. Elle accueille et accompagne des publics vulnérables (75 % CMU ou AME).

La Case de santé est lauréate de l'appel à projet national de la Direction générale de la santé (DGS) relatif à « l'accompagnement à l'autonomie » de personnes malades, en situation de handicap ou à risque de développer une maladie chronique<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit une expérimentation de projets

pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé sur une durée de 5 ans.



Cibles « Critères éthiques »	Dispositifs de médiation en santé habitants-usagers-patients	Objectifs et outils
<b>Etre avec</b>	Accueil Permanence médiation	Un accueil inconditionnel Ecouter les demandes de toute nature et y répondre Logique de sollicitation <i>versus</i> sollicitude  ..... Créer un lien de confiance interpersonnel et organisationnel
<b>Aller vers</b>	Déambulations et parcours de veille dans l'espace public du quartier Points fixes et « événements » communautaires	Se faire repérer des habitants et acteurs du quartier Les mobiliser sur la santé Recueillir les besoins  ..... Un diagnostic participatif en santé du quartier
<b>Faire avec</b>	Accompagnements individualisés Espaces collectifs en santé communautaire	Renforcer les pouvoirs d'agir des personnes vulnérables : littératie en santé, cycle d'ateliers généraux et spécifiques Un double accompagnement : « maintien » et « visée »  .... Favoriser « Une conscience critique et politique de la santé à partir des expériences vécues par les usagers »
<b>Faire ensemble</b>	Projets collectifs en santé	Actions de plaidoyer Améliorer conditions de vie et santé Animation par des « patients-intervenants »

Le travail de recherche-évaluation a fait ressortir des pratiques et dispositifs de médiation en santé fondées sur 4 « critères éthiques » et un parcours de santé des usagers-patients

Source : Nadine Haschar-Noé

Cet appel à projet avait pour objectif d'expérimenter des projets pilotes innovants, reproductibles et diversifiés, sur une période de 5 ans (2017-2021), qui permettront aux personnes malades, en situation de handicap, ou à risque, de développer une maladie chronique, de disposer d'informations, de conseils, de soutiens et de formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie.

**Le projet pilote de la Case de santé comporte 3 axes : dynamique de santé communautaire, médiation en santé comme levier d'autonomie, formation et référentiel médiateur(trice) en santé de 1<sup>er</sup> recours...**

# ECHANGES

## Dispositifs et pratiques de médiation en santé : questions / réponses



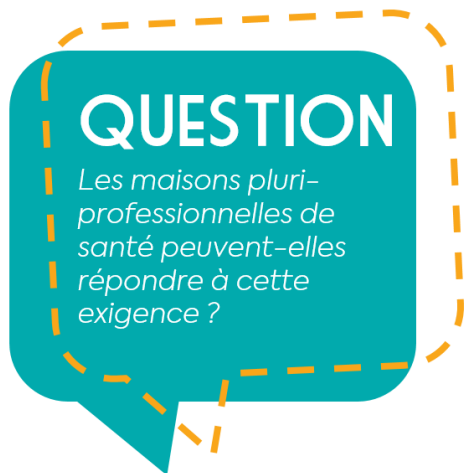
Il ne faut pas dissocier posture du médiateur et position dans la structure : le médiateur ne doit pas être laissé seul, doit pouvoir bénéficier de temps d'échanges formels (réunions d'équipe), de formations, etc.

Des médiateurs confrontés à des situations individuelles complexes et graves peuvent être confrontés à des difficultés : manquant de mise à distance et de recadrage, certains médiateurs peuvent se retrouver « isolés ». Cela peut être le cas si le médiateur n'est pas suffisamment accompagné par la structure qui l'emploie.

	ATOUTS	FAIBLESSES
STRUCTURE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structures visible et reconnue par les partenaires et les publics</li> <li>La structure dispose d'un ancrage dans la santé</li> <li>La structure a déjà mis en œuvre des actions auprès du publics ciblés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet de médiation ne s'intègre pas aux missions de la structure,</li> </ul>
EQUIPES	<ul style="list-style-type: none"> <li>La direction est impliquée dans le projet de médiation et adopte une posture facilitante.</li> <li>Il existe des temps d'échange formels (réunions) et de régulation.</li> <li>Le fonctionnement en binôme favorise l'interconnaissance entre professionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La direction et/ou les équipes sont peu impliqués dans le projet de médiation.</li> <li>Les médiateurs de santé se trouvent isolés,</li> </ul>

Source : Célia Chischportich, Julien Perrin, Evaluation et accompagnement, de la médiation en santé à Marseille, janvier 2017.

