

MÉDIATEUR.E.S EN SANTÉ



UNE APPROCHE RECONNUE

*UN MÉTIER
À PROMOUVOIR*

ACTES DU COLLOQUE - PARIS - DÉC. 2016

POUR AMÉLIORER L'ACCÈS
AUX DROITS, À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS

MÉDIATEUR.E.S EN SANTÉ UNE APPROCHE RECONNUE, UN MÉTIER À PROMOUVOIR

C'est bien pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, que la médiation a été inscrite comme une mesure de la Loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016.

Cette publication de l'association pour l'accueil des voyageurs (AŠAV) retrace les échanges qui ont eu lieu lors du colloque organisé avec les membres du Programme National de Médiation Sanitaire, le 12 décembre 2016 à Paris. Dans ce contexte législatif renouvelé mais aussi dans la perspective des référentiels de la Haute Autorité de Santé, cette journée, dédiée à la médiation dans le champ de la santé, a permis de penser collectivement les conditions de sa reconnaissance.

Rassemblées dans ces pages, les interventions de médiateurs, d'acteurs associatifs ou institutionnels, de professionnels de santé, reviennent sur les plus-values de la médiation comme interface pour faciliter les conditions de rencontre et de compréhension entre habitants et système de santé. Elles débattent des éléments existants et à venir, qui sont nécessaires pour que les médiateurs exercent leur métier de manière neutre, indépendante et pérenne.

Le PNMS est un programme inter-associatif qui regroupe une douzaine de projets visant à favoriser l'accès à la prévention et aux soins d'habitants de bidonvilles et de gens du voyage, par leur intégration dans le système de santé de droit commun. Avec le soutien du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et de Santé Publique France, il met en œuvre des actions d'évaluation et de formation, depuis ses débuts en 2011.

Cette publication a été portée par l'AŠAV, avec le concours de la Fnasat et le soutien du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et de Santé Publique France.



AŠAV association pour l'accueil
des voyageurs



SOMMAIRE

- 4 **INTRODUCTION**
- 8 **ÉDITO**
- 12 **VISAGES ET IDENTITÉ DE LA MÉDIATION EN SANTÉ**
- 14 **LA MÉDIATION, UN APPUI DANS LES CONSULTATIONS ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE**
- 18 **L'ALLER-VERS DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE POUR RENCONTRER "LES INVISIBLES"**
- 22 **LA MÉDIATION PAIRE EN SANTÉ MENTALE, UN APPUI DANS LE RÉTABLISSEMENT ET LE SUIVI DES PATIENTS**
- 26 **LA MÉDIATION DANS UN DISPOSITIF DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE**
- 30 **LA MÉDIATION PAIRE POUR RECONNAÎTRE LES SAVOIRS ET COMPÉTENCES ISSUS DE L'EXPÉRIENCE**
- 33 **LE RÔLE DE FACILITATION DANS LA COMMUNICATION ET L'INTERCOMPRÉHENSION**
- 36 **LA MÉDIATION EN SANTÉ JUSQU'AUX GENS DU VOYAGE ET BIDONVILLES, AU SEIN DU PNMS**
- 36 — Le médiateur en appui à la prise en charge de situations sanitaires complexes
- 40 — Aller-vers en bidonvilles pour tisser un lien de confiance et soutenir l'autonomisation des personnes
- 42 — Accompagner la transformation des pratiques pour améliorer la prise en charge des jeunes enfants par l'hôpital et la PMI
- 45 — La médiation et la santé des personnes dans un contexte d'instabilité permanente
- 48 **POINTS CLÉS DU PROGRAMME NATIONAL DE MÉDIATION SANITAIRE**
- 48 — Parole à des institutions soutiens
- 51 — Focale sur l'évaluation externe
- 54 **POINTS D'APPUI ET FREINS À LEVER POUR UN PLEIN EXERCICE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ**
- 56 **ENJEUX DE LA RECONNAISSANCE DES MÉDIATEURS PAR LES PARTENAIRES**
- 59 **FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU REGARD DE CE NOUVEAU MÉTIER**
- 61 **L'INTÉRÊT D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS SON CABINET ET LE QUARTIER**
- 66 **INSCRIPTION ET RECONNAISSANCE DANS UN PRAPS**
- 68 **APPUI À DES PROJETS DE MÉDIATION À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE PAR UN ATELIER SANTÉ VILLE**
- 72 **RECOMMANDATIONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE INTER-ASSOCIATIVE DU PNMS**
- 76 **RECONNAISSANCE POLITIQUE ET PROFESSIONNELLE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ**
- 78 **UN PROJET DE FORMATION DE MÉDIATION EN SANTÉ À L'UNIVERSITÉ PARIS XIII**
- 80 **VERS UNE RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE DE LA MÉDIATION SOCIALE PAR L'ADOPTION D'UNE NORME MÉTIER**
- 84 **LE TRAVAIL DE RÉFÉRENTIELS DÉDIÉS À LA MÉDIATION EN SANTÉ PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**
- 90 **CONCLUSION**
- 92 **PROGRAMME DU COLLOQUE**
- 94 **REMERCIEMENTS**

INTRODUCTION

LAURENT EL GHOZI PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS (AŠAV) HAUTS-DE-SEINE (92)

C'est à partir d'un travail ayant commencé il y a vingt-cinq ans avec Médecins du Monde sur les terrains de Nanterre, qui accueillait la première vague de migrants venus de l'Est et appelés alors les "Tsiganes roumains de Nanterre", qu'est né le Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS)

Structuré depuis 2011 à partir d'une expérimentation et coordonné par l'AŠAV, ce programme intervient en direction de migrants habitant en bidonvilles et de gens du voyage en situation de précarité et regroupe une douzaine d'associations à l'échelle nationale : AREA, Aréas dispositif de La Sauvegarde du Nord, AŠAV, Les Forges, Médecins du Monde, Première Urgence Internationale, Relais Accueil Gens du Voyage, Roms Action et SoliHA.

En janvier 2016, grâce en partie au travail de tous, dûment évalué, la loi de modernisation de notre système de santé faisait inscrire au code de santé publique la "médiation sanitaire" comme un outil pour "améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées" du système de santé.

Presque un an après, l'AŠAV et les structures membres du programme ont souhaité réunir largement les acteurs de la médiation en santé dans le cadre d'un colloque pour échanger autour de la diversité des pratiques et des questions que soulèvent cette reconnaissance institutionnelle. Fin 2016 marque aussi pour nous, quatre ans de mise en œuvre et la finalisation d'une évaluation externe.

Le cadre inter-associatif du PNMS s'appuie sur la définition de la médiation sociale établie à Créteil en 2000, qui fixe que "(la médiation est) un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers, impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose" Séminaire européen

"Médiation sociale et nouveaux modes de résolution des conflits de la vie quotidienne", Créteil, septembre 2000.

Dans nos actions nous avons retenu que la médiation en santé consiste à co-construire une relation entre un public cible (des populations vivant en bidonvilles et des gens du voyage dans ce cas) et les acteurs de santé

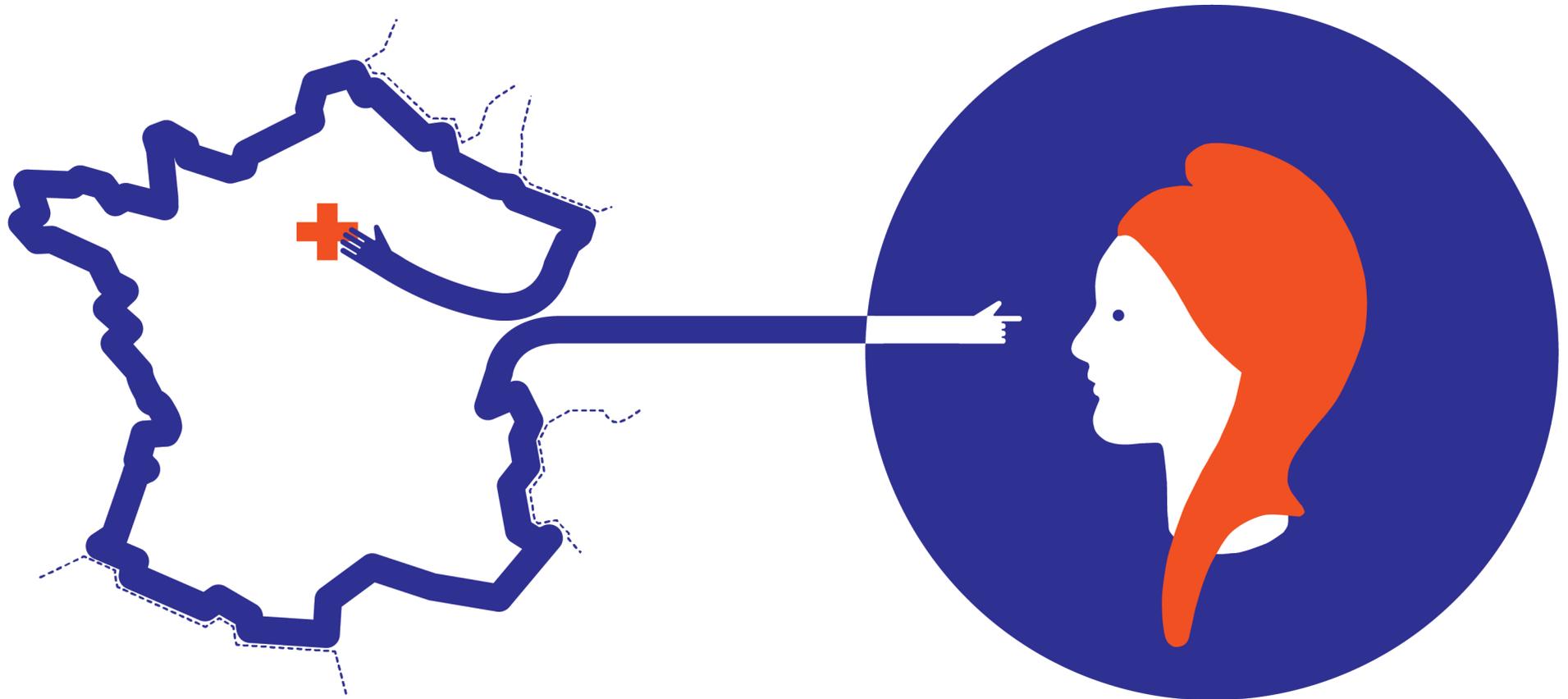
du territoire sur lequel ces populations vivent. Le médiateur en santé travaille au rapprochement de chacune des deux parties, en informant d'une part le public sur le système de santé et d'autre part les structures de santé sur le contexte de vie des personnes.

Mais il faut également dire avec force aux autorités publiques présentes et à celles que vous représentez, que la médiation nécessite du temps pour que la confiance s'installe, pour que les personnes acquièrent plus d'autonomie et pour que les pratiques des professionnels évoluent.

Ce temps, indispensable à notre action, est incompatible avec la précarité extrême dans laquelle vivent les publics que nous accompagnons. Cette confiance est mise à mal par les évacuations itératives des bidonvilles, qui sont avant tous les lieux de vie des personnes.

Ce parcours vers l'autonomie est régulièrement brisé par la perte des repères, la destruction des papiers. Il ne peut pas y avoir de médiation en santé valable, si nous n'avons pas le temps pour la mettre en place.

**“CONSIDÉRER LA MÉDIATION COMME INTÉGRÉE
DANS UNE APPROCHE GLOBALE ET NON RELÉGUÉE À DES PROGRAMMES
EN DIRECTION DE PUBLICS SPÉCIFIQUES.” P. REVAULT**



PASCAL REVAULT DIRECTEUR OPÉRATIONNEL DU COMEDE (COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS), ASSOCIATION AGISSANT EN FAVEUR DE LA SANTÉ DES EXILÉS ET DE LEURS DROITS. IL A CONTRIBUÉ À DES EXPÉRIENCES DE MÉDIATION EN SANTÉ DÈS LES ANNÉES 90 JUSQU'AU DÉBUT 2000, À L'INSTAR DU PROGRAMME DE MÉDIATION EN SANTÉ PUBLIQUE PORTÉ PAR L'IMEA.

Cette année 2016, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier, représente une avancée et a inscrit la “médiation sanitaire” au sein du code de santé publique en la différenciant de l’interprétariat, enfin reconnu par la même occasion. L’adjectif “sanitaire”, s’il prétend étymologiquement expliciter la “conservation de la santé”, introduit malencontreusement un frein symbolique qu’il faudra lever pour clarifier la place opérationnelle de la médiation dans le champ de la santé. Ce frein se décline d’abord à travers les termes “cordon sanitaire, évacuation sanitaire, risque sanitaire, inspection sanitaire...”, qui mettent l’accent sur les mesures d’hygiène publique, peu compatibles avec le sens premier de la médiation qui caractérise justement le passage entre deux cultures, par exemple entre celle du soignant et du soigné, ou encore celle d’un porteur de projet s’appuyant sur la santé communautaire versus les impératifs de l’autorité administrative.

Ainsi, la médiation sanitaire serait au service de la santé publique ?

Certes, mais bien davantage qu’une confusion avec “l’action publique”, la médiation est un espace dynamique susceptible de questionner cette action publique et de potentiellement proposer des transformations du système de santé, qu’il s’agisse des modes d’intervention, des dispositifs de participation aux politiques publiques ou de l’organisation des soins et de la prévention. Comment sinon, garantir que le médiateur en santé soit un tiers indépendant et co-acteur de la médiation ?

Il est pétillant de rappeler ici ce que Michel de Montaigne disait de la santé et qui justifie une terminologie davantage entrouverte :

“C’est une précieuse chose que la santé : et c’est la seule chose qui mérite à la vérité que l’on s’y emploie, non le temps, seulement la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite : d’autant que sans elle, la vie nous vient à être injurieuse. La volupté, la sagesse, la science et la vertu sans elle se ternissent et évanouissent... Toute voie qui nous mènerait à la santé, ne peut se dire pour moi, ni âpre, ni chère”. Voir, Montaigne “Les Essais”, Livre II, chapitre XXXVII, 1191-1192, Librairie générale Française 2001, La Pochothèque, Le livre de poche, (édition 1595).

Si Jonathan Mann, avait dès les années 1990 précisé la nécessité de

considérer les droits humains comme des déterminants de la santé, il a aussi introduit le concept de vulnérabilité, sans en prévoir la diffusion dans tous les champs sociaux, avec le risque de se limiter aux seuls publics vulnérables. Certes, les recherches pluridisciplinaires ont aujourd’hui démontré l’incorporation du social dans le biologique en termes de différences d’espérance de vie sans incapacité ou d’exposition à des facteurs de risque et l’urgence à travailler en amont pour améliorer l’accès aux droits, comme l’inscription des populations éloignées du soin et de la prévention.

Mais, il serait dommage de ne pas élargir la médiation en santé à l’ensemble du système de santé et des actions sociales pour mieux les faire évoluer, c’est-à-dire considérer plutôt les “situations de vulnérabilité”, que les “populations vulnérables”.

C’est rappeler que chaque personne peut connaître cette situation au cours de sa vie, par exemple au cours d’une hospitalisation, ou encore d’une consultation. D’autre part, c’est considérer la médiation comme intégrée dans une approche globale et non pas reléguée à des programmes en direction de publics spécifiques. Finalement, cela pourrait introduire davantage de visibilité des projets de médiation, régionaux, à la condition d’un financement pérenne par l’ensemble des Agences Régionales de Santé.

À l’inverse, le développement de dispositifs humanitaires, ponctuels à l’extrême pour gérer une crise sanitaire, ne répond pas aux ambitions d’une médiation en santé. Ne s’agit-il pas finalement d’éviter l’élaboration de réponses sur le même modèle que l’action humanitaire, parfois hyper-spécialisées, mais bien en revanche d’asseoir des dispositifs pensés avec les personnes qui résident dans une cité désormais mondialisée ?

Moins que les différences de compréhension qui seraient culturelles à travers les origines des personnes – et ce dont l’interprétariat a d’abord la responsabilité d’une réduction – ne s’agit-il pas bien davantage des différences de pratiques et de représentations entre soignants et soignés, entre administration et public ? Autrement dit, comment un médiateur participe de la transformation de la relation entre médecin et patient en échappant tant à l’écueil d’être

l'avocat du patient, ou de seulement expliciter et traduire les dires du médecin ? Comment, y compris sur le plan de la théorie systémique de la communication, la médiation facilite la symétrie, questionne les positions hautes et basses pour une autonomisation du patient, une discussion du diagnostic, des possibles thérapeutiques.

Ce positionnement n'est pas possible sans indépendance – si un médecin peut jouer un rôle d'intermédiation, il paraît difficile d'imaginer un médecin soignant médiateur ici – et légitimité du médiateur. Cela nécessite pour le médiateur, une absence de précarité et la reconnaissance par les acteurs de terrain de la santé. Dans le même temps, l'institution qui emploie le médiateur joue bien sûr un rôle sur son positionnement. Si l'intervention de médiateurs associatifs n'est pas neutre, car ils sont porteurs également des enjeux de leur structure, elle est potentiellement davantage à distance de l'hôpital par exemple pour une médiation entre soignants et soignés.

En fait, ce sont d'abord les enjeux de la rencontre entre une proximité sociale et une problématique de terrain en santé qui devraient déterminer l'élaboration du projet de médiation, la structure de rattachement des médiateurs et les éléments de la formation. Les médiateurs ne sont cependant pas forcément des personnes issues des catégories et des situations sociales concernées par le projet de médiation.

S'il paraît nécessaire de caractériser un cursus de formation validant et commun, comportant en particulier une connaissance de l'accès aux soins, aux droits et un savoir-faire en matière de médiation, de relation d'aide, de projets, il faut être prudent sur un cadre qui a montré ses limites par le passé. De fait, comment faciliter l'appréhension d'une co-construction de projet avec différents acteurs, tout en n'enfermant pas le médiateur dans des impératifs de cadre logique de projet, de discours et d'évaluation qui peuvent contenir une certaine limitation à l'action de la médiation et à "l'aller vers".

L'expérience de 2000 de médiation en santé publique portée par l'IMEA, [L'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée \(IMEA\) a été, de 2000 à 2005, l'opérateur d'un "programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique" financé et piloté par le ministère de la Santé, DGS. Ce programme a touché quatre sites : l'Île-de-France, la Guyane, Marseille et Nice. 150 personnes en tout ont été formées.](#) a montré que lorsqu'il faut s'attacher à un projet défini au sein d'une organisation dont les priorités sont déjà connues, la médiation risque de perdre sa richesse et donc également son efficacité. Les possibilités de diagnostic partagé et les réponses à mettre en lumière sur le terrain deviennent alors restreintes. L'importance d'un accompagnement à distance des personnes en cours de formation sur les projets est à souligner, loin d'une formation académique validante.

Moins que la question de la technicisation accrue de la bio-médecine, qui comme le propose Sandrine Musso en appellerait à des auxiliaires médiateurs pour un "supplément d'âme", [Voir, "Place de la médiation. Vers une reconnaissance ?" Compte-rendu de la soirée migrants et VIH, octobre 2015, p30-35.](#) le défi de la médiation réside probablement dans la reconnaissance d'une efficacité sociale de la co-construction des actions et interactions en santé, dans un monde toujours davantage mondialisé et pluriel. Ce défi concerne finalement tant la relation de soin globale entre personnes soignées et soignantes, que l'évolution du système de santé en termes de participation et d'interactions entre les différents acteurs de la santé. Ce pourrait aussi être une réponse à l'accélération, dénoncée par Paul Virilio [Voir, "L'administration de la peur", Les éditions Textuel, 2010](#), génératrice d'arythmie et qui ne permet pas le partage, produisant concrètement la désorganisation des services de santé et la mise en place d'une santé publique centrée sur l'urgence. Il faut souligner que la médiation court un risque à être utilisée pour pallier des dysfonctionnements qui relèvent de choix stratégiques du système de santé, donc des politiques de santé publique.

Finalement, la question que pose la médiation en santé est aussi et d'abord celle de l'émergence de sujets politiques en lieu et place d'objets de gestion humanitaire ou de santé publique. Comme le détaille Grégory Baltan dans un travail mené en 2005 auprès d'associations en faveur du logement de demandeurs d'asile, en agissant à travers les catégories de pensée issues du pouvoir, des militants sont finalement porteurs d'assignations identitaires [Voir, "Les nouvelles frontières de la société française", sous la direction de D. Fassin, Bibliothèque de l'Iris, La Découverte, Paris, 2010, p 339-361.](#) Ainsi, la trajectoire d'une personne en position de passerelle entre les demandeurs d'asile et ceux les soutenant, a rendu l'accès à la parole et au statut de sujet et non à la seule distribution des rôles humanitaires, citant Michel Foucault [Voir, "Dits et écrits", Volume IV, Gallimard, Paris, 1994, p. 574.](#) : "Dans la contingence qui nous a fait ce que nous sommes, se dégage la possibilité de ne plus être ce que nous sommes".

Chaque intervenant devrait se poser cette question essentielle pour ne pas abonder une réponse reproductrice d'une assignation des rôles sociaux prédéterminés.