## Dispositifs et pratiques de médiation en santé : questions / réponses



L'enjeu est celui de la coordination entre les soignants : il ne semble pas suffisant de faire cohabiter dans un même bâtiment des professionnels de santé libéraux. L'intérêt du travail réalisé par la Case de Santé à Toulouse, tient justement à ce travail collectif et coordonné des soignants. Ce travail de coordination se retrouve aussi dans certaines maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)<sup>4</sup>, par exemple quand une « infirmière Asalée » remplit cette fonction de coordination.

Cependant, cela ne remplace pas la mission que peut remplir un médiateur ou une médiatrice en santé pour avoir une approche renforcée des publics fragiles.

### Le dispositif ASALÉE (Action de santé libérale en équipe)

Créé en 2004 et porté par une association de médecins généralistes, il avait pour objectif initial d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville, par la coopération entre médecins généralistes et infirmières. Aujourd'hui formées à l'éducation thérapeutique (ETP), les infirmières interviennent auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de quatre protocoles : dépistage et prise en charge du diabète, suivi des patients à risque cardiovasculaire, dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et dépistage des troubles cognitifs. A partir de 2012, le dispositif Asalée s'est développé dans des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

<sup>4</sup> C. Fournier, I. Bourgeois, M. Naiditch (Irdes), Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

# ECHANGES

## ■ Dispositifs et pratiques de médiation en santé : questions / réponses

### CLARIFICATION

*Il existe une nécessité de clarifier les attentes et les représentations des professionnels de santé sur le médiateur / la médiatrice en santé*

Les expériences de terrain font ressortir un certain nombre de difficultés rencontrées, liées à une représentation restrictive de la médiation en santé par des professionnels de santé : la médiation en santé est alors assimilée à la médiation-pair, ou à la fonction d'interprète, sans véritable souci de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé. Pourtant, tout l'intérêt de la médiation en santé est que les médecins qui reçoivent ces patients comprennent mieux leurs réalités pour l'intégrer dans leur prise en charge.

Or, comme cela a été précisé plus haut, la raison d'être de la médiation en santé est de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en favorisant le retour vers le droit commun : il s'agit d'accompagner les populations vulnérables vers le système de prévention et de soins et faciliter leur intégration dans le parcours de santé. C'est une des difficultés auxquelles sont confrontées des structures de type centre d'accueil, de soin et d'orientation : s'assurer que les personnes accueillies seront bien réinsérées dans un parcours de santé de droit commun.

De ce point de vue, la Case de Santé à Toulouse est un exemple de la manière dont une structure de soin de droit commun, donc ouverte à tous, peut accorder une attention particulière aux publics les plus précaires. Ensuite, tout l'enjeu de la médiation en santé est d'enclencher un processus d'autonomisation.



# ÉCHANGES

## Dispositifs et pratiques de médiation en santé : questions / réponses

**Autre exemple :** le centre de santé « Château en santé » qui a ouvert ses portes en janvier 2018, dans la cité Kalliste, au sein des quartiers nord de Marseille<sup>5</sup>. Ce centre de santé est porté par une association à but non lucratif et s'adresse aux habitants des quartiers de Kalliste, la Granière, la Solidarité, les Bourrely. Il propose des consultations de médecine générale, des entretiens sociaux ou infirmiers, un suivi orthophonique dans la limite des places disponibles.

Ce lieu est aussi un espace de rencontre autour d'un café, d'échanges sur la santé, sur le « prendre soin », de réflexions collectives, avec les habitants et les professionnels du territoire sur les besoins en santé du territoire, sur le fonctionnement d'une telle structure, sur les moyens de favoriser l'accès aux soins et de lutter contre les inégalités sociales de santé<sup>6</sup>.

La médiation en santé apparaît donc comme une solution pour agir sur les difficultés rencontrées par les personnes les plus éloignées des offres de soins et de prévention présentes sur leur territoire, afin de faciliter leur accès à ces offres, ainsi qu'aux ressources disponibles pour les aider à y accéder. Encore faut-il convaincre de son efficacité, et de l'intérêt de la développer, d'où l'importance de l'évaluation : une évaluation de processus (ou de moyens) et une évaluation de résultats. Même si les acteurs engagés dans ce type de démarches (médiateurs, professionnels de santé, travailleurs sociaux) pointent la difficulté de « mesurer » cette efficacité, cet effort d'évaluation apparaît d'autant plus stratégique que la médiation en santé est encore faiblement institutionnalisée.

---

<sup>5</sup> « Un centre de santé ranime le cœur de la cité Kalliste », Marsactu, 7 avril 2018 : <https://marsactu.fr/centre-medical-reanime-coeur-de-kalliste/>

<sup>6</sup> <http://www.chateau-en-sante.org/>

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan

### CONTEXTE

*Une mission santé ville à la mairie de Perpignan qui intègre un médiateur en santé*

**Depuis deux ans, la Mission santé ville de la mairie de Perpignan a intégré en son sein un médiateur en santé chargé d'intervenir en priorité dans les quartiers de la politique de la ville. Brigitte Graëll, chef de projet Mission santé ville, mairie de Perpignan, et Nicolas Pouzens, médiateur en santé, au sein de cette même mission santé ville ont apporté leur témoignage.**

La cheffe de projet Mission santé ville de la Mairie de Perpignan a mis l'accent sur l'importance de resituer la mise en place de cette démarche de médiation en santé dans un long processus d'une dizaine d'années.

Cela a commencé avec la mise en place d'un atelier santé ville à Perpignan qui a initié un travail auprès des acteurs de santé sur « l'aller vers » : ce travail a consisté à inciter les professionnels de santé à davantage investir les quartiers de la politique de la ville (dans les centres sociaux : accueils pour créer de l'interconnaissance).

Avec l'arrivée des contrats locaux de santé, la cheffe de projet a obtenu de ne plus être au sein de la Direction hygiène et santé de la ville, et d'être rattachée à la Direction générale des services, dans un souci de plus grande transversalité et afin d'engager la collectivité à agir de façon volontariste en faveur de la santé des habitants.

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan



La mission santé a ensuite été consolidée avec le recrutement d'une chargée de mission santé publique.

A noter également parmi les outils mis en place à Perpignan : un conseil local de santé mentale (CLSM) et une équipe mobile de psychiatrie qui se déplace à domicile, et se charge situations complexes.

Les thématiques abordées par la mission santé ville de Perpignan sont les suivantes : santé mentale, addictions, nutrition-santé-sport, accès aux soins.

Deux catégories de publics sont plus particulièrement visées : petite-enfance et adolescence, séniors, et personnes en situation de précarité. Des actions de promotion de la santé sont mises en œuvre dans les quartiers de la politique de la ville sous l'impulsion de la mission santé ville qui coordonne des groupes de travail.

Cette action a été mise en place en 2015 en partenariat avec le CODES 66, puis avec l'ANPAA. Les objectifs poursuivis sont de faciliter l'accès aux droits et aux soins (améliorer le parcours de santé), amener les habitants à s'inscrire dans des démarches préventives, et les amener à adopter des comportements et conduites favorables à la santé, notamment dans le champ des addictions

**Des permanences sont assurées par 2 professionnelles de santé, tous les mardis après-midi :** une infirmière de santé publique et une diététicienne. Les équipes des centres sociaux jouent aussi un rôle important pour mobiliser, informer et orienter les habitants. Ces permanences constituent un levier pour un travail avec les partenaires extérieurs (centre d'examen de santé CPAM, médecins libéraux, service endocrinologie de l'hôpital St Jean...).

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan

**C'est dans ce contexte qu'est apparu la nécessité d'un médiateur santé afin d'éviter les ruptures dans l'accompagnement**, aussi bien du côté des habitants, que du côté des professionnels de santé. Pour ce faire, un agent de la Ville de Perpignan est venu renforcer l'équipe de la mission santé ville qui est désormais composée de 3 personnes (il n'y a donc pas de financements supplémentaires pour ce poste).