VISAGES ET IDENTITÉ DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

La médiation en santé est une pratique qui n'est pas nouvelle, puisqu'elle se dessine depuis l'émergence des "femmes relais", dites aussi médiatrices socio-culturelles qui agissent en France comme citoyennes engagées et professionnelles à la fois, depuis les années 1980. Aussi, une part de la médiation dans ce secteur est à rapprocher des pratiques de paire-aidance et des "savoirs et formations issus de l'expérience", portés par des mouvements d'usagers et de patients, qui sont de plus en plus reconnus depuis le début de la pandémie du sida.

Emmanuelle Jouet, Luigi Flora, Olivier Las Vergnas "Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse", Pratiques de Formations, Analyses, 2010.

Au-delà de son âge, pour comprendre justement la médiation en santé, il faut considérer sa diversité : elle s'incarne dans des contextes d'interventions, des objectifs, des profils de médiateurs et des réponses différents. La médiation paire se distingue ; certains projets ciblent a priori des quartiers dans leur ensemble où les populations sont précarisées tandis que d'autres actions de médiation viennent s'articuler à la prise en charge d'une problématique de santé spécifique (VIH-sida, addictions...). L'expérience du Programme National de Médiation Sanitaire témoigne de la capacité de la médiation à aller-vers des publics marginalisés et des territoires de vie que l'autorité publique appréhende trop souvent par des politiques en dehors du droit commun, aux effets pervers et discriminants pour la santé. *Par exemple, les aires d'accueil, où séjourner de façon temporaire ou de manière quasi- permanente des personnes vivant en habitat mobile, ne sont pas intégrées aux dispositifs de la politique de la ville. La catégorie de population des gens du voyage connaît globalement un état de santé dégradé, qui subit les effets négatifs des conditions sanitaires et environnementales défavorables dans de trop nombreux territoires où elle se trouve reléguée. Par ailleurs, les bidonvilles et autres bâtiments occupés de manière informelle, font l'objet d'évacuations répétées et ce dans la majorité des cas sans application de leur droit à l'hébergement.*

Voir le rapport 2017 du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope "20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et en squats".

Parler de ce qui rend chaque initiative singulière et donc nécessairement adaptée, ne doit pas occulter que la médiation en santé partage de solides et substantiels points communs. Les médiateurs qui interviennent dans le champ de la santé se réunissent autour d'une posture, d'une déontologie et de valeurs ainsi que de compétences. Cette identité commune est un prérequis qui se lit dans le travail collectif engagé pour la reconnaissance du métier, de la fonction et la construction de légitimité.

1- LA MÉDIATION, UN APPUI DANS LES CONSULTATIONS ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

DIDIER MÉNARD PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION ACSBE, QUI PORTE LE CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE "LA PLACE SANTÉ" À SAINT-DENIS (93) | **ASTA TOURÉ** MÉDIATRICE SANTÉ À LA PLACE SANTÉ À SAINT-DENIS (93)

D. MÉNARD | L'association communautaire santé bien-être (ACSBE) gère un centre de santé communautaire à la cité des Francs-Moisins à Saint-Denis. C'est un quartier politique de la ville de 12 000 habitants qui cumule tout ce que l'on peut savoir aujourd'hui sur les précarités et les vulnérabilités.

L'association existe depuis vingt-cinq ans et nous avons mis en place la médiation il y a vingt ans. Je souligne en effet, qu'il faut du temps pour faire de la médiation et avoir la confiance de la population. Du temps aussi pour constater que depuis vingt ans, bien que des institutions nous soutiennent et reconnaissent le travail que nous pouvons faire avec la médiation, nous sommes maintenus à l'expérimentation.

À la Place Santé, nous mettons en œuvre quelque chose que nous appelons les "pratiques avancées à la consultation". C'est une notion de la médiation qui n'est pas encore très connue.

Toute la question qui se joue est la difficulté pour le médecin, dans le cas de maladies complexes ou des situations complexes qui en découlent, de ne pas seulement faire un projet thérapeutique – c'est son métier- mais un projet thérapeutique efficace, utilisable et qui puisse effectivement apporter un plus à la personne. Pour ce projet thérapeutique-là, il est important que la personne participe, qu'elle puisse au moins comprendre ce qui se passe et faire participer le médecin de toutes ses difficultés.

C'est pour cela que nous avons mis en place des outils à la Place Santé, comme un logiciel métier qui est commun aux médiatrices et au médecin, de telle manière qu'il y ait sans cesse de l'information partagée entre la situation sociale et la situation médicale. Cela est très important pour les médecins généralistes car cela rend le projet thérapeutique beaucoup plus efficace que s'il était simplement médico-centré.

Lorsque l'on essaie de tricoter des liens entre le médical et le social, il s'agit bien de combiner deux logiques complètement différentes. Le médical essaie de trouver des solutions immédiates à un problème exprimé à la consultation, tandis que le social essaie lui de ranger les gens dans des cases,

des dispositifs. Il est important que la médiation se situe entre les deux pour faire évoluer cette sorte de rupture qu'il y a entre le médical et le social.

Je pense que cette manière de travailler auprès des populations en difficultés pour des raisons sociales, va et devrait (nous y travaillons à la fois à La Place Santé et au niveau national) se développer.

A. TOURÉ | J'ai fait la formation de l'IMEA en 2002-2003 et la formation de Technicien Médiation Services (TMS) en VAE avec l'IRTS de Paris. J'ai suivi aussi une formation d'éducation thérapeutique de quarante heures et des formations continues sur des thématiques de santé, du social, des droits liés à la santé, de méthodologie de projet ou d'animation notamment sur la démarche communautaire en santé.

Je vais vous présenter une synthèse du suivi d'une personne que j'ai accompagnée. Cela ne représente pas la globalité des accompagnements que j'ai eus avec elle, que ce soit à La Place Santé ou à l'extérieur.

Il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années, demandeuse d'asile. Elle est suivie depuis deux ans à La Place Santé pour diabète de type 2, hypertension artérielle et surpoids. Elle a des difficultés en français et ne sait ni lire ni écrire. Au début, elle n'avait quasiment pas de suivi médical, du fait de sa difficulté à lire et de difficultés culturelles et sociales. Je l'ai trouvée en grande souffrance et isolée.

Lorsque les médecins sont en difficulté avec un patient, ils peuvent nous faire intervenir directement dans les consultations médicales puisque nous sommes dans les mêmes locaux. Cela était mon cas avec cette dame.

Mon intervention en tant que médiatrice a été de traduire et d'expliquer son contexte de vie, comme son parcours migratoire, son histoire de violences sexuelles subies dans son pays d'origine. Ma présence a rendu possible la prise de rendez-vous à l'hôpital dans des services multiples (diabétologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, et traumatologie), et ce au sein de quatre hôpitaux (Bichat, Delafontaine, Lariboisière et une fondation pour le suivi des opérations chirurgicales ophtalmologiques). S'est ajouté aussi l'accompagnement du suivi au sein du service de psychiatrie de l'hôpital Avicenne.

**“NOUS AVONS MIS EN PLACE DES OUTILS, POUR QU'IL Y AIT SANS CESSÉ
DE L'INFORMATION PARTAGÉE ENTRE LA SITUATION SOCIALE ET LA SITUATION MÉDICALE.
IL EST IMPORTANT QUE LA MÉDIATION SE SITUE ENTRE LES DEUX.” D. MÉNARD**

La dame était très isolée et malgré sa connaissance du parcours de soins, elle avait besoin d'une aide pour la langue. Cela a représenté beaucoup d'accompagnements physiques. On a également fait un travail sur l'observance du traitement du diabète, des médicaments et du carnet d'auto-surveillance. L'observance du traitement part du fait de discuter avec le patient sur la manière dont il peut vraiment suivre le traitement et de lui expliquer, dans sa langue propre, avec des pictogrammes, quand est-ce que celui-ci doit être pris.



2- L'ALLER-VERS DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE POUR RENCONTRER “LES INVISIBLES”

ISABELLE GAMOT RESPONSABLE DU SERVICE PROMOTION DE LA SANTÉ À LA DIRECTION SANTÉ PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENTALE DE LA VILLE DE GRENOBLE, QUI PORTE UN PROGRAMME DE MÉDIATEURS PAIRS EN SANTÉ EN QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

Le projet de médiateurs pairs en santé de la Ville de Grenoble porte sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, qui correspondent à quatre quartiers, soit 23 000 habitants. Ce sont des quartiers qui sont assez séparés géographiquement et qui vont de 1 700 à 12 000 habitants. Depuis janvier 2016, deux médiatrices paires en santé sont en poste à 80 % et un troisième médiateur les a rejointes en mars.

L'action s'est dessinée à partir d'éléments de diagnostic élaborés en amont dans le cadre de la démarche Atelier Santé Ville (ASV) et à travers la concertation menée en 2015 pour réaliser le plan municipal de santé (2016-2020). Le projet est financé par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes Auvergne depuis 2016. Sur les quatorze projets de médiation santé retenus par l'ARS, celui de Grenoble est le seul à avoir proposé le recours à des médiateurs pairs. Voir, “L'accès aux droits en santé. Bilan et perspectives de l'expérimentation des Médiateurs Pairs en Santé”, DSPE Ville de Grenoble, Février 2017.

Une partie importante de l'intervention des médiateurs pairs est d'aller sur le territoire pour trouver les invisibles. C'était quelque chose de nouveau. L'aller-vers renvoie à plusieurs questions.

Comment va-t-on à la rencontre d'un public qu'on ne voit pas, qu'on ne connaît pas ? Où trouver les habitants ? Cela diffère des publics que l'on retrouve habituellement dans les maisons des habitants (centres sociaux locaux) ou dans d'autres structures où les personnes sont déjà intégrées et font partie de la vie locale. C'était un réel enjeu et nous nous sommes lancés dans cette aventure.

Dans un premier temps, les médiateurs ont commencé à aller sur les places publiques, pour se présenter, se faire connaître, aller “gratter” du côté des personnes par rapport aux difficultés de santé éventuelles. Puis, l'aller-vers a pris la forme d'un réel “porte à porte” dans les quartiers.

Nous avons l'idée au départ de cibler par cette démarche l'Aide pour la Complémentaire Santé (ACS), qui est un droit assez mal connu dont on voit

bien les résultats au niveau national en termes de non-recours. Finalement, nous avons constaté qu'une action d'“enquête” ne fonctionnait pas. Les personnes sont surprises “Vous êtes des VRP ?”. Les médiateurs devaient se justifier, expliquer.

Ce porte à porte est quelque chose que nous sommes les seuls à faire, alors que la participation des habitants est prônée partout. Nous-mêmes, dans le cadre de la démarche Atelier Santé Ville (ASV), nous savions que nous ne touchions pas forcément le bon public. L'enjeu était vraiment de savoir comment aller voir les gens directement là où ils vivent.

Au final, le “porte à porte” a plutôt pris la forme d'un discours global, un échange simple avec les habitants autour de la santé, autour de leurs droits et de leurs difficultés. Une fois la première étape de surprise dépassée, les médiateurs sont le plus souvent bien accueillis et commence alors un dialogue. Cette action nous pose plusieurs questions.

Comment faire connaître l'existant, les ressources disponibles sur le territoire ? Comment inviter les personnes rencontrées, dans un deuxième temps, à venir dans un espace de discussion dans ce que l'on appelle “les maisons des habitants”, pour ne pas se limiter à un échange derrière une porte ou dans un appartement ?

Le médiateur et les médiatrices font ce travail seuls le plus souvent, parfois avec d'autres (des agents de développement local ou d'autres partenaires) qui n'avaient jamais vu ces modalités d'actions.

Ils peuvent le faire aussi en appui à des partenaires qui ont des projets mais qui ne savent pas comment aller toucher ce public-là de manière ciblée. Je prends l'exemple de collègues qui doivent travailler sur le dépistage organisé du cancer du sein. Il y a des personnes qui ne répondent pas au bout de la dixième relance par courrier. Le contact téléphonique n'est pas toujours adapté non plus, certaines personnes ne gardant pas le même téléphone ou étant perdues de vue.

**“UNE PARTIE IMPORTANTE DE L'INTERVENTION
DES MÉDIATEURS PAIRS EST D'ALLER SUR LE TERRITOIRE POUR TROUVER LES INVISIBLES.
SUR LES PLACES PUBLIQUES, PUIS PAR DU PORTE À PORTE” I. GAMOT**

Grâce à la médiatrice paire en santé, ces acteurs arrivent à rencontrer le public. Pour de nombreux professionnels partenaires, être dans cette posture d'aller rencontrer les personnes chez elles était difficile. Mes collègues, qui sont issus parfois de ces mêmes territoires et y vivent au quotidien, sont étonnés de ce qu'ils découvrent derrière les portes en termes de précarité et d'isolement, lorsque ces dernières veulent bien s'ouvrir...



3- LA MÉDIATION PAIRE EN SANTÉ MENTALE, UN APPUI DANS LE RÉTABLISSEMENT ET LE SUIVI DES PATIENTS

BÉRÉNICE STAEDL COORDINATRICE DU PROGRAMME MÉDIATEURS DE SANTÉ PAIRS PORTÉ PAR LE CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTÉ MENTALE (CCOMS) |

PHILIPPE MAUGIRON MÉDIATEUR DE SANTÉ PAIR À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE PARIS. IL EST MÉDIATEUR INTÉGRÉ AU PROGRAMME DU CCOMS. PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION FRANCOPHONE DES MÉDIATEURS DE SANTÉ PAIRS (AFMSP)

B. STAEDL | Le CCOMS a lancé en 2012 un programme de formation pour des personnes qui étaient elles-mêmes concernées par des troubles psychiques très variés. Il faut que je précise que tout cela se replace dans le contexte de la psychiatrie. Il s'agit de personnes que l'on appelle "rétablies", dans le jargon de la santé mentale, c'est-à-dire qui avaient récupéré une bonne qualité de vie et globalement un vécu satisfaisant dans leur vie quotidienne. Pour résumer, qui avaient équilibré leurs symptômes.

Le CCOMS a donc proposé à vingt-neuf personnes ayant ce profil de se former à la fonction de médiateur pair en santé mentale. Elles ont suivi un diplôme universitaire (DU) à l'Université Paris 8 qui se faisait en alternance. Une semaine par mois, elles étaient en cours et le reste du temps, elles étaient en fonction au sein des établissements hospitaliers de santé mentale qui les avaient directement recrutées. Les médiateurs ont travaillé d'emblée dans des contextes très différents. S'ils étaient et sont toujours tous au sein d'hôpitaux, certains sont en intra-hospitalier dans des services d'hospitalisation complète, d'autres sont dans des structures tournées vers l'extérieur (CMP, Hôpitaux de jours, visites à domicile).

En 2012, ils étaient vingt-neuf. Aujourd'hui ils sont encore quatorze médiateurs de santé pairs à travailler dans les trois régions où se déroulait déjà l'expérimentation – le Nord-Pas-de Calais, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte-D'azur.

P. MAUGIRON | Je suis médiateur de santé pair à l'hôpital Saint Anne depuis le 16 janvier 2012. L'hôpital Saint Anne est un hôpital de jour pour patients stabilisés qui souffrent d'un trouble psychotique.

Pour exercer ce métier, j'ai besoin de deux choses, à savoir du temps et obtenir la confiance de l'équipe. Sans cela, je ne peux pas travailler. Je n'ai pas pu exercer pleinement mes missions directement. Il m'a fallu à peu près un an et demi d'intégration, un an et demi pour être connu et reconnu en tant que professionnel et que l'on m'accorde une légitimité quant aux connaissances et aux savoirs que je détiens.

Mon métier consiste à accompagner au rétablissement. Je suis un nouvel acteur de la santé et de la santé mentale, un nouvel acteur de l'accompagnement vers le rétablissement. Le rétablissement, quand on travaille à l'hôpital, ne se limite pas aux soins, à la problématique des symptômes et du diagnostic. Le rétablissement s'inscrit dans tous les domaines de la vie. Je parle de rétablissement physique, mental mais aussi social. On ne peut pas se rétablir sans considérer le volet social. Cela est primordial.

La problématique du médiateur de santé est qu'il se trouve sur une rive alors que les acteurs de la santé, que je dirais conventionnels, empiriques, institutionnels, se trouvent sur l'autre rive. La difficulté de ces professionnels est de savoir comment faire pour intégrer une nouvelle profession qui ne fait pas partie du cadre. Pour les médiateurs, la difficulté est de trouver comment faire pour rencontrer ces professionnels et leur demander de nous faire une place, pour co-construire ensemble.

Cela signifie que je ne me positionne pas en confrontation vis-à-vis d'eux mais en complémentarité. En tant que professionnel, dans la relation avec les personnes malades, je m'appuie sur deux leviers fondamentaux. Le premier levier est celui de l'espoir. Générer de l'espoir aux personnes qui sont accueillies dans les services. L'espoir est une formidable énergie et je crois plus à l'énergie de l'espoir qu'à l'énergie de la volonté. Le second levier, que les professionnels plus classiques n'ont pas, est celui de l'identification.

En m'appuyant sur ces deux leviers, il m'est possible de détourner les codes de communication et de casser les représentations. Je dis aux patients qui sont accueillis dans les services, de laisser à l'entrée leur costume de patients et de venir en tant que Monsieur ou Madame "un tel/une telle". Ils se positionnent inconsciemment en tant que patients, en apprenants versus sachants. Cet état-là fait que la communication n'est pas équilibrée.

Ensuite, le rétablissement est un processus continu, non linéaire, qui consiste

**“J’AI BESOIN DE DEUX CHOSES :
DU TEMPS ET LA CONFIANCE DE L’ÉQUIPE.
SANS CELA, JE NE PEUX PAS TRAVAILLER.” P. MAUGIRON**

à aller vers le plus haut désir d’autonomie de la personne, et qui est donc différent pour chacune d’entre elles. Le rétablissement pour moi est un cheminement profondément individuel qui a à voir au plus intime de la personne et qui, paradoxalement, ne peut pas se faire seul. Il doit se faire également en collectif.

Ma part dans tout cela est que j’essaie de les accompagner vers leur autonomie et surtout en dehors des murs de l’hôpital de jour. Le rétablissement se trouve dehors, il n’est pas au sein de la structure. L’intention est de relier les patients avec eux-mêmes, de les relier socialement avec leur entourage, qu’ils reprennent des rêves et des désirs qu’ils ont laissés tomber parce que la maladie a pris tout le pouvoir. Mon rôle est aussi de les informer sur leurs droits. À ce jour pour moi, je peux définir mon rétablissement de la manière suivante : je me considère comme un citoyen ordinaire. Ce que je souhaiterais pour toutes les personnes qui sont accueillies ou prises en charge au sein d’un hôpital ou d’une autre structure, est qu’elles puissent se considérer comme des citoyens ordinaires.

Je fais à présent des entretiens individuels et j’ai aussi contribué à co-construire différents groupes. Il y a par exemple un groupe qui s’appelle la Gazette, on fait des sorties, on rédige un journal. J’ai lancé un autre groupe autour du sport, parce que cela nous permet d’être ensemble et de faire le lien entre santé physique et santé mentale. J’essaye vraiment dans ma pratique de faire ce lien, de réunir santé physique, santé mentale, santé sociale et puis également l’éducation thérapeutique parce que, quand on ne connaît pas sa maladie, on ne peut pas l’accepter.



4- LA MÉDIATION DANS UN DISPOSITIF DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE

MARTIN FAVREAU MÉDIATEUR POUR LE SERVICE DE PRÉVENTION DES ACTIONS SANITAIRES DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE SEINE SAINT-DENIS (93)

J'interviens au sein du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis dans le service de prévention des actions sanitaires qui porte sur le territoire départemental les missions de lutte anti-tuberculose, de prévention et dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles et la promotion de la vaccination.

Le territoire d'intervention que je couvre est le département de Seine-Saint-Denis avec des équipes pluridisciplinaires qui travaillent au sein des Centres Départementaux de Prévention Santé (CDPS) et du Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic départemental des IST (CeGIDD) composées de responsables de centre, de médecins, d'infirmières et d'une assistante sociale dans chaque centre. Du fait du contexte populationnel et sanitaire spécifique du département, des positionnements et approches atypiques ont été recherchés, d'où la création de ce poste de médiateur il y a trois ans.

En tant que médiateur, j'interviens en transversalité des différents centres et équipes, avec une activité plus importante sur la lutte anti-tuberculose. La tuberculose est souvent qualifiée de "maladie sociale", non pas que d'autres maladies le soient moins, mais parce que les publics qui sont les plus à risque, du moins en France, sont souvent des publics primo-arrivants de pays endémiques, pouvant être en situation irrégulière en France et souvent en grande précarité socio-économique. Ces personnes sont aussi fréquemment non francophones.

Il est vrai que, quand ce public fragilisé tombe malade de la tuberculose, la prévention, la santé, comme c'est le cas d'autres publics précaires, ne sont pas leurs priorités. Il n'est pas évident de les faire adhérer à la prise en charge médicale proposée. L'enjeu derrière la médiation est de permettre une meilleure adhésion, une meilleure prise en charge avec les différents partenaires et un meilleur maillage de ces derniers.

Je souhaite revenir rapidement sur les impacts socio-économiques directs de cette maladie. Les personnes que l'on suit vivent pour certaines d'entre elles dans de l'habitat diffus et très précaire, des foyers de travailleurs migrants, des CHR (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ou dans

des bidonvilles. Ce sont des gens qui ont peur de perdre leur place quand elle n'est pas officielle ou pérenne dans ces structures, à cause de toutes les représentations qui peuvent être véhiculées autour de la tuberculose. Ce sont aussi des personnes qui peuvent également perdre leurs gagne-pains car il s'agit pour beaucoup, d'activités rémunératrices officielles auxquelles une hospitalisation d'un mois contrevient fortement. Tout cela demande une prise en charge médicale mais aussi sociale, pour permettre que les personnes restent sereinement à l'hôpital et qu'elles puissent, au besoin à leur sortie, être mises à l'abri le temps de leur traitement. Quand elles sortent de l'hôpital, elles ne sont bien sûr plus contagieuses. Il y a là aussi un travail de sensibilisation à faire auprès des structures associatives, foyers de travailleurs migrants ou hébergement d'urgence (CHU).

En tant qu'interface entre les patients et les professionnels du médico-social, j'essaie de me positionner avec l'équipe à laquelle j'appartiens mais également avec les différents partenaires et structures avec lesquels nous travaillons régulièrement. Il y a toujours la difficulté d'être dans cet équilibre, c'est un rôle un peu précaire.

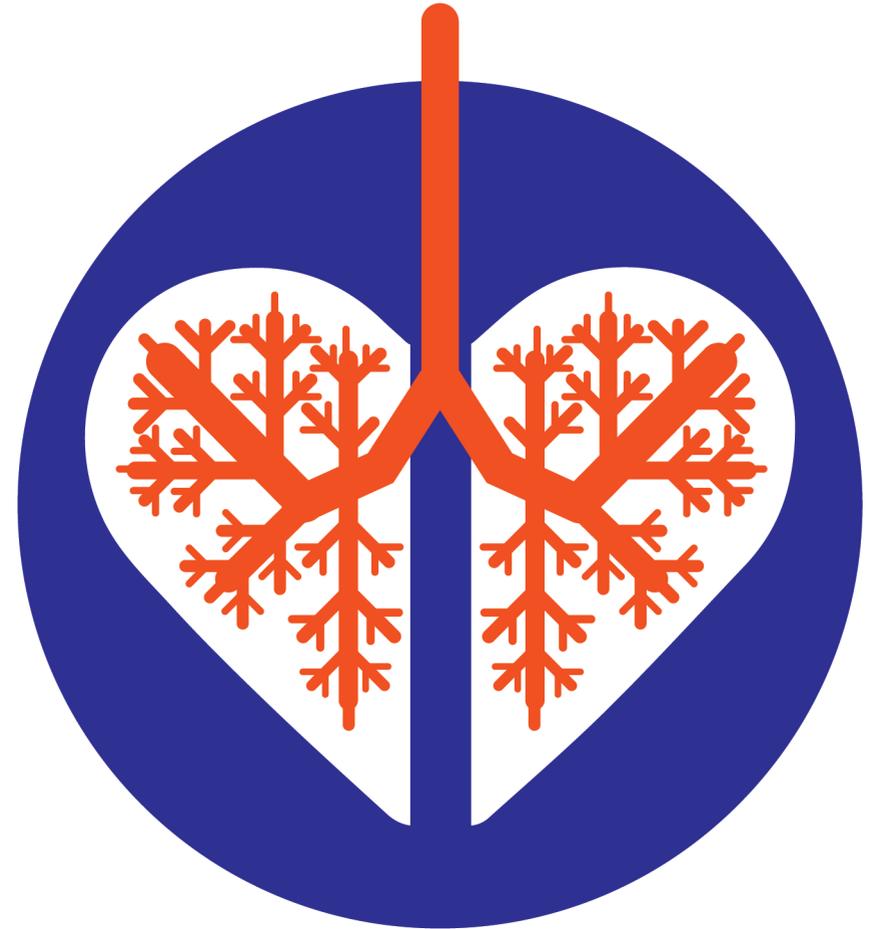
Je fais en sorte de faire remonter les principaux besoins spécifiques du public qui va être touché par cette maladie pour tenter d'adapter l'offre que propose la collectivité. Depuis mon arrivée par exemple, j'effectue des visites au lit du malade, à savoir aller rapidement rencontrer la personne diagnostiquée pour construire ce fameux lien de confiance, qui promet sinon d'être compliqué. Créer rapidement ce lien avec la personne à l'hôpital permet entre autres de lui expliquer ce qu'il se passe. Je fais également un fort plaidoyer pour le recours à l'interprétariat professionnel, via Inter-Service Migrants (ISM) par exemple. Je prends du temps pour expliquer à la personne, qui parfois n'a pas compris tous les tenants de son arrivée à l'hôpital.

J'accompagne également au cas par cas les personnes vers les structures de soins avec un focus sur les mineurs étrangers non accompagnés et d'autres personnes qui font montre d'une faible autonomie. Pour certaines, il y a des raisons spatio-temporelles à cela – elles viennent d'arriver en France et ne savent pas forcément prendre les transports en commun.

**“J’EFFECTUE DES VISITES AU LIT DU MALADE
POUR CONSTRUIRE CE FAMEUX LIEN DE CONFIANCE ET EXPLIQUER À LA PERSONNE
TOUS LES TENANTS DE SON ARRIVÉE À L’HÔPITAL.” M. FAVREAU**

Lorsque nous sommes présents au CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Ori-entation) de Médecins du Monde à Saint-Denis, nous pouvons dépister les personnes directement. Certaines d'entre elles viennent parce que l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) leur demande de faire une radio pulmonaire. Elles ne s'attendent pas forcément à ce qu'on leur diagnostique une potentielle tuberculose. Il faut en l'occurrence pouvoir les accompagner ou leur proposer un soutien particulier. Je peux avoir un rôle à jouer aussi pour des situations que l'on qualifie nous-mêmes au sein du service comme “complexes”. Il s'agit par exemple de personnes qui ne sont pas malades mais qui ont ce que l'on appelle une “infection latente” et pour qui, en place de traitement, nous pouvons proposer une surveillance radiologique régulière qui soit plus acceptable pour elles. Cela permet tout autant d'éviter le développement de la maladie, si la personne comprend bien les enjeux et garde un lien avec les équipes des centres de dépistage.

Une partie importante de mon temps est aussi consacrée à l'appui et la coordination de projets dits “hors les murs”, pour développer l'aller-vers, puisque là encore dans le cadre du dépistage et de la prévention, nous n'attendons pas que toutes les personnes se présentent à nous. Il faut que nous allions nous-mêmes vers elles, ne serait-ce que pour expliquer ce qu'est la tuberculose et pourquoi il est nécessaire de prendre la situation qui y est liée avec une grande attention. Nous essayons de “déstigmatiser” et faisons des séances de sensibilisation diverses et variées avec l'appui de relais locaux à qui nous demandons de pouvoir traduire en soninké, bambara, lorsque je ne peux pas animer en roumain ou en anglais.



5- LA MÉDIATION PAIRE POUR RECONNAÎTRE LES SAVOIRS ET COMPÉTENCES ISSUS DE L'EXPÉRIENCE

ISABELLE GAMOT | BÉRÉNICE STAEDL | DIDIER MÉNARD

I. GAMOT | Les médiateurs en santé du projet porté par la ville de Grenoble sont pairs. Nous avons choisi de travailler avec des personnes qui étaient, pour beaucoup, issues des quartiers ciblés par l'intervention de médiation. Elles connaissaient bien la population et avaient souvent déjà été investies dans leur territoire. Surtout, les médiatrices et médiateurs avaient tous rencontré des difficultés qu'ils ont surmontées, par rapport à l'accès aux droits ou à l'accès aux soins et étaient prêts à en faire part comme une expérience qui pouvait être bénéfique pour les autres.

Nous avons résolument voulu avoir des médiateurs pairs, ce qui n'était pas le sens de l'appel à candidature de l'Agence Régionale de Santé. Au sein de la commune, nous avons souvent des personnes qui sont recrutées sur des métiers – des infirmières, des professionnels du sanitaire et social, etc... Là, c'était différent et ce n'est pas toujours simple dans les collectivités locales. Nous avons dû travailler sur le profil avec le service des ressources humaines. Ma collègue des ressources humaines qui avait travaillé dans le champ de l'insertion était ouverte à ce type de profil. Nous avons également travaillé avec un partenaire associatif (le Relais Ozanam) qui a une longue expérience dans le champ de la pair-aidance. Cela nous a aidé pour recruter.

Finalement, ce n'est pas tellement le recrutement qui est difficile mais l'acceptation. L'action a à peine un an, il y a donc un enjeu de reconnaissance sur le terrain vis-à-vis d'autres professionnels plus classiques, de se faire accepter dans une différence, dans des pratiques qui dérangent aussi, dans des a priori et des façons d'agir qui ne sont pas les mêmes...

C'est surtout sur le terrain que cela coince. C'est la première fois que je travaille avec des médiateurs pairs. Ils ont été force de propositions incroyables et ont fait preuve d'une motivation que je n'ai pas forcément rencontrée au fil du temps avec des professionnels plus classiques issus d'une formation sanitaire et sociale.

B. STAEDL | La force du programme du CCOMS est effectivement la pair-aidance : des médiateurs qui peuvent parler de leur propre chemin de rétablissement et l'utiliser d'une façon personnelle, qui mobilisent ce que nous avons résumé sous la question des "savoirs expérientiels". Cette notion a déjà été

travaillée dans la santé mentale auparavant. L'idée est que les médiateurs ont ce savoir d'expérience qui est unique par rapport à la manière dont eux-mêmes se sont rétablis. Cela constitue un parcours qu'ils peuvent transformer et proposer en outils à des usagers pour qu'ils construisent à leur tour le leur.

Je voudrais témoigner des freins et complexités qu'il y a eu au début de ce programme. Les médiateurs ont été intégrés à des équipes hospitalières et ont été très bien acceptés par les usagers, qui ont beaucoup plébiscité leurs actions. Ils ont pu proposer des accompagnements assez individualisés. Ils ont travaillé via des entretiens individuels, certains en groupe. Cela variait aussi selon le passé des médiateurs, qui viennent d'horizons extrêmement variés. Certains étaient dans la santé, d'autres non. Ils ont proposés des actions assez originales et ils se sont intégrés assez facilement vis-à-vis des usagers.

Cependant, vis-à-vis des autres professionnels dans les équipes, cela a été plus compliqué dans le sens où il y a eu des inquiétudes sur la question du territoire professionnel. Il y a eu de nombreuses remises en question concernant le fait d'être compétent parce qu'on a été malade.

Au sein du programme, nous avons souhaité proposer aux médiateurs une formation qui les place en professionnels à partir de leurs savoirs d'expériences. Le DU a été composé de nombreux modules qui leur permettait de concevoir un genre de boîte à outils de travail, qui soit unique car leur appartenant à chacun.

Nous essayons de faire passer depuis le début que la médiation vient en complément des autres métiers. Elle est complémentaire du travail de l'infirmière, du psychologue, de l'assistante sociale, enfin, de tous les métiers qu'il y a en psychiatrie. Le médiateur vient en complément dans un contexte de pair-aidance mais il est professionnel. C'est l'un des aspects qui a été compliqué dès le démarrage et qui l'est encore aujourd'hui.

Cinq ans après le début du projet, il y a des partenaires qui expriment que ce serait mieux que la médiation soit le fait d'associations extérieures, bénévoles ou professionnelles, qui viennent faire des incursions dans les services

6- LE RÔLE DE FACILITATION DANS LA COMMUNICATION ET L'INTERCOMPRÉHENSION

ASTA TOURÉ | ISABELLE GAMOT | PHILIPPE MAUGIRON | FANNY BORDEIANU MÉDIATRICE EN SANTÉ
À MÉDECINS DU MONDE À NANTES, AU SEIN DU PNMS

de soins et soient payées à la vacation. Ils expliquent que ce serait plus confortable pour les médiateurs et que ce serait intéressant comme interventions ponctuelles.

Il y a toujours cette tentation de remettre le médiateur à l'écart, que ce ne soit pas un professionnel et que ce ne soit pas un collègue au milieu des autres. Ce serait la facilité.

D. MÉNARD | Dans l'accompagnement des médiatrices à La Place Santé, nous mesurons tous les jours la difficulté d'associer un savoir profane (c'est comme cela que nous avons repéré les médiatrices aux Francs-Moisins) à un savoir professionnel, non pas pour le masquer mais pour lui donner plus de valeur. C'est assez rarissime que la professionnalisation d'un savoir profane débouche sur cette double compétence.

A. TOURÉ | À La Place Santé, nous sommes quatre médiatrices parlant différents dialectes. Par rapport au "jargon médical", il y a des personnes qui ne saisissent pas tout lorsque les médecins leur expliquent un diagnostic ou des informations par rapport à un traitement.

Pour mieux expliquer, il ne faut pas seulement traduire dans d'autres langues. En tant que médiatrices, nous nous posons avec la personne, nous prenons le temps pour lui expliquer avec le b-a-ba que nous connaissons. Il s'agit aussi de lui expliquer la façon dont on pense qu'elle comprendra le mieux.

Par exemple, lorsque que le médecin dit deux comprimés par jour, le patient va pouvoir se dire qu'il doit prendre les deux d'un coup. Il peut être aussi question d'encourager les personnes quand elles vont à la pharmacie et qu'elles ne comprennent pas, de demander au pharmacien de leur expliquer et d'oser poser la question "Deux fois par jour ça veut dire quoi? Est-ce que je prends tous les deux ensemble ou un le matin et un le soir?".

I. GAMOT | Les trois médiatrices et médiateur, au sein de la Ville de Grenoble, sont arabophones. Pour autant, ils nous ont fait part du fait que dans leurs pratiques, les questions de langues sont souvent un prétexte. C'est-à-dire qu'il n'y a pas forcément besoin d'eux pour leur maîtrise de la langue mais qu'elle rassure.

Il faut également dire que parfois les médiatrices ne l'ont pas pratiqué depuis longtemps et donc hésitent. Cette hésitation les rapproche des habitants. Ce n'est pas l'interprète qui maîtrise et qui a un diplôme. C'est une langue maternelle, qui a été apprise et qui a pu être plus ou moins abandonnée. Cet échange avec l'autre permet de rassurer, de montrer que, finalement, les personnes aussi sont capables de s'exprimer.

Dans l'autre sens, cela rassure également le professionnel de santé partenaire que le médiateur accompagne, qui peut être inquiet de ne pas être compris par la personne. Pour autant, le service fait parfois appel à des interprètes issus d'associations spécialisées, car il y a une forte diversité de langues.

P. MAUGIRON | Il y a un phénomène d'hybridation (du médiateur) qui se fait au contact des professionnels. Cela est vrai dans les deux sens, un peu comme deux

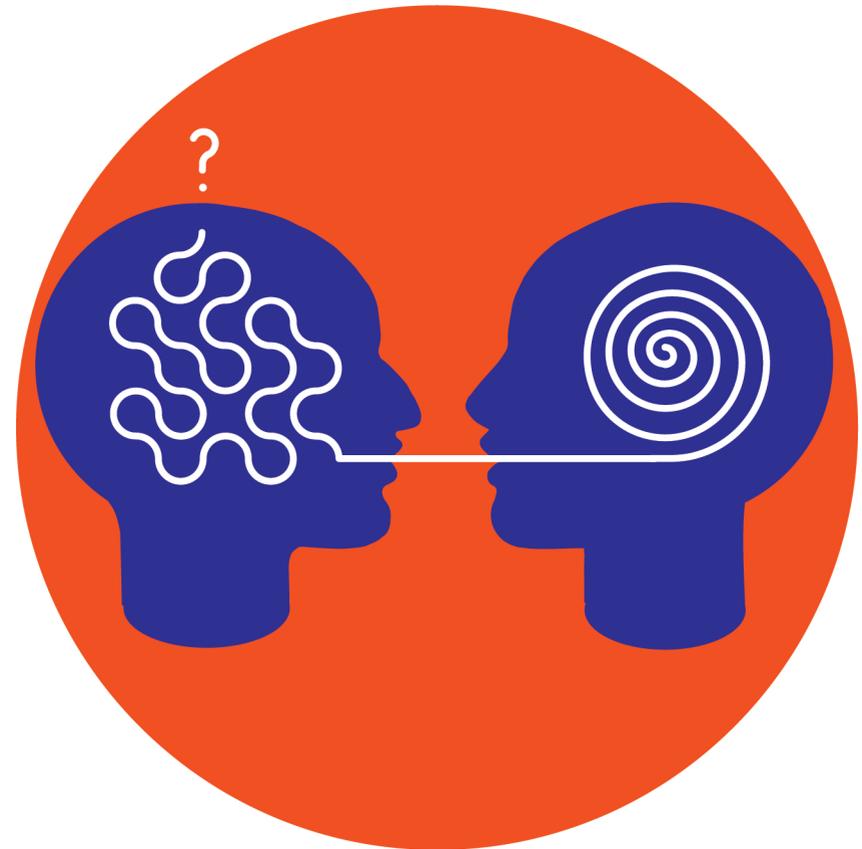
**“POUR MIEUX EXPLIQUER, IL NE FAUT PAS SEULEMENT TRADUIRE
DANS D'AUTRES LANGUES. EN TANT QUE MÉDIATRICES,
NOUS NOUS POSONS AVEC LA PERSONNE
ET PRENONS LE TEMPS POUR LUI EXPLIQUER.” A. TOURÉ**

galets qui se frictionnent et s'adoucissent l'un, l'autre. Les médiateurs d'un point de vue linguistique au sens large, se sont appropriés une partie du jargon médical et sont capables de le “traduire”.

Lors de questions ou de groupe d'éducation thérapeutique notamment, cela permet de clarifier les choses et d'initier des conversations sur le traitement, qui ont pour but par exemple de travailler la sortie du déni. En tout cas, quoi qu'il arrive, il s'agit toujours de donner de l'information.

F. BORDEIANU | Nous faisons tout ce travail de vulgarisation du discours médical. Quand nous travaillons avec un public allophone, la maîtrise de la langue est absolument indispensable. Pour autant, nous ne sommes pas des interprètes car si l'on sursoit au travail de l'interprète, nous dispensons l'institution de sa propre responsabilité d'assurer la présence d'interprètes professionnels, pour un plein exercice de la charte du patient et le respect de ses droits.

C'est une vraie question qui est celle de la responsabilité des structures de santé, des soignants aussi, de s'assurer de l'adhésion des patients et de leur consentement éclairé à la prise en charge proposée.



7- LA MÉDIATION EN SANTÉ JUSQU'AUX GENS DU VOYAGE ET BIDONVILLES, AU SEIN DU PNMS

LE MÉDIATEUR EN APPUI À LA PRISE EN CHARGE DE SITUATIONS COMPLEXES

TIMOTHÉE TROMPESANCE MÉDIATEUR EN SANTÉ POUR LE CENTRE SOCIAL RELAIS-ACCUEIL DES GENS DU VOYAGE À ROUEN (RAGV), AU SEIN DU PNMS

Il est important de s'accorder sur ce que l'on entend ici par situations médicales complexes. Il s'agit d'un processus dynamique où vont interagir une multitude de facteurs et d'acteurs et qui va produire des difficultés particulières dans le cadre d'un parcours de soins donné. Les facteurs à prendre en compte peuvent être la situation biomédicale de la personne, sa situation sociale, son environnement psycho-relationnel, son environnement immédiat ou encore ses capacités cognitives.

Le récit ci-dessous concerne le parcours d'une personne que j'ai accompagnée. Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans en situation de handicap moteur, ayant d'importants besoins de santé. Cette personne réside sur une aire d'accueil, vétuste et inadaptée à ses besoins, avec sa femme et deux de ses enfants. L'état général de sa caravane ne lui offre qu'un confort minimal à l'approche de l'hiver. Monsieur a déjà été hospitalisé plusieurs fois en psychiatrie pour des idées suicidaires et des épisodes dépressifs aigus.

Sa femme est son aidant familial. Elle l'aide au quotidien et évoque régulièrement d'être épuisée de ce fait. En effet, l'habitat en caravane impose d'importants efforts d'adaptation pour aider son mari dans les tâches de la vie quotidienne. Au moment où je commence mon accompagnement, la famille a déjà été accompagnée par un grand nombre d'intervenants : assistantes sociales de secteur, des intervenants d'aide à domicile, médecin généraliste, etc. Ils ont habité dans un logement social quelque temps avant de revenir sur cette décision et chaque année à l'approche de l'hiver, Monsieur traverse des épisodes dépressifs et une fragilité physique importante liés notamment à ses conditions de vie.