Il ne s'agit pas de faire directement mais d'accompagner et de jouer un rôle d'interface.

Des règles précises d'interpellation du médiateur ont été définies afin de le « protéger », ainsi que l'équipe, et pour éviter de réduire sa mission à un « rôle de pompier ».

**A noter : la signature d'un CLS a constitué un levier** par rapport à la démarche des ASV en permettant d'interpeler les élus (gouvernance), ce qui n'était pas possible dans le cadre antérieur de l'ASV. En tant que dispositif de la politique de la ville, l'ASV n'était pas visible pour le maire, à la différence du CLS.



# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## ■ La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan

### LEGITIMITE

*Celle du médiateur est fondée sur une très bonne connaissance des publics*

Fort de cette connaissance intime des publics, et de ce parcours professionnel dans les centres sociaux de la ville, le médiateur peut se présenter comme un partenaire facilitateur, là où les autres acteurs peinent à entrer en contact avec certains publics. Il peut être mobilisé comme interlocuteur privilégié afin de débloquer certaines situations complexes du fait de sa connaissance des besoins, modes de vie, réactions des publics en situation de précarité.

25

De par son parcours personnel et professionnel, le médiateur en santé de la Ville de Perpignan a une connaissance fine et «intime» du territoire et de ses habitants. Issu d'un des quartiers où il intervient, il a débuté sa carrière professionnelle au sein du service propreté, avant d'évoluer au sein des services pour devenir animateur socio-éducatif et responsable de centre social. Le poste de médiateur en santé a constitué une opportunité pour une nouvelle étape professionnelle.

Du côté des habitants, le médiateur en santé va pouvoir, grâce à la relation de confiance instaurée, mettre les habitants en relation avec des professionnels de santé, ou faire remonter des besoins d'information : en psychiatrie, en addictologie, etc.

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## ■ La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan

### L'enjeu de la reconnaissance du médiateur par les professionnels de santé.

Le médiateur en santé doit aussi être « reconnu » par les professionnels de santé avec lesquels il travaille. Dans le cas de Perpignan, il a fallu une année pour convaincre que le secret médical était préservé, que le médiateur pouvait permettre de dépasser le verrouillage de certaines postures, qu'il ne prenait la place de personne, que son rôle consistait à faire le lien entre les publics et eux.

Une fois cette phase dépassée, le médiateur en santé est repéré par les professionnels comme une personne ressource pour entrer en contact avec des publics éloignés de l'offre de soin de droit commun. Le fait d'être intégré dans une équipe (ici la mission santé ville de Perpignan) est de ce point de vue, un atout essentiel pour l'efficacité de ce travail en réseau.

### Quelques exemples concrets de médiation

- Présence du médiateur en santé sur l'espace public, le soir, auprès d'habitants pour les informer sur les dispositifs auxquels ils ont droit et les structures existantes dont ils ignorent les modalités d'accès.
- Demande d'intervention de la cellule mobile psychiatrie pour des situations repérées par le médiateur du fait de sa connaissance des familles. Mise en relation de personnes avec les professionnels de santé dans le cadre d'une campagne de vaccination.
- Orientation / accompagnement de personnes vers les professionnels de santé compétents, selon les besoins exprimés.
- Le travail du médiateur en santé comprend ainsi deux volets :
  - un volet accompagnement individuel sur l'accès aux droits et aux soins ;
  - un volet actions collectives de promotion et de prévention santé.

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

## La démarche de médiation en santé mise en œuvre à Perpignan



### **L'importance de la posture vis-à-vis des publics: entre proximité et distanciation**

Dans sa pratique, le médiateur est confronté à des situations individuelles complexes et graves qui peuvent être délicates à gérer du fait de la connaissance qu'il peut avoir des familles concernées.

Il s'avère donc là aussi, important de pouvoir s'appuyer sur une équipe et sur la structure qui l'emploie, pour l'aider à prendre du recul et à mettre à distance la dimension « personnelle » de sa posture.