Un jour, Monsieur fait une crise dans sa caravane, qui oblige sa famille à faire venir une ambulance. Après un passage aux urgences, il est orienté vers un hôpital psychiatrique pour une durée initiale de deux semaines. Au même moment, plusieurs événements interfèrent avec sa situation médicale : son fauteuil électrique tombe en panne ; et par effet de seuil et suite au départ

d'un de ses enfants du foyer, il bascule de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) vers l'Aide à la Complémentaire Santé, sans en comprendre les raisons et se retrouve en rupture de droits.

La famille saisit l'assistante sociale de l'hôpital pour accéder à un logement social rapidement en raison de la situation médicale de Monsieur. Au cours de cette hospitalisation, un certain nombre de soins vont lui être proposés, auxquels il ne porte pas attention. À sa sortie de l'hôpital - où il réintègre sa caravane faute de solutions - Monsieur a plusieurs consultations médicales prévues mais ne les honore pas. Son renoncement aux soins interroge les différents intervenants. Il égare l'ensemble des documents comme ses ordonnances. Son traitement s'interrompt. Il se dit en besoin mais ne sait plus quoi faire et considère sa situation encore plus absurde et incompréhensible qu'avant son hospitalisation. Il ne souhaite plus que je l'accompagne – avant de revenir vers moi plus tard.

C'est précisément dans ces espaces de ruptures successives que va venir se loger la complexité d'une situation médicale et le rôle que le médiateur en santé peut assurer.

Premièrement, on oublie souvent de citer que le médiateur intervient pour la résolution de problèmes immédiats et très concrets qui se présentent aux personnes. Par exemple, la rupture de droits ou la panne de fauteuil roulant posent des problèmes concrets et nécessitent des compétences qui ne vont pas de soi : lire, écrire, identifier les acteurs concernés, une mutuelle ou les raisons administratives d'un changement de situation. Accompagner ces démarches peut s'avérer chronophage mais est, du même temps, extrêmement crucial pour le parcours de la personne.

Deuxièmement, le médiateur peut accompagner la parole de la personne et les espaces de dialogue qui s'ouvrent avec les professionnels de santé. Dans cette situation, je me suis d'abord, à la demande du ménage, "imposé"

**“LE MÉDIATEUR INTERVIENT POUR LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES IMMÉDIATS
ET TRÈS CONCRETS QUI SE PRÉSENTENT AUX PERSONNES,
ET NÉCESSITENT DES COMPÉTENCES QUI NE VONT PAS DE SOI” T. TROMPESANCE**

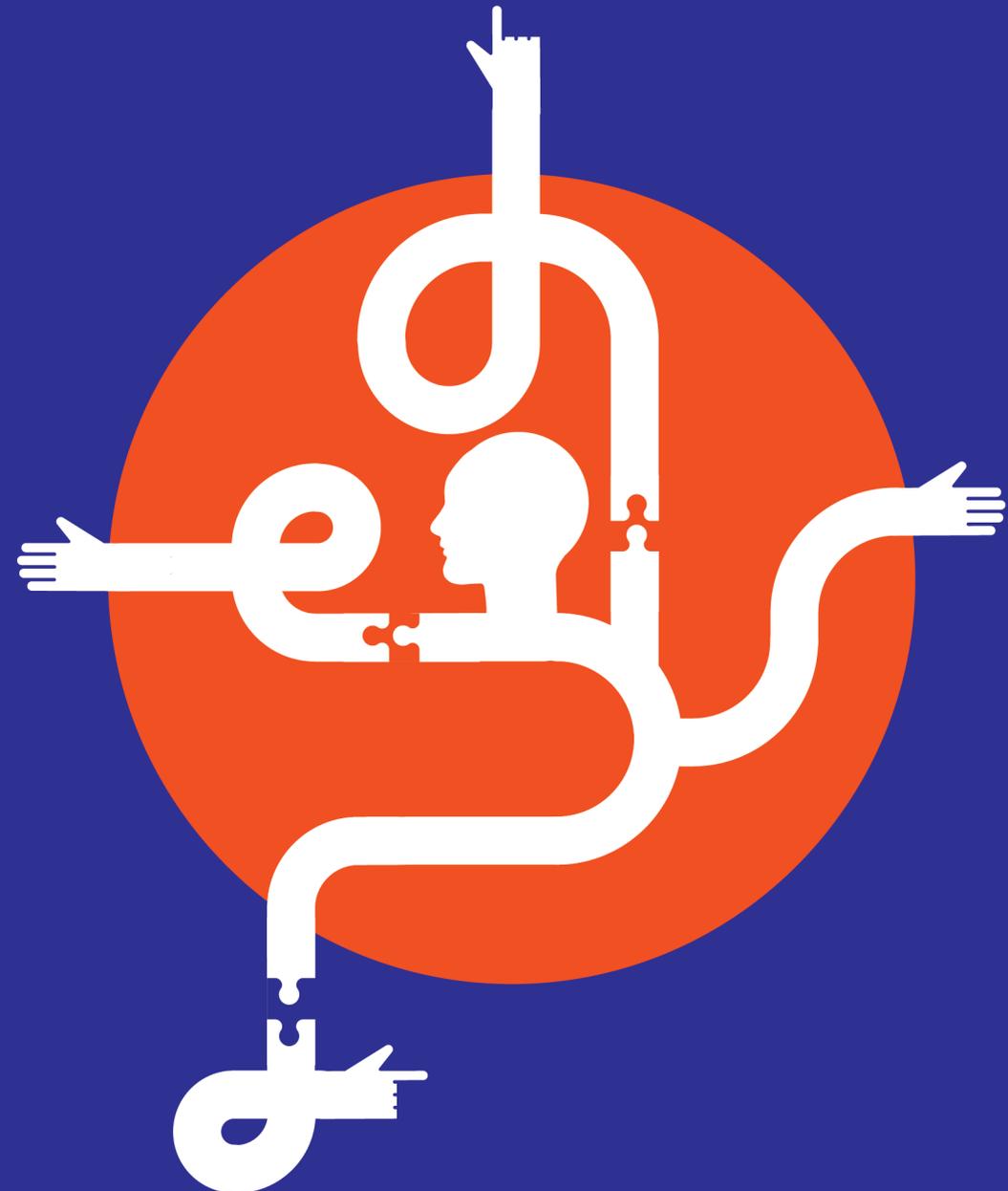
aux professionnels, avant d'être sollicité crescendo par ces derniers. En tant que médiateur, je me suis positionné comme un relais pour articuler les exigences et temporalités des intervenants et de la famille.

Le dernier point saillant de l'intervention du médiateur dans ce contexte est la coordination des acteurs en présence et le lien entre ville et hôpital. La situation a imposé de pouvoir réunir les points de vue d'une dizaine d'intervenants médicaux, médico-sociaux et sociaux et donc, de saisir leurs logiques d'intervention et compétences propres. La coordination du parcours de soins a été un enjeu central. La personne n'était pas en capacité de retracer le fil de son parcours de santé. Des liens ont pu être effectués entre l'hôpital et le médecin traitant qui a pris le relais pour prescrire un traitement, des examens, un transport sanitaire.

Mon accompagnement a ensuite consisté à aider la famille à envisager la suite de cette prise en charge.

En conclusion, la médiation en santé est pertinente pour accompagner des situations médicales considérées comme complexes, qui vont être faites d'avancées et de ruptures successives.

Cependant, il nous faut aussi apprendre à nous positionner avec prudence et modestie et à nous demander comment agir et être aidant. Il n'est pas certain que ces accompagnements se concluent par l'acquisition d'une plus grande autonomie. On le souhaite et le répète très souvent mais rien ne le garantit, puisqu'il s'agit de situations, c'est-à-dire que si nous changeons un des paramètres (une pathologie, des dispositifs sociaux auxquels la personne peut prétendre), nous ne savons pas si les ressources acquises jusqu'ici seront adaptées et suffisantes au regard d'un nouveau contexte et d'une nouvelle situation problématique.



ALLER-VERS EN BIDONVILLES POUR TISSER UN LIEN DE CONFIANCE ET SOUTENIR L'AUTONOMISATION DES PERSONNES

CATHERINE VASSAUX DIRECTRICE DE L'AREA (ASSOCIATION RECHERCHE ÉDUCATION ACTION) D'ACCOMPAGNEMENT
SOCIAL DES PERSONNES VIVANT EN BIDONVILLES À MONTPELLIER, MEMBRE DU PNMS

L'aller-vers est un mode de construction de la relation aux personnes désaffiliées, fréquemment utilisé dans le travail social, en particulier dans le travail des éducateurs de rue. Il s'agit d'aller à la rencontre des personnes, en particulier sur leur lieu de vie et ce alors qu'elles n'ont formulé aucune demande particulière. C'est une posture un peu étrange qui nécessite beaucoup d'humilité, de disponibilité et d'écoute.

L'aller-vers est un processus dynamique qui évolue. À l'AREA, nous identifions trois étapes dans l'aller-vers : tout d'abord l'établissement d'une relation de confiance, puis son évolution qui permet d'atteindre une certaine réciprocité de l'aller-vers et enfin l'autonomie dans l'accès aux droits relatifs à la santé.

Nous avons commencé par une période d'observation de deux semaines sur les terrains. L'équipe a effectué des sorties quotidiennes pour se présenter et présenter notre travail social à venir et faire connaissance réciproquement. Il s'agissait aussi d'inscrire cette relation dans une temporalité puisque nous avons annoncé des entretiens pour la troisième semaine.

Cette rencontre "les mains vides" a été aussi un moyen de sortir d'une relation de demande et de réponse à la demande. L'observation a été suivie d'une période d'entretiens avec quasiment toutes les familles qui ont permis le recueil de données quantitatives sur la base du déclaratif. Cette méthode d'entrée en relation a permis d'objectiver la situation du lieu d'intervention, de prendre du recul par la production de statistiques et de démonter des idées reçues. Pour les habitants des bidonvilles, cela a semblé être une entrée en relation importante qui a permis ensuite l'établissement d'un lien de confiance.

Après cette première phase, le contact avec les habitants des bidonvilles s'est maintenu via une présence de lien social au minimum hebdomadaire. Il s'agit d'un moment de discussions informelles et de rencontres avec les nouvelles personnes qui ne sont pas suivies par l'équipe. La présence sur le site est aussi nécessaire pour comprendre son fonctionnement, au-delà des personnes qui sollicitent l'équipe. Quelles sont les relations entre les familles ? Quels sont les rapports de force ?

Le projet d'AREA est un projet global d'accompagnement des personnes qui vivent en bidonvilles. La médiation en santé est un de ses axes. Les travailleurs sociaux d'AREA interviennent aussi sur l'insertion sociale et professionnelle, sur l'insertion vers le logement ou sur des problématiques éducatives. Ce travail en équipe est essentiel pour la médiation en santé. Le travail sur la santé est toujours mené en articulation avec un travailleur social, de même que les problématiques de santé sont toujours rattachées à un contexte social. En effet, comment intervenir sur des grossesses précoces sans prendre en compte la situation familiale ou économique ?

Le groupe est un élément contextuel à ne pas ignorer mais dans le cadre de la médiation et de ce travail social, c'est à l'individu que nous nous adressons. L'objectif de la médiation est d'arriver à l'autonomie des personnes dans l'exercice de leurs droits relatifs à la santé. Cela nécessite pour elles, de sortir du bidonville, d'identifier les institutions et leurs fonctionnements.

La médiation en santé accompagne cet apprentissage, physiquement, puis en s'effaçant à mesure que cette assurance s'acquiert. Cet apprentissage par l'accompagnement physique est une forme d'aller-vers ensemble. Il permet de concrétiser et de stabiliser la relation de confiance avec le médiateur, qui rend possible la constitution d'un cadre sécurisant pour les personnes dont le quotidien est marqué par la précarité. Il est aussi important de rendre possible la réciprocité de l'aller-vers, c'est-à-dire que les personnes se déplacent vers l'institution ou les locaux de l'association.

L'aller-vers peut aussi se faire ensemble, avec les partenaires. Cela va permettre de créer un réseau d'acteurs mobilisables et de rassurer les professionnels qui sauront, qu'en cas de besoin, ils peuvent compter sur nous comme interlocuteur. Pour ceux qui ne connaissent pas encore le public, cela va faciliter l'entrée en relation et, au-delà, permettre d'identifier les problèmes et d'imaginer des solutions. L'aller-vers est un outil d'éducation populaire, il s'agit d'informer et de rendre accessible leurs droits à des personnes désaffiliées et d'écouter ce qui entrave l'exercice de leurs droits. La médiation sert ensuite à faire le lien avec les institutions et à rechercher une évolution des pratiques à moyen et à long terme.

Enfin, dans notre pratique il ressort que la médiation en santé s'exprime dans une triple temporalité.

Tout d'abord, le temps long de la transmission générationnelle où transparaît l'appartenance sociale, l'origine culturelle ou l'histoire familiale. C'est sur ce temps-là notamment, que nous cherchons à agir par les actions collectives. C'est aussi à ce temps-là que font référence les travailleurs sociaux quand ils ont eu une journée difficile et qu'ils reviennent au local en disant "finalement, on travaille pour les enfants des personnes que l'on accompagne". Ensuite, il y a le temps individuel que le parcours individuel contribue à construire (le parcours scolaire, dans la famille, le parcours professionnel). C'est le temps dans lequel s'inscrit la relation de confiance avec un travailleur social ou la médiatrice en santé, et qui est l'un des leviers de l'individu pour s'émanciper.

Puis, il y a le temps de la réalité contextuelle, celle du lieu de vie à un moment donné, la capacité à agir, à réagir, l'accès aux droits ou le non-accès aux droits, les imprévus. C'est aussi le temps de l'urgence. Ce temps d'urgence est une partie importante de la médiation en santé. Cependant, il est important de s'assurer que le médiateur ne devienne pas un pompier.

ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ENFANTS PAR L'HÔPITAL ET LA PMI

LAURIE BERTRAND COORDINATRICE DE LA MISSION BIDONVILLE POUR MÉDECINS DU MONDE À MARSEILLE, MEMBRE DU
PNMS | **CLAUDIA POP** MÉDIATRICE EN SANTÉ POUR MÉDECINS DU MONDE À MARSEILLE AU SEIN DU PNMS

L. BERTRAND | La mission bidonville de Médecins du Monde a toujours travaillé en étroite collaboration avec les structures de droit commun. Les partenariats que nous avons maintenant se sont faits de façon empirique au fil des accompagnements des personnes et des rencontres avec les différents professionnels de santé du territoire. Il s'agit donc de relations partenariales qui se sont nouées au fur et à mesure.

Nous avons développé des activités avec deux services en particulier, qui sont : la PMI (Protection Maternelle et Infantile) du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône et la PASS Mère-Enfant de l'APHM (Permanence d'Accès aux Soins et à la santé – Assistance Publique Hôpitaux de Marseille).

L'objectif de ces deux services est l'amélioration de la santé infantile, la PMI sur le volet du suivi et la PASS Mère-Enfant sur le volet des soins et de l'accès aux droits. À travers ces partenariats, notre but en tant qu'association, est de permettre la rencontre, de nous positionner en facilitateur d'aller-vers et de faire en sorte que les acteurs de santé de droit commun puissent intervenir en direction des personnes. Notre partenaire au sein de la PMI est une équipe dite "mobile", mais qui n'est pas dédiée au sens propre. Ce sont des médecins qui sont volontaires pour consacrer une part de leur temps de travail en centres de PMI pour sortir sur les lieux de vie des personnes que Médecins du Monde accompagne. Par ailleurs, la PMI compte une infirmière coordinatrice dont 50% du temps de travail est dédié à la problématique du suivi des enfants en bidonvilles.

Cette activité est intéressante car la PMI va au-delà du mandat des centres PMI habituels. En effet, sur les bidonvilles, les consultations de médecine générale qui sont proposées relèvent du suivi mais également du soin. De plus, une délivrance de traitements peut être faite et les enfants de plus de six ans sont également reçus. L'intérêt de ces sorties-là, n'est bien évidemment pas de remplacer l'accès au système de santé général et de créer des consultations ad-hoc sur un lieu de vie, mais de permettre aux structures de PMI de rencontrer les personnes, dans un premier temps, dans un cadre et une temporalité qui leur sont plus adaptés.

Pour les professionnels de la PMI, ce travail permet d'atteindre un public duquel ils restent éloignés – à Marseille, nous avons constaté que les personnes qui vivent en bidonvilles se rendent assez peu en PMI. Ces actions d'aller-vers permettent aux équipes de la PMI de mieux connaître les enfants qui sont présents sur leur territoire et dont les besoins relèvent de leurs compétences. Aussi, se déplacer sur les lieux de vie permet de constater des choses qui ne se voient pas en cabinet et qui pourtant ont un impact sur la santé : les conditions de vie, l'habitat dégradé, les difficultés d'accès à l'eau, mais également certaines activités comme le ferrailage ou certaines habitudes de vie, telles que l'alimentation.

Concernant la PASS Mère-Enfant, le service fonctionne différemment. L'aller-vers est intégré à part entière dans la stratégie du service. La PASS reçoit des enfants en consultations pour les soins, l'ouverture des droits ou le dépistage du saturnisme. Une partie du temps de travail des trois postes infirmiers est dédiée à des visites à domicile. Ils se déplacent ainsi sur les bidonvilles, non pas pour faire du soin sur le terrain mais pour rencontrer les familles, créer un lien de confiance, donner des rendez-vous ou bien les rappeler. Ce mode

LA MÉDIATION ET LA SANTÉ DES PERSONNES DANS UN CONTEXTE D'INSTABILITÉ PERMANENTE

LAURIE BERTRAND | LIVIA OTAL COORDINATRICE DE LA MISSION BIDONVILLE EN ÎLE-DE-FRANCE POUR MÉDECINS DU MONDE SAINT-DENIS, MEMBRE DU PNMS

L. BERTRAND | Sur les bidonvilles marseillais, mais très certainement que la situation est partagée avec les bidonvilles ailleurs en France, nous identifions trois facteurs majeurs qui ont un impact sur la santé, à savoir la difficulté d'accéder au système de santé, les conditions de vie et l'errance contrainte.

Nous partageons le constat que le médiateur en santé est là pour faire en sorte que les personnes et les structures de santé puissent se rencontrer, communiquer et qu'il a vocation à pouvoir se retirer ou en tout cas, à se mettre au second plan une fois que cette relation est tissée. Cependant, nous constatons sur le terrain que du fait des expulsions récurrentes, cette mise en lien est sans arrêt altérée, si ce n'est détruite, contraignant le temps du médiateur à être celui de la reconnexion, de refaire des examens qui ont déjà été faits et de relier inlassablement les partenaires avec les familles.

L. OTAL | La médiation en santé produit des résultats et l'évaluation du Programme National de Médiation Sanitaire l'a montré. Mais elle pourrait produire plus. Les conditions de vie sont des freins à l'amélioration de la santé des populations, tout comme le sont les situations administratives et les barrages institutionnels. L'impact de la médiation pourrait être bien meilleur si ces freins étaient levés et si les responsabilités étaient réellement partagées par toutes les institutions.

En tant qu'acteur de terrain associatif, il est important pour Médecins du Monde de rappeler que, si la médiation est un outil phénoménal, nous avons parfois l'impression qu'elle est considérée et utilisée comme une solution miracle. Or la médiation en santé ne peut pas pallier les réponses institutionnelles qui font défaut. Nous avons parfois l'impression que la médiation est un "kit de survie en camp". Comment faire quand les personnes n'ont pas d'eau, pas d'accès à des moyens d'hygiène, pas de ramassage des ordures ? Sans trêve hivernale, sans stabilité, sans chauffage, sans accès à une domiciliation, sans soutien administratif... ? En première ligne, les médiateurs font tout pour que cela s'améliore mais la médiation en santé n'est possible que si l'on agit en parallèle sur l'ensemble des déterminants de la santé, qui ne relèvent pas des médiateurs mais des institutions qui sont en responsabilité. Malheureusement, sans ce soutien administratif, sans ce soutien institutionnel,

d'intervention est approprié aussi pour détecter les risques liés à l'habitat dégradé et développer des stratégies avec les familles pour limiter ces risques.

C. POP | Du fait de ma présence régulière voire quotidienne sur le terrain en tant que médiatrice, j'ai une connaissance assez approfondie des parcours des familles et de leurs besoins. Cette connaissance des situations aiguille le choix des bidonvilles ou squats que nous ciblons avec la PMI lors des sorties.

Le choix des lieux de vie se fait en fonction des demandes des personnes que j'ai pu recueillir en amont lors de mes sorties de médiation, de l'éloignement des terrains par rapport aux structures de soins ou de la position où se trouvent a priori les familles par rapport à l'ouverture des droits ou l'entrée dans un parcours de santé.

Avant la sortie commune, je rends visite aux familles pour les prévenir de notre passage à venir avec la PMI et leur expliquer le but de cette sortie. Nous leur expliquons que la venue de la PMI est un premier pas et qu'elles auront la possibilité par la suite d'aller dans les PMI de secteur pour des consultations. Cela permet aussi de leur dire où les services se trouvent, comment s'y rendre et de leur proposer de les accompagner au besoin. Pendant les sorties avec la PMI, mon rôle en tant que médiatrice est surtout un rôle d'interface, de m'assurer que le lien est fait entre les familles et les équipes de la PMI, que les informations passent aussi bien d'un côté comme de l'autre.

J'explique par exemple les conseils donnés par l'équipe soignante mais aussi le contexte de vie et les situations particulières de certaines familles.

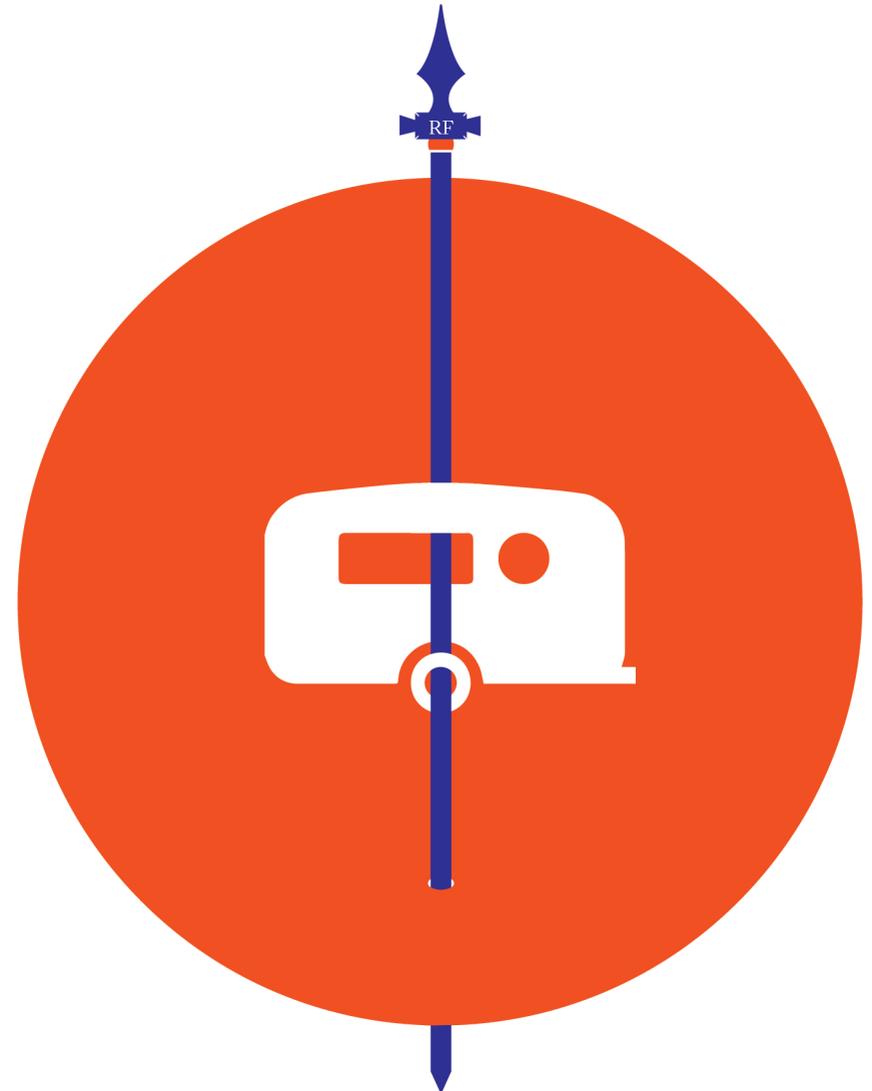
À l'issue des consultations et en fonction des orientations qui sont proposées par l'équipe de PMI, mon rôle se situe surtout dans la construction du parcours de soins avec les familles. Pour celles qui sont déjà autonomes et qui se sentent capables d'aller seules dans les lieux de consultation, je me limite à faire le lien mais pour les autres familles, j'assure également des accompagnements physiques. Le but est de faciliter l'accès aux soins, de favoriser la compréhension et l'appropriation du système de santé et de s'assurer d'une prise en charge non-discriminatoire dans le droit commun.

**“ CEPENDANT, NOUS CONSTATONS SUR LE TERRAIN
QUE DU FAIT DES EXPULSIONS RÉCURRENTES, CETTE MISE EN LIEN
EST SANS ARRÊT ALTÉRÉE, SI CE N’EST DÉTRUITE.” L. BERTRAND**

sans la conscience que les conditions de vie sont réellement des déterminants de santé, sur lesquels il faut agir avant d’imaginer quelconque “pansement symbolique”, les médiateurs sont en difficultés et leur travail relève d’une mission impossible.

Dans la prise en charge des infections ou maladies à potentiel épidémique, comme la tuberculose, alors que nous mobilisons la médiation, la fréquence des expulsions de bidonvilles ne nous permet pas de travailler correctement. Comment peut-on ne pas dénoncer le manque de temps pour accompagner les patients et le manque de soutien des institutions qui privilégient l’expulsion au détriment des enjeux de santé publique ? Nous parlons là d’une maladie grave, contagieuse avec une transmissibilité par voie aérienne, à considérer d’autant plus dans un contexte d’habitat collectif. Une maladie qui peut muter et devenir résistante. Une maladie qui exige que les conditions soient réunies pour que les personnes soient diagnostiquées et traitées. Voir, “Réduction des risques VIH, Hépatites, IST et tuberculose auprès des personnes consultant dans les programmes France de Médecins du Monde” Rapport d’activité 2015. Les chiffres des taux de déclaration de la tuberculose des personnes habitant en bidonvilles en Île-de-France et dépistées suite aux actions de Médecins du Monde, sont élevés en comparaison de ceux d’autres publics vulnérables, comme les personnes SDF, incarcérées, nées à l’étranger ou arrivées en France depuis moins de deux ans. Ce phénomène pointe le besoin d’actions de dépistage, de suivi et de vaccination spécifiques en direction des bidonvilles.

Nous touchons du doigt une limite de la médiation, qui ne peut pas se faire de façon accélérée, en urgence, des médiations en express, des médiations de pompiers où nous n’avons pas le temps de travailler avec le patient ou le groupe du fait d’évacuations répétées.



8- POINTS CLÉS DU PROGRAMME NATIONAL DE MÉDIATION SANITAIRE

À partir de 2011, Médecins du Monde, l'AŠAV et l'Aréas ont porté un programme de recherche action sur la médiation en santé en direction de femmes roms vivant en squats et en bidonvilles et de leurs enfants. [Voir le colloque organisé par le PNMS en 2012, " La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms" et le Rapport final d'évaluation du programme expérimental de médiation sanitaire \(2011-2012\).](#)

L'évaluation positive de l'expérimentation a convaincu le ministère de la Santé et des Affaires Sociales de pérenniser et d'étendre le Programme National de Médiation Sanitaire. D'autres associations l'ont rejoint pour travailler avec les migrants d'Europe de l'Est vivant en bidonvilles et le programme a également été étendu aux gens du voyage qui connaissent des freins importants dans leurs accès à la santé. Aujourd'hui, les douze projets locaux de médiation en santé s'appuient sur l'action de quatorze médiateurs à Caen, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Rouen et dans trois départements d'Île-de-France (93, 94, 95). Le cadre du programme inter-associatif permet aux projets de se référer à un référentiel commun. Les médiateurs se positionnent comme des tiers qui visent à lever les freins dans l'accès à la santé des habitants en renforçant les ressources des personnes et en mobilisant les acteurs de santé pour la prise en charge du public. Cela suppose des changements de pratiques des professionnels dans l'accueil, la prise en charge et le suivi.

PAROLE À DES INSTITUTIONS SOUTIENS

NATHALIE GOYAUX EN CHARGE DE LA MISSION RELATIVE AUX GENS DU VOYAGE AUPRÈS DU DIHAL (M. SYLVAIN MATHIEU), ET ANCIENNEMENT EN CHARGE DE LA MISSION SANTÉ PRÉCARITÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES | **ROSELYNE BOUST** PILOTE DU PRAPS, ARS NORMANDIE | **MAGALI BRICHET** RESPONSABLE DES PROJETS ÉGALITÉ/SOLIDARITÉS À LA RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE | **DIDIER BERLINET** INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE, ARS DES PAYS DE LA LOIRE

N. GOYAUX | Concernant l'histoire du Programme National de Médiation Sanitaire, je voudrais souligner qu'il est parti de peu de choses. Au-delà des freins et des leviers à son développement que l'évaluation externe a mis en évidence, il est important de rappeler qu'en quatre ans, il a connu un développement conséquent dont on ne peut que se réjouir, grâce à l'engagement du ministère et d'agences nationales comme l'ancien Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

Par rapport aux publics et situations d'habitat ciblés par le programme, je voudrais évoquer le travail engagé par la Délégation Interministérielle à

l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL). Cette dernière porte deux missions, une mission sur les campements et une mission sur les gens du voyage. Le délégué interministériel est chargé notamment de l'animation de la Commission nationale consultative des gens du voyage. Cette commission a été relancée comme une réelle instance de réflexion et il est important de faire référence aux évolutions majeures récentes concernant les gens du voyage. Le projet de loi Égalité et citoyenneté, qui va être adopté définitivement le 22 décembre 2016 à l'Assemblée nationale après une procédure de vote dite "accélérée", va acter l'abrogation de la loi de 1969. Reprenant intégralement la proposition de loi de Dominique Raimbourg, la loi signifie pour les gens du voyage la fin de ce statut administratif à l'écart du droit commun. Les gens du voyage seront pleinement reconnus comme des citoyens à part entière - ce qu'ils sont en France depuis des siècles. Cette abrogation va marquer une étape essentielle car l'on peut penser que les discriminations dont ils souffrent sont en partie liées à la spécificité de ce statut. Dans un second volet, la loi Égalité et citoyenneté représente une réforme majeure en matière d'habitat. La particularité des gens du voyage est bien leur habitat, habitat caravane, en résidence mobile terrestre, qui n'était accueilli jusqu'alors que sur des aires d'accueil. La loi acte la diversification de cette offre d'habitat avec des terrains familiaux locatifs, ou du logement adapté par exemple. Il convient d'évoquer la reconnaissance de l'internement des nomades, qui a été actée par le président de la République le 29 octobre 2016. La Commission nationale consultative des gens du voyage, fera en début d'année 2017 un focus sur la santé des gens du voyage, pour aborder notamment l'importance de l'intégration de la santé dans les schémas départementaux qui sont consacrés à leur accueil.

R. BOUST | En ex-Haute Normandie, l'ARS s'est appuyée sur un groupe de travail promotion de la santé des gens du voyage qui s'est constitué sur la métropole de Rouen. Ce groupe a sollicité la CPAM pour faire un diagnostic des questions de santé des gens du voyage et de leurs conditions de vie. Cela a mis en évidence, autour des 1096 bénéficiaires affiliés à la CPAM étudiés, des besoins particuliers ainsi que toute une réflexion concernant les déterminants de santé, c'est-à-dire les facteurs personnels, économiques et environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus et des populations. Dans l'ex-Basse Normandie, ce sont plus particulièrement les travaux menés dans le cadre du schéma départemental des gens du voyage qui ont mis en évidence un point santé dans la question de la cohésion sociale. Cet ensemble de circonstances pour l'ex-Basse Normandie a abouti, d'une part au financement d'un poste à temps plein en direction de la cohésion sociale

(avec la DDCS et la CAF) et, parallèlement, au financement d'un poste de médiateur en santé pour compléter et jouer la transversalité envers les populations. Ce poste vise plus particulièrement les familles hippomobiles qui sont assez nombreuses dans la Manche et le Calvados. Ce sont des familles assez difficiles à contacter. La médiation avec ces populations-là nécessite du temps. Il s'agit donc pour ces deux professionnels de s'appuyer sur la démarche de santé communautaire pour adapter les réponses aux besoins des populations en lien avec les professionnels concernés.

Deux médiateurs en santé ont donc été recrutés en Normandie, l'un en septembre 2015 au sein du centre social du RAGV, et l'autre en octobre 2016 au sein du réseau SOLiHA, avec le soutien de l'ARS.

M. BRICHET | En Pays de la Loire, le projet de médiation de Médecins du Monde a bénéficié d'un premier financement dans le cadre de l'expérimentation du programme national, en 2010. Depuis, la région a maintenu son soutien au projet, non pas dans le cadre d'un partenariat pluriannuel mais annuel, au titre de la politique d'égalité des droits. Depuis le changement de majorité politique en décembre 2015, il est à noter que la collectivité a poursuivi son soutien en 2016, au titre de la politique de lutte contre la grande précarité.

D. BERLINET | Depuis 2006 des actions de médiation sanitaire sont financées en Loire Atlantique et plus spécifiquement par l'ARS des Pays de la Loire depuis 2010. Depuis 2016, un projet de médiation - porté par Les Forges - vise également les gens du voyage. Sur ce point, nous avons créé un comité local qui s'est réuni récemment avec une vingtaine d'acteurs, des représentants d'hôpitaux, des collectivités locales, des associations, la CPAM, la préfecture et la Délégation Territoriale de Loire Atlantique de l'ARS. Il s'agit d'intégrer un volet soins au schéma départemental d'accueil des gens du voyage. Cette réflexion pourra servir à nourrir le débat et proposer des pistes de travail autour des publics "voyageurs".

De par mon expérience dans la précarité, j'ai constaté que lorsque l'on agit sur une problématique de manière isolée, la situation de la personne avance mais ne se règle pas en totalité. L'intérêt de la médiation est de voir la situation globale de la personne et donc d'agir globalement de façon à aborder toutes les problématiques de l'utilisateur.

Le programme, tel que nous l'avons évalué, répond majoritairement aux objectifs fixés il y a quatre ans. Voir, "Évaluation du Programme National de Médiation Sanitaire. Rapport final", août 2016. Il y a tout de même des points à clarifier et à imaginer pour la suite afin que ce programme soit à la fois reconnu nationalement, plus implanté dans les régions et puisse être aussi davantage identifié par les différents Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Voici quelques chiffres clés du PNMS

Environ **2500 habitants de bidonvilles ont bénéficié du programme** :

40 % d'entre eux sont des mineurs et par ailleurs une majorité sont des femmes.

Quatorze médiatrices/teurs interviennent aujourd'hui sur le terrain mais dix-huit ont été formés au cours des quatre dernières années. Un programme s'est décliné d'année en année autour d'échanges de pratiques et d'analyse de la pratique.

Les 53 lieux d'intervention (bidonvilles et squats) présentent des conditions de vie très dégradées, en matière d'habitat et de salubrité publique : 74% des lieux habités n'avaient aucun ramassage d'ordures ; dans 66% des lieux de vie des nuisibles et des rats étaient présents ; 90% des lieux de vie n'avaient pas de raccordement officiel à l'électricité ; **77 % n'avaient aucun accès à l'eau potable sur site et 58 % des bidonvilles présentaient un risque majeur pour la sécurité de ses habitants.**

1400 accompagnements physiques ont été réalisés vers les services de santé : au-delà du dialogue avec les partenaires santé, il s'agit également de permettre aux populations de situer les lieux et services de santé à proximité des lieux de vie et de garder toujours en tête cette logique d'aller vers l'autonomie des publics. Ces temps d'accompagnements physiques vers les lieux de santé sont également des temps de dialogue avec les personnes.

200 structures de santé rencontrées ou ciblées, avec lesquelles les partenariats sont de plus en plus formalisés, et qui permettent des avancées fortes en matière d'accès ou d'ouverture de droits.

Enfin, 50 % des enfants de moins de six ans sont connus d'un service de PMI : la création de ce lien s'est surtout concrétisée par la capacité des médiatrices à faire venir les professionnels de santé et sociaux sur les lieux de vie.

L'ÉVALUATION A CONFIRMÉ DES FREINS À SON DÉVELOPPEMENT ET MISE EN OEUVRE

Un soutien institutionnel peu présent et des financements instables.

Que ce soit au niveau national ou au niveau local, nous avons observé tout au long du programme cette fragilité sur le financement et la continuité qui a pu mettre en difficulté la question du temps nécessaire à la médiation pour atteindre des résultats.

Un turnover important des médiateurs et médiatrices.

En complémentarité avec la question du financement, il s'agit de s'interroger sur l'usure des professionnels. Cette usure est légitime au regard des conditions de travail et de la présence sur les sites. Nous avons largement évoqué la pratique d'intervention incontournable qu'est l'aller-vers, mais c'est une pratique qui peut aussi laisser des traces car elle implique de faire face aux situations urgentes qui ne manquent pas. Par exemple sur la question de la santé des enfants, faire face à des deuils et rebondir pour aller animer une réunion institutionnelle par la suite. Cet aspect polyvalent et multitâche qui nous a été souvent rappelé dans les entretiens, doit être mis en miroir avec la rotation importante des médiatrices. Une médiatrice sur deux a quitté le programme au cours des quatre ans. Là où les médiatrices ont pu se stabiliser, c'est aussi là où le réseau de partenaires était le plus étoffé et donc attentif ou réceptif aux pratiques de médiation en santé. Ce n'est sûrement pas une coïncidence si c'est là aussi où se sont manifestés le plus de résultats. Cette longévité des médiateurs produit des résultats en matière d'accès aux soins et à la prévention.

Les conditions de vie très difficiles, sur les aires d'accueil parfois ou en bidonvilles, mettent en difficultés les messages de prévention diffusés. La prise en compte de ces impacts de santé environnementaux dépasse largement la latitude des acteurs du programme et implique des dialogues avec à la fois les autorités, les services de l'État mais aussi un dialogue plus régulier avec les collectivités territoriales sur lesquelles sont situés ces lieux de vie.

Les évacuations, quasiment systématiques sur tous les territoires, n'ont bien évidemment pas permis de faciliter l'accès aux soins et à la prévention. Elles ont souvent mis en difficultés les professionnels sur la capacité à retrouver les publics qui étaient dispersés et à renouer le contact pour permettre un parcours de prévention et de soins.

LA MÉDIATION AU SEIN DU PROGRAMME S'APPUIE AUSSI SUR DES LEVIERS

Il faut également retenir que la réussite du programme est liée à la construction d'une plate-forme ressources auprès des médiatrices et médiateurs, qui a permis à la fois de capitaliser et de mutualiser les expériences, mais aussi à de nouvelles structures d'adhérer au programme.

La part croissante des financements régionaux pluriannuels représente un autre levier. C'est un indicateur significatif pour le déploiement du programme. Cela signifie que les bailleurs qui se sont engagés au démarrage du programme sur la base d'un financement annuel ont transformé en partie leur engagement en contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au regard de l'évaluation. Cela donne du champ et de la légitimité au programme.

POINTS D'APPUI ET FREINS À LEVER POUR UN PLEIN EXERCICE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

La médiation dans le champ de la santé n'est pas une pratique nouvelle et pourtant, les professionnels qui la portent au quotidien font encore face à une carence de reconnaissance et de légitimité.

Les témoignages suivants en appellent à ce que la médiation ne se définisse plus en creux d'autres métiers du sanitaire et social et à ce que les formations, comme la mise en réseau, des acteurs partenaires, accompagnent ces derniers à faire une juste place aux médiateurs.

À l'instar du médecin généraliste qui partage son expérience en p 61, les médiateurs ont un rôle certain à jouer dans l'accès aux soins primaires et la prise en charge globale de la santé en appui de praticiens libéraux comme de structures pluridisciplinaires en ville.

Assoir le métier et la pratique, nécessite également que les structures locales porteuses comme les professionnels de terrain, bénéficient d'un certain nombre de points d'appui. Le statut et l'identité du porteur (institutionnel, associatif, etc) sont débattus chaque fois au regard du contexte, car ils questionnent la capacité de la médiation à tenir la droite ligne de sa déontologie et à ne jamais sacrifier les fondamentaux de son processus.

Aussi, la capacité à faire médiation renvoie aux moyens qui sont à réunir tels que la formation, les réseaux d'échanges et de supervision, l'appui d'une équipe, l'encadrement du médiateur ou encore la possibilité d'un financement global et pérenne.

1- ENJEUX DE LA RECONNAISSANCE DES MÉDIATEURS PAR LES PARTENAIRES

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI MÉDIATRICE EN SANTÉ PUBLIQUE À L'ACTION BAOBAB, DISPOSITIF DE LA FONDATION LÉONIE CHAPTAL À SARCELLES | **FATIMA AYOUBA** MÉDIATRICE POUR IMAJE SANTÉ À MARSEILLE | **ASTA TOURÉ** | **FANNY BORDEIANU** | **DIDIER MÉNARD** | **BÉNÉDICTE MADELIN** PRÉSIDENTE DE LAFÉDÉ, FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE MÉDIATION SOCIALE ET CULTURELLE EN ÎLE-DE-FRANCE

A. MBA MELE FOSSI | Je suis médiatrice en santé publique, formée à l'IMEA en 2003. J'ai un DU d'éducation pour la santé, obtenu à l'Université Paris XIII à Bobigny et je me suis également formée quarante heures à l'éducation thérapeutique.

C'est vrai que le métier de médiateur n'est pas reconnu. Pour éviter les difficultés, nous avons quelques astuces. Par exemple, quand j'arrive dans un service, je me présente "Je suis madame X. Je suis médiatrice en santé. J'accompagne les personnes qui sont en difficultés. Telle est la mission qui m'amène vers vous ...pour aider le monsieur ou la dame à vous connaître et à mieux communiquer, de façon à vous comprendre."