C'est pour cette raison que le choix a été fait par la Ville de Perpignan de porter le poste de médiateur en santé.

Sur un plan plus personnel, il semble important que le médiateur n'habite pas – ou en l'occurrence n'habite plus – dans les quartiers où il intervient. De ce point de vue, les échanges ont fait ressortir que s'il l'on ne devait pas nécessairement être issu du quartier d'intervention pour exercer efficacement ce métier, il était indispensable d'en avoir une bonne connaissance et de se rendre accessible au public : cela suppose en effet un important investissement en termes de posture.

### **L'enjeu de l'évaluation**

Comme cela a été développé précédemment, il est important pour la structure porteuse et pour ses partenaires de pouvoir évaluer l'impact du travail du médiateur en santé. Il y a ici un enjeu en termes d'objectivation de la collectivité, etc., ces retours des bénéficiaires eux-mêmes faisant cependant aussi partie de ce travail d'évaluation.

# POUR ALLER PLUS LOIN

## Références bibliographiques et numériques

**Saout, Christian, Voiturier, Jérôme,**  
**Cap santé ! : Rapport en vue du cahier**  
**des charges des expérimentations des**  
**projets d'accompagnement à**  
**l'autonomie prévues par le projet de loi**  
**de modernisation de notre système de**  
**santé, Paris, La Documentation**  
**Française, 2015/07. - 71p.**

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000490.pdf>

**Articles 90 et 92 de la loi n° 2016-41 du**  
**26 janvier 2016 de modernisation de**  
**notre système de santé**

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id#JORFARTI000031913426>

art. 90: « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités (...)».

art. 92: « A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant

*d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées.*

*Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à son entourage.*

*Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie (...)».*

**Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif**  
**à la médiation sanitaire et à**  
**l'interprétariat linguistique dans le**  
**domaine de la santé :**

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2017/5/5/2017-816/jo/texte>

Art. 1: « La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. »

**Haute Autorité de Santé (HAS),  
Référentiel de compétences,  
formations et bonnes pratiques,  
octobre 2017, en application de  
l'article 90 de la loi de modernisation  
du système de santé du 26 janvier 2016  
et du décret n°2017-816 du 5 mai 2017 :**  
[« La médiation en santé pour les  
personnes éloignées des systèmes de  
prévention et de soins ».](#)

Lefebvre-Naré F, Rivière D, Fahmy-  
Vuillaumé S. Évaluation des actions de  
proximité des médiateurs de santé  
publique et de leur formation dans le cadre  
d'un programme expérimental mis en  
œuvre par l'IMEA Paris, Ministère de la santé  
et des solidarités, 2006.

[www.cfmmsp.org/IMG/doc/RAPPORT\\_FIN  
AL\\_Evalua\\_IMEArapp\\_fin\\_0310\\_1\\_-2.doc](http://www.cfmmsp.org/IMG/doc/RAPPORT_FIN<br/>AL_Evalua_IMEArapp_fin_0310_1_-2.doc)

**La Case de santé, centre de santé  
communautaire à Toulouse :**

<http://casedesante.org/>

**InCittà, plateforme associative,  
Evaluation et accompagnement de la  
médiation de santé sur Marseille,  
janvier 2017 :**

[http://www.incitta.fr/wp-  
content/uploads/file/Rapport\\_Final\\_M  
ediation\\_Sante\\_2015\\_2016.pdf](http://www.incitta.fr/wp-<br/>content/uploads/file/Rapport_Final_M<br/>ediation_Sante_2015_2016.pdf)

**PRAPS Occitanie, Action structurante  
n° 4.1.4 « Soutenir la médiation en  
santé », p. 56 :**

[https://docplayer.fr/74156969-  
Programme-regional-d-acces-a-la-  
prevention-et-aux-soins.html](https://docplayer.fr/74156969-<br/>Programme-regional-d-acces-a-la-<br/>prevention-et-aux-soins.html)

# CONTACT

## Villes et territoires

Tél : 04.64.07.02.38



Centre de ressources politique de la ville et cohésion territoriale

[www.villesetterritoireslr.fr](http://www.villesetterritoireslr.fr)