Je leur dis aussi, que je suis là pour faciliter la communication entre eux. Parfois quand j'explique cela, ils me demandent si le monsieur ou la dame ne parle pas français. À cela je réponds que même si la personne parle français, le langage professionnel n'est pas forcément compréhensible par un profane. Je suis là pour expliquer à la personne ce qui est dit mais aussi pour expliquer en retour au service ce que la personne voudrait dire. J'aide la personne à présenter son dossier et ce qu'elle n'a pas toujours les capacités d'expliquer par elle-même. C'est difficile pour certaines personnes de pouvoir expliquer ce qu'elles ressentent vraiment.

Lorsque je me déplace dans des services, le fait de me présenter est très important. Parfois aussi, nous demandons une rencontre en amont afin de leur expliquer ce que nous faisons et qu'ils ne soient pas surpris de nous voir arriver un jour avec un usager. Nous prenons la peine de leur envoyer nos rapports d'activités annuels, ce qui leur permet de prendre conscience de l'importance de notre travail de médiation.

Voilà comment nous négocions, pour être connues dans les services où nous accompagnons physiquement les personnes.

F. AYOUBA | Je suis médiatrice de santé dans un quartier très difficile de Marseille dans le quinzième arrondissement. Je suis issue de ce quartier et je vis avec

les personnes que j'accompagne. Je voulais témoigner sur mon vécu. Au départ je n'arrivais pas à me présenter. La question est là à chaque fois que l'on accompagne quelqu'un ou que l'on dit quelque chose. Nous devons nous définir et nous entendons, "Vous êtes médiatrice. Qu'est-ce que c'est ?". C'est une difficulté. Bien que j'ai suivi une formation, j'ai eu beaucoup de mal à trouver ma place et à arriver à dire ce que c'est et ce que fait une médiatrice. Je suis contente qu'il y ait des associations, des gens mobilisés sur la médiation et qui accompagnent les médiatrices pour les former. C'est important qu'il y ait un budget pour cela et que l'on puisse se défendre, montrer ce que l'on fait. Cela aide par exemple à ce qu'il y ait de plus en plus de médecins qui prennent en compte que la médiation a un impact favorable sur la santé et le suivi des gens.

A. TOURÉ | Au début pour moi ce n'était pas évident, que ce soit en face de médecins, de travailleurs sociaux ou de la préfecture. On nous renvoyait tout le temps "Vous êtes qui, vous ?" et on nous demandait de nous mettre de côté. Les médecins de La Place Santé expliquent à leurs collègues hospitaliers qu'ils travaillent avec nous et, comme ils ont des patients en commun, ils leur disent que nous pouvons les accompagner. Cela commence à être connu mais cela n'empêche pas que demain je pourrais aller dans une institution où on pourra me dire, "Qu'est-ce que c'est que cela, médiatrice ?".

Ce n'est pas faute d'être présente au congrès des médecins généralistes, d'aller à des rencontres ou d'être dans des projets élaborés par l'ARS sur le suivi de grossesse de femmes en grandes souffrances. Au début, je m'énervais mais maintenant je ne m'énerve plus. Dans les actions de tous les jours, nous avons tout à fait notre place. Il nous faut être reconnues. Malgré tout, nous accompagnons des personnes qui nous disent "Merci", et c'est une grande chose.

F. BORDEIANU | J'ai entendu aujourd'hui, que nous travaillons à notre propre reconnaissance auprès de nos partenaires de santé. Il ne fait aucun doute cependant, que nous avons besoin que l'on nous aide à asseoir cette légitimité, à l'inscrire. C'est pour cela que nous appelons de nos vœux la reconnaissance

2- FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU REGARD DE CE NOUVEAU MÉTIER

ANNE GUILBERTEAU COORDINATRICE DE LA FEMASIF (FÉDÉRATION DES MAISONS ET PÔLES DE SANTÉ) DE L'ÎLE-DE-FRANCE | ROSELYNE BOUST | CATHERINE VASSAUX | LAURENT EL GHOZI | DIDIER MÉNARD

A. GUILBERTEAU | L'enjeu de la formation des médiateurs et le développement des médiations est très important mais je pense que les libéraux ont un rôle à jouer aussi. Il faut qu'ils puissent être davantage formés aux inégalités sociales de santé, à avoir une approche globale et à travailler en partenariat. Comment peut-on améliorer et faire évoluer les formations universitaires médicales et paramédicales et ne pas se limiter à former uniquement les médiateurs et le médico-social, qui sont souvent plus perméables ?

R. BOUST | Dans le cadre du PRAPS en ex-Basse Normandie, il y avait un axe qui portait sur la formation des professionnels de santé et du social sur les questions de vulnérabilité et de précarité. Nous intervenions régulièrement auprès de l'IRTS (Institut Régional de Travail Social) pour la formation des travailleurs sociaux mais également au niveau de la troisième année d'internat de médecine générale à la faculté, pour présenter les enjeux de coordination ou de médiation sanitaire.

Afin de pérenniser cette approche, nous avons réussi à créer un module commun aux travailleurs sociaux et aux futurs médecins qui débutera en mars 2017. Ce module partagé vise à présenter à la fois les questions des déterminants et des divers facteurs de risques liés aux situations de précarité ainsi que les outils que les médecins et les travailleurs sociaux pourront utiliser une fois sur le terrain. L'enjeu est de faire en sorte que les professionnels de santé, qui ont été très habitués à travailler seuls, trouvent d'autres partenaires. En ce sens, nous voyons bien que les nouvelles générations de médecins par exemple ne veulent plus travailler de cette façon.

C. VASSAUX | À Montpellier, un Diplôme Université de Santé Précarité a été créé il y a maintenant trois, quatre ans. Il est ouvert à la formation des médecins mais ce sont majoritairement des professionnels du sanitaire et du social qui le suivent et les professions médicales y sont extrêmement minoritaires. Cela nous pose beaucoup de questions et nous cherchons à travailler pour attirer des étudiants en médecine vers ce type de formation.

Dans notre pratique auprès des habitants de bidonvilles, nous constatons qu'il peut être assez compliqué de travailler en partenariat avec des médecins libéraux qui sont peu formés à ces questions. Petit à petit, il y a cependant des

de la médiation dans le champ de la santé. On ne peut pas tout seuls et tout le temps travailler à être reconnus.

D. MÉNARD | Est-ce que vous, médiateurs et médiatrices, n'êtes pas la bonne conscience de la souffrance sociale ? C'est-à-dire que les puissances publiques qui financent la médiation et la valorisent, sont les mêmes qui fabriquent de la souffrance sociale. Nous avons appris à bien construire les bouées de secours pour aider les gens à sortir d'une certaine misère sociale.

N'y-a-t-il pas une mission de la médiation en santé, d'être un puissant lanceur d'alerte ? C'est-à-dire, d'oser prendre cette parole politique et de dire que, puisque nous accompagnons les gens qui sont victimes de cette souffrance, nous pouvons aussi interroger le système politique qui les fabrique ?

B. MADELIN | Concernant la médiation sociale, on parle de reconnaissance mais pour le moment il s'agit d'une reconnaissance d'estime car il n'y a toujours pas de cadre d'emploi statutaire. Il y a certes une fiche du code ROME (Répertoire officiel des métiers et emploi) et bientôt une norme Afnor de la médiation sociale. Mais quand on dit que les pouvoirs publics financent ces projets, il faut préciser qu'ils les financent comme ils l'entendent, c'est-à-dire par des emplois aidés, renouvelables ou non, et dont on diminue le nombre de renouvellement initialement prévu.

Il me semble que ce n'est pas un médiateur seul mais un collectif qui pourra porter à connaissance un certain nombre de situations. Aussi, les médiatrices et médiateurs auront d'autant plus de poids pour être des lanceurs d'alerte et entendus, que le métier sera reconnu. J'ai envie de dire, pour reprendre l'expression d'une sociologue [Voir, Maria Cunha, "Le travail de médiation dans les quartiers populaires: regard des institutions", Saint-Denis, Profession Banlieue, 1997, \(2e édition 2003\).](#) qui avait évalué le travail des médiatrices sociales et culturelles en Seine-Saint-Denis, que "les médiateurs permettent de reprendre langue". Je trouve que c'est une expression très forte qui montre comment les médiatrices permettent à des personnes, des habitants de s'affirmer dans l'espace public, au sens de lieu de débat, de revendications et de construction pour moins d'inégalités.

Si nous voulons faire reconnaître la médiation sociale comme un vrai métier, elle ne doit pas rester enfermée dans les quartiers de la politique de la ville mais elle doit irriguer l'ensemble de notre société.

3- L'INTÉRÊT D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS SON CABINET ET LE QUARTIER

DOCTEUR MARIE-ANGE LECOMTE PRATICIENNE GÉNÉRALISTE LIBÉRALE AU MANS (72)

résultats et alors que nous avons commencé notre action début 2016, il y a des médecins qui ont accueilli notre médiatrice santé un peu comme le messie en disant “Enfin vous voilà ! J’attendais quelqu’un qui soit à votre place et qui puisse m’accompagner parce que je me sentais désespéré vis-à-vis de la précarité des personnes que je suis”.

L. EL GHOZI | Une partie de ma réponse va être pessimiste. J’ai participé trois ou quatre fois à un module de la formation médicale continue à l’Université de Grenoble sur les inégalités sociales de santé. Il était animé par un médecin engagé, le Docteur Lagabrielle et était organisé donc, pour des médecins libéraux. Ce module a été interrompu, faute de candidats.

Il y a heureusement un élément de réponse plus positif. Il y a aujourd’hui de plus en plus de professionnels de santé qui souhaitent travailler non seulement de manière regroupée mais de manière collaborative, que ce soit des libéraux dans le cadre des maisons et pôles de santé ou que ce soit des salariés dans le cadre des centres de santé. De même, dans la loi de modernisation de notre système de santé, il y a deux outils qu’il faut souligner : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui doivent permettre aux professionnels sur un territoire de mieux se coordonner et les plateformes territoriales d’appui (PTA) à la prise en charge de situations complexes.

Voir l’expérience du Docteur Lecomte au Mans, qui s’est dit, après tout, que dans son exercice isolé et solitaire, elle pouvait avoir besoin de ce complément qui fasse lien avec l’ensemble des structures et les personnes. En tant que praticien généraliste, elle a monté un projet qui accueille une médiatrice en santé. Fondamentalement, la question est celle de la formation initiale des médecins.

D. MÉNARD | Aujourd’hui dans les maisons de santé, la question de la médiation fait son chemin, non pas que d’un seul coup tous les professionnels libéraux ont compris mais c’est parce qu’ils sont confrontés à des problèmes et qu’ils ne s’en sortent pas tout seuls.

Je suis médecin généraliste au Mans. Je suis installée depuis trente ans dans un quartier qui est maintenant dit “prioritaire”. La pauvreté y est installée. 48 % de mes patients sont pauvres, 40 % sont bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) et 85 % de la population du quartier n’a pas de diplômes. L’autre caractéristique à prendre en compte est que, quand je me suis installée, nous étions vingt-huit médecins généralistes pour ce quartier de 30 000 habitants et l’ensemble des quartiers voisins. Aujourd’hui, nous sommes moitié moins de médecins. Comme je vais partir à la retraite, j’ai pris conscience qu’il allait falloir que j’aie des successeurs et depuis quatre ans, je m’active à prendre acte de cette modification de nos quartiers.

J’ai participé aux journées des professionnels de santé à Lille et c’est là que j’ai découvert la notion de médiation en santé. Depuis le début 2016, j’ai franchi le pas. Nous avons constitué une association et embauché une médiatrice en santé qui intervient auprès des patients du cabinet.

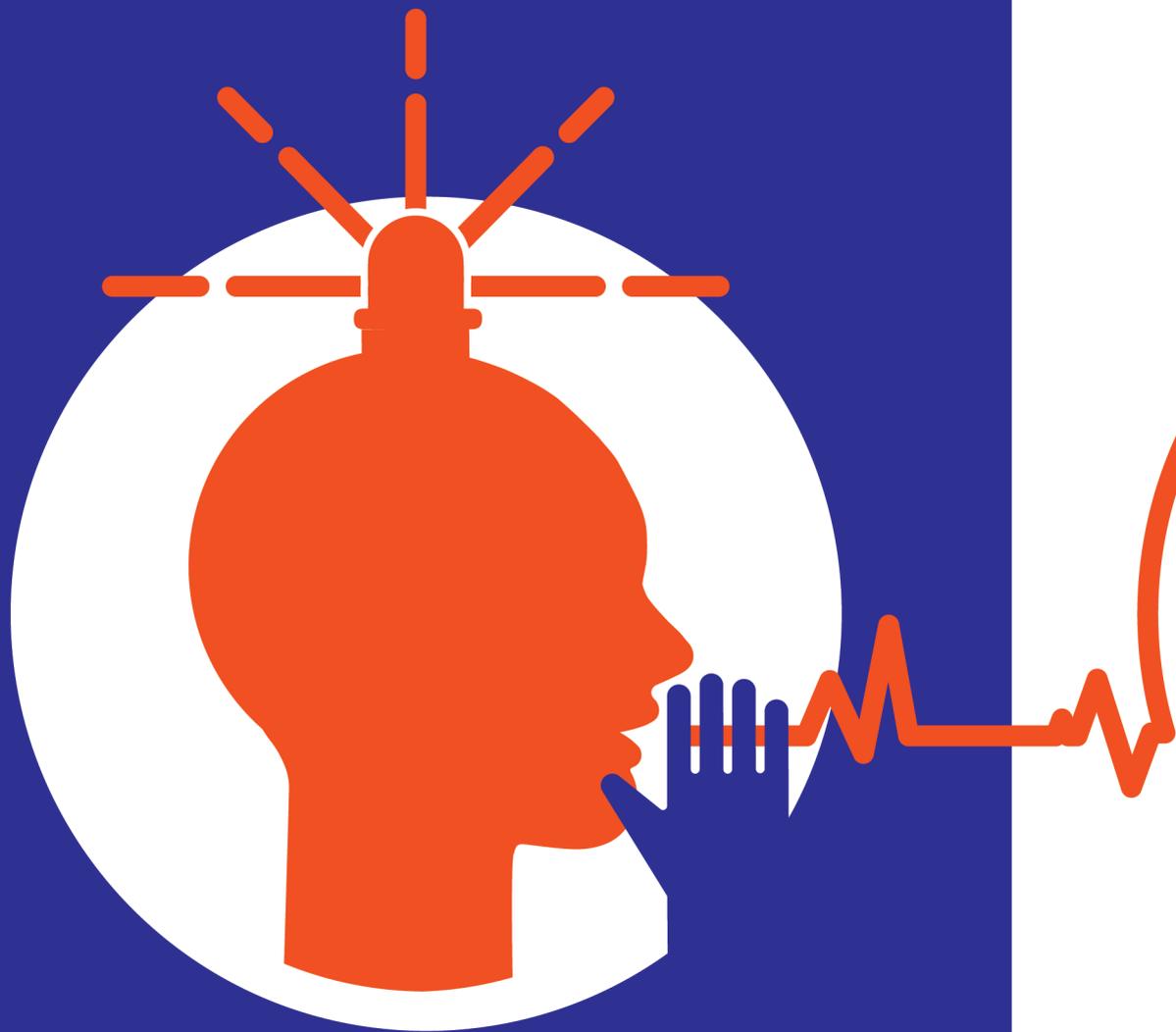
La médiatrice travaille dans le cadre d’un CAE (contrat d’accompagnement dans l’emploi). C’est un statut précaire de vingt heures par semaine, soit quatre après-midi. Son premier contact avec les patients est presque toujours initié à la demande des médecins, parfois par le secrétariat.

Son travail se répartit en trois axes principaux. Le premier est d’aider les patients dans le parcours de soins, dans la prise de rendez-vous de spécialistes, de paramédicaux, pour négocier les délais, expliquer le trajet, imprimer un plan.

Certains de mes confrères disent qu’il faut responsabiliser les patients et que tout cela est “bien gentil” mais “qu’on a autre chose à faire”. Le problème est que si nous ne faisons pas cela, un tas de soins ne sont pas faits. La lettre que nous avons faite et confiée à cette patiente qui ne parle pas français par exemple, pourra rester un certain temps dans le sac à main si elle ne sait pas ce que “gastro-entérologue” veut dire et où cela se trouve.

Le deuxième rôle de la médiatrice au cabinet, est de recevoir certains patients en rendez-vous individuels car le problème est plus complexe. À titre d’exemple, lorsque nous recevons des patients qui nous sont adressés par le CADA (centre d’accueil pour demandeurs d’asile), comme une famille avec plusieurs enfants, il va falloir s’occuper de mettre à jour tout le suivi dentaire ou prendre des rendez-vous multiples du fait des retards de soins. Cela prend

***“N’Y-A-T-IL PAS UNE MISSION DE LA MÉDIATION EN SANTÉ,
D’ÊTRE UN PUISSANT LANCEUR D’ALERTE?” D. MÉNARD***



***“LA MÉDIATION EN SANTÉ EST UN COMPLÉMENT,
UNE ARTICULATION QUI PERMET À LA MÉDECINE
DE PRENDRE L’ÊTRE HUMAIN DANS SA GLOBALITÉ” M-A. LECOMTE***



beaucoup de temps. Son rôle va pouvoir être de trouver un interprète ou bien d'appeler le 115 par rapport à l'hébergement pour une patiente toxicomane qui n'a plus de carte de téléphone qui fonctionne.

La médiatrice se rend aussi au domicile de patients pour les aider à faire des démarches, en complémentarité du service social, comme pour l'Aide à la Complémentaire Santé.

Il s'agit vraiment d'un soutien en binôme. Moi, je suis au courant de ce qu'elle a fait et je peux aussi lui raconter quand j'ai vu le patient et où il en est. Son action est vraiment porteuse d'une aide, que ce soit par de petites choses comme des choses plus complexes.

Je pense à la situation d'une femme qui est victime de violences conjugales. En tant que médecin, il est important pour moi de pouvoir voir avec la médiatrice si elle peut lui indiquer le centre d'accueil des femmes battues par exemple. Nous suivions, avec l'infirmière Asalée, une femme diabétique, pour qui nous étions très contentes que son diabète s'équilibre enfin. Cependant, c'est à la médiatrice que la patiente a raconté que son mari était violent, qu'il ne lui laissait pas d'argent quand il partait pour la semaine et qu'elle n'avait pas à manger. Évidemment, les chiffres du diabète semblaient meilleurs mais en fait elle ne mangeait plus.

Plusieurs fois déjà, même en si peu de temps d'exercice, la médiatrice a été dépositaire de patients qui lui confient leurs idées suicidaires. Ce sont quand même des choses très lourdes à porter pour elle. Bien sûr elle nous les confie immédiatement en retour. En tant que soignants, nous l'écoutons et soutenons les patients mais on voit bien les limites de ce partenariat. Nous avons besoin d'être soutenues sur ces points.

Le troisième volet de son action, est que nous arrivons à adresser des patients vers des activités dans des structures sociales, culturelles et des animations autres sur le quartier.

De manière générale, la médiation est une ouverture à une meilleure écoute des problématiques des patients. Médecins, quand nous n'avons pas de réponses à donner, nous avons tendance à ne pas voir les problèmes. Personnellement depuis que la médiatrice intervient, je pose régulièrement la question aux patients de savoir s'ils ont de quoi manger. Je ne posais jamais cette question avant car j'étais bien embêtée de leur réponse. Si elle était positive et que c'était difficile pour eux, je ne voyais pas bien ce que j'allais pouvoir en faire. Je ne dis pas que la médiatrice leur donne à manger. Mais elle est là, les accompagne dans leurs démarches et cela peut faire émerger des pistes pour eux.

La médiation en santé est un complément, une articulation qui permet à la médecine de prendre l'être humain dans sa globalité et de ne pas renoncer à agir par petites touches pour modifier le devenir de santé des patients.

Il nous reste des questions à poser et pour lesquelles nous espérons un soutien pour formuler des réponses.

Comment arriver à partager cette envie et l'utilité de la médiation dans les cabinets de nos confrères ? Quels moyens financiers, au-delà des contrats précaires pour les médiatrices ? Quels sont les moyens pour la médiatrice, de formation et d'échanges entre pairs ?

La première question concernant le besoin de faire passer le message, nous a invitées à trouver des partenariats. Nous avons un soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de Loire (URPS). Ils nous ont intégrés à la commission précarité qui a soumis un projet à l'Agence Régionale de Santé. L'ARS nous a répondu qu'elle attendait des instructions ministérielles. Un représentant de notre commission siège depuis un mois au PRAPS des Pays de Loire. Le deuxième partenariat est celui avec la ville du Mans. Nous étions bien étrangers au Contrat de Ville (CV) en tant que médecin libéral avec ce type de projet. Mais, en un an, nous nous sommes apprivoisés et nous pourrions certainement avoir leur aide pour un projet l'année prochaine. La médiatrice interviendrait pour l'éducation d'enfants en situation d'obésité et faciliter leur activité physique. Son rôle sera de voir quels sont les freins qu'ils rencontrent dans l'accès à l'activité physique.

Concernant les moyens financiers, nous sommes un peu inquiets, avec notamment les débats pré-électoraux qui prévoient de supprimer les contrats aidés à l'emploi, qui d'ailleurs ont été raccourcis à neuf mois au lieu de douze.

Par ailleurs, la nouvelle convention médicale des médecins qui vient d'être signée en août 2016, prévoit une majoration de rémunération pour les médecins qui ont beaucoup de patients bénéficiaires de la CMU. C'est un plus. Nous n'y voyons pas de contenu pour l'instant mais c'est à nous de l'écrire. Dans notre quartier, nous débutons aussi une démarche de maison de santé pluridisciplinaire, donc c'est aussi certainement un axe pour avoir le soutien de l'ARS, une organisation plus pérenne et un soutien à la médiation.

Une dernière question qui est primordiale pour la pérennité de l'action, est la formation et l'échange entre médiateurs. J'avais pris la piste de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) mais cela n'a pas été possible localement. J'avais identifié une formation en santé précarité à l'université du Maine mais elle ne se tenait pas en 2016. Cela demeure un besoin non couvert pour notre médiatrice.

4- INSCRIPTION ET RECONNAISSANCE DANS UN PRAPS

ROSELYNE BOUST

Je vais essayer de mon point de vue de l'Agence Régionale de Santé de Normandie, d'expliquer pourquoi nous encourageons et finançons des postes de médiateurs en santé.

D'une part, le contexte favorise ces financements. Le Programme National de Médiation Sanitaire que l'on soutient s'inscrit dans le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. La loi de modernisation de notre système de santé aussi introduit pour la première fois les questions de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

Ils sont reconnus comme des outils d'aide dans l'accompagnement des publics en situation de vulnérabilité. Ces vulnérabilités sont le fait de questions linguistiques, culturelles, de l'isolement, de la précarité, de la méconnaissance du système de soins et réciproquement de professionnels de santé qui sont habitués à avoir en face d'eux des personnes qui fonctionnent relativement facilement avec le système. Ils ne comprennent pas toujours pourquoi certaines personnes ne peuvent pas intégrer le système en l'état et ont besoin d'une aide. La loi de modernisation de notre système de santé charge également la Haute Autorité de Santé d'établir un cadre de référence de la médiation en santé. Tout cela est important car cela formalise et reconnaît ces métiers. Nous ne pouvons que nous inscrire dans cette démarche.

J'ai une connaissance du PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins) depuis une douzaine d'année maintenant et, il faut dire, que la création des ARS et l'inscription de la question de la prévention dans la loi et dans un service de cette agence, ont renforcé notre regard sur des outils déjà existants et multiples.

Les PASS ou les Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP) sont aussi des phénomènes de médiation sanitaire qui aident des personnes à s'inscrire dans le système de santé de droit commun. Pour avoir évalué ces dispositifs, nous nous sommes rendu compte, en Basse comme en Haute Normandie, que nous pouvions donner des financements et des moyens à ces dispositifs mais que si nous ne veillions pas à leur mise en œuvre et bien cela tombait dans le pot commun des établissements hospitaliers. Parfois, il n'y avait pas de lisibilité ou d'opérationnalité sur le terrain. Dans cette nouvelle organisation de l'ARS, nous souhaitons créer de l'attention et de la bienveillance à l'égard d'un certain nombre d'outils qui, manifestement, ont fait leur preuve.

L'autre aspect est effectivement la question de la santé communautaire et de la démarche participative des populations. Ce sont des concepts qui datent sûrement mais qui, maintenant, sont pris en compte de façon assez opérationnelle dans les agences car nous avons des équipes qui peuvent travailler sur ces questions-là. Nous ne sommes pas seulement des services qui travaillent sur le financement d'actions diverses et variées en hospitalier ou ambulatoire. Nous sommes également dans une prise de distance pour travailler sur des outils, des concepts, qui aident au niveau du système de santé à comprendre, à améliorer et surtout, d'un point de vue économique, à éviter que les populations arrivent dans un état de santé dégradé au niveau des urgences principalement.

Les urgences sont l'entrée par laquelle on observe un peu toutes les conséquences des non-prises en compte ou des dysfonctionnements. La question aussi des déterminants de santé et la capacité de travailler dessus est importante : prendre en compte le contexte dans lequel les personnes vivent, la question de la culture, du rapport au corps, de la temporalité, sont autant de déterminants fondamentaux.

En conclusion, depuis leur fusion en janvier 2016, les deux ARS se sont rejointes sur ces préoccupations et cette veille à l'égard de populations en difficulté, pour mettre en œuvre des temps de travail de médiation en santé. Cela est un objectif général de réciprocité, c'est-à-dire tant dans la prise en compte des fonctionnements des populations qu'avec les professionnels de santé et du social pour travailler sur leurs représentations, leurs préjugés, leurs manières d'aborder leur métier avec ces populations. L'enjeu étant de faire en sorte que tout le monde se rejoigne.

5- APPUI À DES PROJETS DE MÉDIATION À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE PAR UN ATELIER SANTÉ VILLE

CANDICE MORDO COORDINATRICE DE L'ATELIER SANTÉ VILLE, NORD LITTORAL, À MARSEILLE PORTÉ PAR LE GIP POLITIQUE DE LA VILLE

Je vais essentiellement témoigner sur la place des Ateliers Santé Ville dans le développement du soutien à la médiation en santé. L'ASV est une démarche pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, qui associe la ville, la Préfecture, l'Agence Régionale de Santé et la politique de la ville, pour développer des politiques publiques concertées à une échelle territoriale.

Ce que je vais présenter a été conduit avec les trois Ateliers Santé Ville territoriaux et les quatre coordinatrices sur Marseille et recoupe le développement d'actions de médiation en santé de nature très différentes. Certains projets ont une entrée sur un territoire particulier, comme par exemple des copropriétés très dégradées ou des quartiers où vivent des personnes primo-arrivantes et en grande précarité. D'autres projets ont plutôt une entrée par type de populations. Je pense en ce sens à une action de médiation en santé qui a été développée auprès de jeunes en insertion. Les jeunes suivis à la mission locale pouvaient accéder à un bilan de santé puis, petit à petit, nous nous sommes demandé quoi faire de ce bilan de santé puisqu'un certain nombre de ces jeunes n'y donnaient pas suite. Nous nous sommes demandé quel accompagnement nous pouvions proposer.

En tant qu'ASV, nous ne sommes pas des spécialistes de la médiation en santé. Cependant, dans le cadre de nos missions, en développant des actions de promotion de santé à la croisée des professionnels de santé, du social et des habitants des quartiers de la politique de la ville, nous nous sommes très tôt intéressés à la médiation comme un outil de lutte contre les inégalités sociales de santé. La médiation en santé est un outil qui permet de travailler à la compréhension des freins dans l'accès aux soins du côté des habitants mais aussi du côté des professionnels de santé et de les accompagner tout les deux.

Le travail de développement d'action a pu se faire aussi grâce à une volonté institutionnelle qui est inscrite dans plusieurs cadres. Sans entrer dans les détails, nous pouvons citer l'ARS qui, dans le cadre du PRAPS, soutient un certain nombre de ces actions, le Contrat Local de Santé qui permet aussi à la ville de Marseille d'y participer, le Contrat de Ville de la politique de la ville ou encore le Plan Local de Santé Publique qui est la feuille de route de l'ASV. Nous avons tout d'abord eu un rôle de développement de projets d'accès à

la santé. En partant d'un diagnostic local, nous identifions un besoin non couvert, puis nous partons sur le développement d'une nouvelle action, la recherche de soutiens institutionnels et le suivi des actions.

Pour illustrer cela, je voulais vous parler d'une action de médiation en santé qui a été développée sur un quartier qui s'appelle Consolat-Mirabeau. C'est un quartier qui, pour une partie, est un ancien bidonville résorbé où vivent des Gitans sédentarisés et pour l'autre partie, est principalement habitée par des personnes primo-arrivantes. Une action de prévention du saturnisme avait été mise en place et avait atteint ses limites.

Dans le cadre d'une commission de santé territoriale qui réunit les acteurs sanitaires et sociaux du secteur, nous nous sommes dit qu'il faudrait une approche plus globale, qui dépasse une entrée centrée sur une problématique. Nous avons décidé ainsi de développer une action de médiation en santé. À partir de cette commission, j'ai travaillé en accompagnement du centre social qui est au cœur du territoire et qui a choisi de porter l'action en s'appuyant sur les professionnels de proximité qui étaient déjà présents, pour essayer de faire un maillage avec les professionnels de santé. Le travail de l'ASV a été d'élaborer ce projet, d'aller chercher les financements, d'aider au recrutement et de mettre en place l'action. Nous continuons à la suivre encore aujourd'hui puisqu'elle a un an et demi d'existence et est donc encore très jeune.

En nous impliquant dans le développement des actions, nous avons constaté un manque de coordination, une absence de culture commune et un manque de lisibilité au niveau local de ce qu'est la médiation en santé.

Nous avons, dans un premier temps, mis en place un travail en nous appuyant sur un bureau d'étude, Capmed. Il y a eu un travail de monographie des différents projets de médiation et cinq journées d'échanges de pratiques qui ont permis d'avoir des espaces entre médiateurs mais aussi d'élaborer un référentiel de compétences, une charte de déontologie et un répertoire des outils existants. Tout ce travail a permis de confirmer la plus-value de la médiation en santé dans la réduction des inégalités sociales de la santé. Cependant, ce travail n'a pas pu se poursuivre.

Je voulais témoigner d'une autre action de médiation dans le champ de la santé, afin d'illustrer à la fois son intérêt pour les habitants et les professionnels de santé, mais aussi sa fragilité. Ce projet est installé dans une copropriété dégradée et une partie du temps de travail de la médiatrice est au sein de la PMI. L'action rencontrait un moment de fragilité particulière avec une fin de financement du poste adulte-relais et la fermeture de la structure porteuse. J'ai fait le tour des acteurs impliqués. A cette occasion, les professionnels de la PMI ont exprimé que la médiatrice contribuait de façon très importante à leur travail d'équipe par la médiation qu'elle assurait en salle d'accueil comme en consultations parfois.

Nous nous sommes rendu compte encore une fois, que la plus-value de la médiation en santé était confirmée mais qu'en même temps les financements restaient précaires et que les actions étaient instables.

Nous avons identifié plusieurs enjeux pour continuer de développer la médiation en santé. D'une part, il était crucial de donner de la visibilité à l'action et à son utilité sociale pour l'accès effectif des habitants à la santé. J'insiste bien sur la notion de santé, qui renvoie ici aux soins, à la prévention et à la santé globale. D'autre part, nous devons continuer à étayer les professionnels qui mettent en œuvre la médiation en santé, pour mieux les outiller dans leurs pratiques, les mettre en réseau avec les autres médiateurs et consolider leurs actions.

Face à ces enjeux, une deuxième action de soutien a été engagée en 2015 et 2016. Elle s'est traduite par un travail de revue de la littérature puis des temps de rencontres individuels et collectifs avec les différents acteurs : les médiateurs, les structures porteuses et les institutions.

Ce travail nous a permis de tirer un certain nombre de points d'analyse sur la médiation en santé. Comme je l'ai dit, il y a une grande diversité des actions développées, tant en termes de publics cibles, de structures porteuses que de profils de médiateurs.

Du côté des médiateurs, il est ressorti qu'ils se définissaient en creux "Je ne suis pas travailleur social. Je ne suis pas psychologue. Je ne suis pas, etc.". Finalement, arriver à se définir en tant que médiateur était une difficulté. Cela témoigne à la fois des questions d'identité professionnelle mais aussi de la légitimité qu'ils peuvent avoir vis-à-vis des autres professionnels. Un travail s'est mis en place pour essayer de définir cette identité professionnelle.

Pour sortir de l'isolement et consolider la médiation en santé, il y a de réels

besoins d'accompagnement, de formation et d'échanges de pratiques.

Un point très important dont je voulais témoigner, est que la médiation en santé ne se réduit pas au médiateur. Certes, le médiateur est l'acteur principal de cette action mais il a besoin d'une équipe. Il a besoin d'espaces d'échanges. Le médiateur a également besoin que son activité soit pensée avec celle de sa structure et avec celle des professionnels alentour.

La question de l'articulation avec le réseau, qu'il soit social quand le médiateur est rattaché à une structure de santé ou davantage médical et sanitaire quand le projet est au contraire porté par un équipement social, est principale. Il y a un véritable travail à effectuer pour développer et formaliser des partenariats privilégiés entre acteurs sociaux et sanitaires.

Je conclurai en disant qu'il y a un besoin à ce que les médiateurs en santé soient mieux reconnus et leurs actions inscrites dans les politiques de santé publique, avec des sources de financements plus pérennes et des statuts moins précaires.

6- RECOMMANDATIONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE INTER-ASSOCIATIVE DU PNMS

FANNY BORDEIANU ET ROXANA ALBU MÉDIATRICES POUR MÉDECINS DU MONDE À NANTES ET PREMIÈRE URGENCE
INTERNATIONALE EN ÎLE-DE-FRANCE, AU SEIN DU PNMS

Nous nous exprimons en tant que porte-parole du groupe de médiateurs au sein du Programme National de Médiation Sanitaire. Nous souhaitons passer quelques messages aux futurs porteurs de projets de médiation concernant les points d'appui qui nous semblent nécessaires à l'exercice de notre métier. Ces réflexions sont issues des six années de mise en œuvre, si l'on tient compte du programme expérimental qui a débuté en 2011.

Nous souhaitons tout d'abord, partager plusieurs observations concernant la conduite de la médiation à l'échelle locale.

Il nous semble qu'il est nécessaire d'inscrire le médiateur en santé dans une équipe pluridisciplinaire. Cependant, si le médiateur fait partie d'une équipe médicale, il est d'autant plus important qu'existent de solides partenariats extérieurs afin qu'il puisse passer le relais dans l'accompagnement global et social des personnes. Il est aussi important pour le médiateur de pouvoir s'appuyer sur la légitimité et la visibilité de la structure employeuse, que ce soit dans le paysage local ou national. De même, il est décisif pour son travail que les objectifs de ses missions trouvent un écho dans les politiques ou l'agenda publics traitant, par exemple, d'une même problématique ou du même public.

Il nous paraît primordial que le médiateur puisse compter sur un encadrement hiérarchique qui soit proche des situations rencontrées sur le terrain. Le responsable doit pouvoir endosser un rôle de tampon et d'explication auprès des partenaires afin d'aider le médiateur à tenir les limites de son cadre d'intervention. En effet, le métier étant encore en construction, le médiateur doit être en capacité d'expliquer sa posture, les limites de sa fonction de tiers, qui ne se substitue pas et qui ne concurrence pas les autres corps de métier. Du fait de la marginalisation des publics que les médiateurs peuvent accompagner et de l'ampleur des besoins auxquels font face les professionnels (travailleurs sociaux ou acteurs de santé), dont le métier est de prendre en charge les personnes, des partenaires opérationnels ou des institutions demandent parfois à la médiation d'agir en tant qu'offre d'accompagnement social, de soins ou de prévention. Ce qu'elle n'est pas !

Il est questionnant de voir, par exemple, un médiateur qui, en place d'un travailleur social, assure l'ouverture de droits sociaux liés à la santé. Cela ne devrait pas être son rôle. Nous pouvons formuler la même mise en garde

lorsque le médiateur est sollicité comme interprète et que les structures partenaires ne mobilisent pas l'interprétariat professionnel.

Le médiateur est un intermédiaire neutre qui s'assure que les publics et les acteurs de santé puissent communiquer directement et adhèrent librement à la relation qu'il cherche à faciliter. Il doit donc toujours être en mesure de faire valoir les demandes et préoccupations des personnes. Il n'a pas comme rôle de faire en sorte qu'une action de santé publique ou de prévention se déroule sans aucune négociation ou adaptation pour le compte d'un partenaire de santé. Tout comme il ne peut être tenu responsable si les populations ne se conforment pas à certains fonctionnements. C'est pour cela que nous sommes alertés lorsqu'il est mis en première ligne ou chargé seul d'animer une sensibilisation dans le cadre d'actions de dépistages ou de vaccination, car il n'est ni soignant ni professionnel de santé.

Par ailleurs, il nous semble déterminant de permettre au médiateur d'avoir une place dans le cadre des réunions partenaires et institutionnelles, voire même dans la construction et l'entretien du réseau partenarial. Acteur de terrain, le médiateur doit pouvoir faire valoir son expertise et témoigner des situations vécues des personnes. Dans ce cadre, l'idéal serait même d'avoir les personnes, premières concernées, autour de la table. L'enjeu est de permettre au médiateur d'exercer la richesse et la diversité des missions du métier.

Un point de vigilance important est le volume de travail. Depuis ce matin, nous parlons notamment d'épuisement et de turnover. Il est très important de penser au bien-être au travail des médiateurs et ce bien-être doit prendre en compte le cadre et les conditions pratiques. Pour cela, il faut penser à limiter l'étendue du terrain d'intervention, ce qui implique de limiter le nombre de personnes que le médiateur accompagne. À l'occasion du colloque il y a quatre ans, l'une des bonnes pratiques mises en avant était le travail en binôme, afin de lutter contre l'isolement sur le terrain. Toutes ces mesures ne feront qu'augmenter la qualité de notre travail. Ce sont des conditions qui permettent la régularité et la proximité des liens avec le public ainsi qu'avec les partenaires. Nous gagnerons beaucoup en efficacité.

Deuxièmement, nous voulions revenir sur des conditions d'appui qui sont liées à l'échelle nationale du programme.

Nous avons eu la possibilité d'avoir des temps d'analyse de la pratique, animés par un psychologue. Cette supervision a été pour nous la possibilité de faire groupe, d'être mis en situation de porter des enjeux collectivement, comme d'autres corps de métier. Au-delà de la poursuite du programme, nous aurions tout intérêt à nous rapprocher des acteurs de la médiation sociale.

Dans le cadre du programme national par ailleurs, nous avons bénéficié d'une formation initiale et de formations continues complémentaires, sur la posture de médiation, l'écoute, la relation d'aide et d'autres questions liées aux droits sociaux et à la santé. Il serait important de prêter attention à ce que les cadres de formation n'excluent pas les médiateurs pairs dont la légitimité repose justement sur les savoirs issus de leurs expériences de vie.

Intégrer ce programme nous a permis également de bénéficier de temps d'échanges de pratiques. Nous avons pu élaborer un certain nombre d'outils, notamment une mallette de prévention en santé adaptée. Cette mutualisation des ressources permet d'avancer sur bien des questions. Ces espaces devraient être accessibles aux médiateurs pour qu'ils puissent se rencontrer. Il faut les construire là où ils n'existent pas. Le soutien d'une coordination nationale est utile pour accompagner le cadre et les outils nécessaires à ce travail de médiation.

En conclusion, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour la reconnaissance de ce "pseudo" nouveau métier, pour considérer le médiateur en santé comme un acteur légitime de la santé primaire et pour qu'il existe un réel accès universel à la santé. Cela se répercute sur les conditions dans lesquelles la collaboration avec les soignants se passe. Aujourd'hui dans notre pratique, nous nous rattachons à la Charte de référence de la médiation sociale. Nous nous référons à ses valeurs et déontologie de neutralité, de libre consentement et d'adhésion, de respect des droits fondamentaux des personnes. Tout cela nous guide, mais ce n'est pas toujours suffisant ou compris par les personnes et partenaires qui nous interpellent.

À l'inverse, le manque de moyens et de temps dans la prise en charge des usagers, empêche parfois des intervenants sociaux et soignants de s'interroger sur la déontologie et le rôle du médiateur qui légitime sa présence dans la situation ou consultation.

La médiation en santé est un formidable outil de lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins et les inégalités sociales de santé. Nous sommes l'huile dans les rouages quand ils sont grippés. Les médiateurs peuvent être pensés comme des acteurs du changement social.

Nous ne changerons pas les choses tout seuls. Il y a une multitude d'acteurs. La médiation n'est pas l'unique réponse. Elle n'est pas la panacée mais elle fait partie intégrante de cette réponse. Donc oui, allez-y, ça marche !

RECONNAISSANCE POLITIQUE ET PROFESSIONNELLE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

La reconnaissance de la médiation en santé et sa professionnalisation amènent les acteurs du débat, à réinterroger le sens même de la médiation ainsi que les contours de son unité. Cette partie vient éclairer des positions diverses quant aux raisons et aux conditions dans lesquelles la médiation devrait ou pourrait se spécialiser dans un champ d'action tel que la santé.

Cela renvoie par ailleurs, aux exigences en termes de formation. Un des principaux points de vigilance qui émergent est la manière dont la médiation parviendra à demeurer un processus issu de la société civile.

Les interventions qui suivent viennent également interroger la construction et la nature des “référentiels de compétences, de bonnes pratiques et de formation” inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé (loi n°2016-41). La question est posée de leur articulation avec la reconnaissance de la médiation sociale qui est en marche.

Ces pages mettent en lumière la construction d'une formation universitaire en médiation en santé, ainsi que les avancées institutionnelles en cours pour la reconnaissance de la médiation sociale et de la médiation en santé.

1- UN PROJET DE FORMATION DE MÉDIATION EN SANTÉ À L'UNIVERSITÉ PARIS XIII

NICOLAS VIGNIER PRATICIEN HOSPITALIER, GROUPE HOSPITALIER SUD-ÎLE-DE-FRANCE ET COREVIH ÎLE-DE-FRANCE EST,
ÉQUIPE DE RECHERCHE EN ÉPIDÉMIOLOGIE SOCIALE (IPLESP, UMRS 1186), UNIVERSITÉ PARIS 13

Le COREVIH (Comité Régional de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH) IdF, est concerné par les questions de médiation à travers l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH, la promotion du dépistage de l'infection par le VIH et la prise en charge médico-sociale de cette pathologie suite à une annonce de diagnostic.

Le COREVIH IdF Est a fait un état des lieux de la médiation en santé sur la région Île-de-France en 2015. Voir "La Place de la médiation : vers une reconnaissance ?" [Compte-rendu de la soirée migrants et VIH du 27 octobre 2015, COREVIH Ile de France Est](#). Celui-ci révélait qu'une partie des médiateurs, impliqués dans l'accompagnement des personnes migrantes vivant avec le VIH, était concernée par l'infection par le VIH mais ne se définissait pas pour autant par ce prisme. Il s'agissait le plus souvent de salariés associatifs, ayant parfois eux-mêmes été en situation de précarité, et souvent recrutés dans le cadre de contrats aidés à durée déterminée. Un certain nombre de ces médiateurs avaient suivi la formation de l'IMEA dans les années 2000 et en gardaient un excellent souvenir. Bien qu'elle se soit par la suite arrêtée, la formation proposée par le programme de l'IMEA avait permis la qualification de cent-cinquante personnes.

Aujourd'hui, l'offre de formation spécifique à la médiation dans le champ de la santé étant assez pauvre, nous avons jugé utile de nous impliquer sur cette question. La "commission migrants" du COREVIH Île-de-France Est, qui est pilotée par le Pr Olivier Bouchaud et composée de différents membres associatifs et professionnels, s'est mise autour de la table en ce sens.

Dans le contexte d'arrivée de la loi de santé avec la reconnaissance officielle de la médiation, nous avons décidé de nous investir dans un projet de création d'une formation. En 2015, le COREVIH IdF Est a été nommé pilote de l'action régionale (Inter-COREVIH) pour la "promotion de la place de l'accompagnement et de la médiation en santé en amont et en aval du dépistage pour la population migrante", dans le cadre de la démarche de contractualisation avec l'ARS Île-de-France. Il œuvre depuis au développement de cette thématique. La formation médiation fait ainsi, partie intégrante de l'action 4 inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens 2016-2017 du COREVIH avec l'ARS.

Nous avons élaboré une formation qui aborde à la fois les questions de médiation, de posture mais aussi les questions relatives à la santé publique, à la relation d'aide. La médiation en santé ne sera pas abordée de manière restrictive au VIH, puisque différentes thématiques de santé seront abordées. Il s'agit d'une démarche co-construite qui part d'un diagnostic partagé, et qui prévoit une évaluation sur les modalités et la qualité d'accompagnement des associations en amont et en aval de la formation.

Cette formation a pris la forme d'un diplôme inter-universitaire "Médiation en santé" qui se déroulera à l'Université Paris 13. L'objectif de cette formation est d'acquérir des compétences en médiation et en santé, et de développer des aptitudes et un savoir-être permettant de jouer efficacement le rôle d'interface. La formation théorique reposera sur des cours magistraux et des ateliers pour une durée cumulée de 188 heures (six semaines), abordant un panel large de thématiques (pathologies chroniques dans leur ensemble, santé publique, organisation du système sanitaire, social et médico-social, anthropologie sociale et culturelle, droit et communication). Cette formation théorique sera complétée par une formation pratique (rencontres d'acteurs de terrain, débats, stages) sur le processus de médiation, la communication et la valorisation de l'activité (70 heures de stage, soit deux semaines). Au total, le DU correspondra à huit semaines de formation.

Comme d'autres DU, nous prévoyons de former environ vingt-cinq personnes chaque année. Hormis la non-maîtrise de la lecture et de l'écrit en français, qui pourraient être des freins dans l'accès à la formation, nous ne prévoyons pas de fixer de critères de niveau d'entrée. Le comité pédagogique sera chargé d'examiner les candidatures. Il sera attentif à la motivation du candidat et à la manière dont cela s'inscrit dans son parcours professionnel et/ou personnel.

La formation a vocation à être ouverte aussi bien à des médiateurs en exercice qu'à des personnes qui désireraient s'orienter vers ce métier, à savoir des intervenants associatifs, des professionnels du secteur médico-social ou tout autre candidat.

Enfin, pour résoudre le problème de la viabilité financière de cette formation, nous espérons, avec l'aide du COREVIH, pouvoir financer certains de ces étudiants via l'attribution de bourses.

2- VERS UNE RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE DE LA MÉDIATION SOCIALE PAR L'ADOPTION D'UNE NORME MÉTIER

LAURENT GIRAUD DIRECTEUR DE FRANCE MÉDIATION

France Médiation a été créée entre 2007 et 2008 pour fédérer tous les acteurs de la médiation sociale, dans l'idée, non pas de figer ni de rigidifier les pratiques mais de leur donner un cadre de référence et des valeurs communes. La médiation sociale est née de la société civile dans les années 1980, plus particulièrement des femmes issues des quartiers d'habitat social et de l'immigration, qui s'appuyaient sur leur propre parcours de vie et leur connaissance des modes de vie des publics. Leurs premières missions se sont organisées autour du décodage culturel auprès des populations immigrées, mais également des familles en situation d'exclusion sociale et économique et en perte de repères, pour prévenir les différends liés à des codes sociaux et/ou culturels et pour favoriser la compréhension mutuelle.

Dans le même temps, face à l'insécurité grandissante dans les quartiers prioritaires, les pouvoirs publics, les collectivités locales et certaines sociétés de transport ou de bailleurs sociaux ont, de leur côté, recruté des jeunes issus des quartiers et ayant la capacité d'intervenir auprès des groupes de jeunes.

Malgré des problèmes de positionnement, un manque de formation et parfois d'encadrement, les premières expérimentations, renommées abusivement période des "Grands frères", ont jeté les premières bases de ce métier en pleine structuration et reconnaissance.

Le métier a commencé à se structurer dans les années 2000 avec la définition de Créteil. La France, alors présidente de l'Union européenne, a organisé un colloque lors duquel quarante-trois experts ont donné la première définition de la médiation sociale. En 2001, la charte de déontologie de la médiation sociale vient conforter le cadre de la médiation sociale et les formations vont progressivement se développer. [Voir la Charte de référence de la médiation sociale, issue du groupe de travail dédié aux emplois dits "de médiation sociale", visé par le comité interministériel des villes le 1^{er} octobre 2001.](#)

Il y a deux ans, tous les réseaux de la médiation sociale – LaFédé, France Médiation, l'union des PIMMS, la fondation FACE, le réseau des correspondants de nuit - ont souhaité travailler ensemble à l'élaboration d'une norme expérimentale métier — [Voir plus d'informations sur la norme AFNOR, sur le site de France Médiation.](#) qui ne soit pas réglementaire mais volontaire. Cette norme reprend la définition de la médiation sociale, le cadre déontologique ainsi que la question des

compétences et de la formation. Nous avons également réussi à élaborer un cadre d'intervention commun à toutes les interventions en médiation sociale.

Quatre enjeux principaux président à cette norme.

Il s'agit premièrement de conforter l'action des médiateurs. Nous souhaitons effectivement assurer une véritable reconnaissance métier des médiateurs, et cela passe par le cadre de référence. Le deuxième enjeu est la structuration professionnelle. En effet, la norme expérimentale contribue à une harmonisation des pratiques et à la structuration de l'identité professionnelle. Elle répond à ce besoin de clarification sur la définition du statut, du professionnalisme, du métier, des conditions d'exercice du médiateur social et de son articulation avec les autres métiers. Le troisième élément est de garantir la qualité de la gouvernance, ce qui est une étape essentielle dans la consolidation et le développement de structures de médiation sociale. La norme expérimentale constitue une étape essentielle de la professionnalisation des structures de médiation sociale, en ce qu'elle permet d'améliorer leur organisation, de valoriser le métier et les activités, de mesurer plus justement les réussites et les progrès ou de démontrer à l'ensemble des commanditaires la volonté des acteurs de s'engager dans une médiation professionnelle. Le dernier enjeu consiste à soutenir l'innovation sociale. Nous savons que la pertinence et l'utilité de la médiation sociale résident dans sa diversité et dans sa capacité d'innovation. Il n'était pas question de fixer un cadre dont il ne faudrait pas sortir, mais plutôt de rassurer les médiateurs et médiatrices sur un périmètre d'intervention. Les cinq réseaux qui ont participé à la commission de normalisation et à l'élaboration du texte de la norme, travaillent actuellement à l'élaboration du référentiel de certification des organisations. Il s'agit d'une démarche de progrès, qui vise à améliorer la qualité du service rendu par les structures de médiation sociale aux populations. Ce référentiel sera prêt fin janvier 2017. Il fait l'objet de nombreux débats.

Ce cadre normatif a vocation à réunir toutes les formes de médiation. Nous plaçons pour que la médiation en santé rejoigne le cadre de la médiation sociale. Nous parlons d'ailleurs de "médiation sociale dans le secteur de la santé", qu'illustre par exemple, le travail engagé pour la prévention et l'accès aux soins de nombreuses médiatrices sociales et culturelles aujourd'hui.

D'autre part, il nous semble absolument nécessaire que les médiateurs puissent être formés à l'exercice du métier. Nous sommes en réflexion pour élaborer un tronc commun de formation pour l'ensemble des médiateurs sociaux. Cela pourrait prendre la forme d'une formation "cœur de métier" à hauteur de 50% sur les fondamentaux de la médiation sociale. Le reste du temps serait consacré aux spécificités des domaines où les médiateurs interviennent : la santé, l'éducation ou le logement.

Enfin, nous avons été auditionnés par Mme Bourguignon avec Bénédicte Madelin, qui est présidente de LaFédé, sur la place de la médiation dans la refonte des formations du travail social. Il s'agissait d'une véritable révolution du travail social puisque les quatorze diplômés du travail social devaient être refondus en un seul diplôme comportant un tronc commun à hauteur de 50%, 40% avec des spécialités, en particulier l'accompagnement socio-éducatif et le développement social local. Nous avons proposé que la médiation sociale puisse être l'une de ces spécialités.

Les préconisations élaborées par Mme Bourguignon ne reprennent pas notre proposition et la médiation sociale n'a pas trouvé sa place dans cette réforme. Il y a toutefois des avancées car la médiation sociale a obtenu un siège au Haut Conseil du Travail Social. La reconnaissance politique de la médiation sociale sera également marquée par son inscription dans le Code de l'action sociale et des familles à travers l'article 67 de la loi Egalité et citoyenneté.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

JULIEN PERRIN INCITTÀ, PLATEFORME ASSOCIATIVE À MARSEILLE | **DIDIER MÉNARD**

J. PERRIN | L'Association InCittà a participé au travail d'évaluation et d'accompagnement de la médiation en santé à Marseille.

J'aimerais savoir de quelle façon il serait possible d'envisager de placer les formations de médiation en santé dans le continuum d'autres professions (travail social, professions de santé, secteur de l'intervention en santé publique). Par exemple, dans le rapport Bourguignon concernant la refonte du travail social, il est question d'inscrire la médiation sociale dans un ensemble de professions et d'en faire, d'une certaine manière, le socle de réflexion à partir duquel le travail social pourrait se refonder.

D'autre part, des infirmières occupent aujourd'hui des postes repérés comme médiatrices de santé. Que deviennent-elles dans une optique de rapprochement avec la médiation sociale ?

D. MÉNARD | Dans ce cas, la norme peut apporter un cadre rassurant et un statut

de droit commun à la médiation, il s'agit d'un point positif. Il faut tout de même être très vigilant au moment de l'évaluation. Une attention sera nécessaire pour que la norme ne soit pas un facteur d'enfermement et que ce soient la diversité et la richesse de la médiation qui apparaissent en premier. Là où passent les médiatrices, elles mettent en difficultés les professionnels parce qu'elles leur renvoient un certain nombre de questionnements qui sont en général tus. Lorsque la médiatrice met en valeur les incompétences des professionnels, bien souvent la personne va s'en défendre dans un premier temps : "Mais vous êtes qui vous ?" – "Je suis celle qui vient vous donner la chance de progresser. Je suis celle qui vient parce que j'ai une légitimité citoyenne."

Si nous cassons par la norme cette richesse, cette capacité, cette volonté, et bien nous mettrons en péril la médiation.

3- LE TRAVAIL DE RÉFÉRENTIELS DÉDIÉS À LA MÉDIATION EN SANTÉ PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MAGALI COGNET ET AGATHE DOUTRIAUX SERVICE ÉVALUATION ÉCONOMIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, AUTORITÉ SCIENTIFIQUE INDÉPENDANTE DE L'ÉTAT

Dans le cadre de l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016, la Haute Autorité de Santé s'est vue confier la mission d'élaborer un "référentiel de compétences, de formations et de bonnes pratiques définissant et encadrant le recours à la médiation en santé et à l'interprétariat professionnel afin d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes qui sont éloignées des systèmes de santé en prenant en compte leurs spécificités". Nous travaillons sur ces deux référentiels qui sont bien distincts. Nous nous référons à la médiation pour les personnes qui sont éloignées du système de santé, distincte de la médiation au sein des hôpitaux en cas de conflits.

L'objectif de ces référentiels n'est pas de professionnaliser le médiateur en santé, ni de créer un référentiel métier. Il s'agit d'encadrer les missions de médiation en santé, de recenser les compétences, le socle minimal de formation attendu mais aussi de sensibiliser les professionnels de santé, les institutions à la médiation en santé et de donner un éclairage au niveau national à tous ces travaux portés par les associations depuis vingt ans.

Il s'agit également de pouvoir expliquer, avec des mots simples, à quoi sert la médiation en santé. Nous avons entendu dans une intervention précédente, qu'il s'agissait d'un outil de lutte contre les discriminations dans l'accès au système de santé. Il est important que cela soit écrit noir sur blanc par la Haute Autorité de Santé et que l'on vise, à travers le processus de médiation en santé, un impact sur le non-recours et les retards de soins.

La méthodologie que nous employons aujourd'hui pour élaborer ces référentiels est d'abord une revue de la littérature scientifique systématique en France et à l'étranger, mais surtout de la littérature grise comprise dans les rapports des différentes associations, ONG et projets qui ont été portés par des institutions. Nous organisons des réunions et des entretiens avec les parties prenantes, c'est-à-dire avec les personnes qui sont investies dans ces pratiques depuis des années, pour comprendre les enjeux, les difficultés et ce qui est attendu. Dans ce cadre-là, nous avons rencontré des personnes des administrations, de la Direction Générale de la Santé, du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires, des personnes des ARS, des établissements de santé, le Comede, des collectivités territoriales, des ASV, des médiateurs rattachés à des mairies mais surtout des associations.

Concernant le contenu des référentiels en cours d'élaboration, nous avons décidé de faire un état des lieux des pratiques de médiation en santé en France, dans lequel nous ferons ressortir la multiplicité des activités mais aussi un socle commun des pratiques existantes. Nous décrirons également les différents profils des médiateurs qui travaillent. Il y a effectivement parmi ces derniers, des médiateurs pairs, des acteurs de santé ainsi que des médiateurs issus du monde social.

Nous reviendrons sur les termes, la définition de la médiation en santé et ce en quoi elle se distingue de la médiation sociale. Nous évoquerons les compétences techniques, les savoir-faire ainsi que les compétences relationnelles et sociales. Le socle commun de la formation sera présenté, en s'appuyant notamment sur la formation de l'IMEA qui s'est tenue dans les années 2000.

Dans le chapitre des bonnes pratiques, nous indiquerons des éléments de déontologie qui sont portés par la médiation plus généralement, puisqu'il n'en existe pas aujourd'hui qui soient spécifiques à la médiation en santé. Ces référentiels expliciteront également les axes d'intervention de la médiation en santé, en distinguant les actions individuelles et collectives et en présentant la mise en place des partenariats locaux.

Au cours des différents échanges que nous avons eus avec les parties prenantes et également l'analyse de la littérature, nous avons pointé plusieurs enjeux :

Le premier enjeu est l'articulation entre la médiation en santé et l'interprétariat linguistique. Nous avons la chance que ces deux items soient mentionnés distinctement dans l'article 90 de la loi. Leurs référentiels vont pouvoir être créés en parallèle, nous permettant de faire des ponts et de clarifier les distinctions entre l'interprétariat et la médiation. Au cours de nos différents échanges, avec des médiateurs notamment, nous avons constaté que ces derniers pouvaient être utilisés comme interprètes et que ce qui leur était demandé pouvait dépasser le champ de leur fonction.

Le deuxième enjeu est l'articulation entre la médiation sociale et la médiation en santé. Il nous a été dit que la médiation en santé s'inscrivait dans l'héritage de la médiation sociale. La question que nous nous posons aujourd'hui est de

savoir si l'on peut utiliser les documents qui ont été créés dans le cadre de la médiation sociale et s'ils peuvent correspondre à la médiation en santé.

Le troisième enjeu est la délimitation des missions des médiateurs. Certains nous ont remonté être amenés à faire davantage un travail d'écrivain public ou qui se rapproche de l'éducation thérapeutique. Les missions d'alerte sanitaire ont également été remontées ainsi que des missions d'accompagnement assez longues, pouvant ne pas correspondre du même coup, aux missions temporaires et d'interface attendues des médiateurs. Dans le référentiel, nous tenterons de clarifier le socle commun des missions des médiateurs tout en laissant une ouverture.

Enfin, un enjeu concerne le statut précaire des médiateurs en santé, l'importance du travail en réseau et des partages d'expériences pour éviter l'isolement. Nous avons évoqué la création de binômes de médiateurs et également l'importance de l'analyse de la pratique.

Nous prévoyons la finalisation d'une première version des référentiels d'ici la fin de l'année 2016. Nous l'enverrons dans un premier temps à un groupe de parties prenantes réduit. Par la suite, nous mettrons ce document en ligne sur le site de la HAS fin janvier pour une consultation publique. Tout le monde sera donc en mesure de faire des commentaires et remarques. Nous espérons diffuser la version finale au printemps 2017.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

MICHÈLE GUILLAUME-HOFNUNG PROFESSEURE DE DROIT ET RESPONSABLE DU DIPLÔME UNIVERSITAIRE "LA MÉDIATION" À PARIS 2 | **MAGALI BRICHET**

M. GUILLAUME-HOFNUNG | Pour la médiation, le fait que le médiateur aborde le stade de sa professionnalisation est l'étape de tous les dangers. C'est l'étape possible de la perte du sens de la médiation et de son unité fondamentale. L'identité du médiateur est qu'il fait de la médiation. Quand on réfléchit maintenant à la professionnalisation, non pas du médiateur, mais du médiateur en santé, on franchit un cap supplémentaire de danger, qui est l'atomisation du sens.

Au fond la question qui se pose est : l'adjectif qualificatif peut-il altérer le substantif, et donc la substance ? Professionnaliser la médiation, pour qui ?

Pour quoi ? Comment ? Et quand ? Plus tôt dans la journée de ce colloque, une médiatrice a dit "La médiation est en construction".

Elle a raison et cela doit nous inciter à la prudence. Je vais paraphraser Clausewitz, qui disait que l'on n'envahit pas un pays en révolution. La question que je pose est, doit-on professionnaliser un métier en construction ? Ne va-t-on pas le figer ?

Il est incontestable que la médiation a surgi de la société civile. Il est incontestable aussi, que le sens de toutes ces pratiques est la médiation et qu'il n'est pas possible de penser la médiation autrement que dans son unité fondamentale. L'unité fondamentale de la médiation ne demande-t-elle pas d'être abordée en interministériel plutôt que dans le cadre de ministères spécifiques ? Comment les référentiels vont-ils s'articuler aux normes existantes ? – sachant que les référentiels n'ont jamais la précision des critères.

La Haute Autorité de Santé a posé la question de l'articulation entre la médiation sociale et la médiation en santé. En 2000, lorsque le gouvernement m'a donné mandat de coordonner le travail de définition de la médiation sociale, j'avais indiqué dès le début des discussions qu'il serait important que nous réfléchissions à l'aptitude de la définition à valoir quel que soit le secteur d'application. La définition de Créteil a bien été pensée dans l'unité fondamentale de la médiation. L'adjectif qualificatif "sociale" n'ayant qu'un statut de rameaux, enrichissant éventuellement, mais jamais dérogoire et toujours respectueux du tronc commun.

Il en a été de même pour la déontologie du médiateur : j'avais proposé en 2003, dans le cadre du Conseil national consultatif de la médiation familiale de la structurer autour de deux critères de la médiation, à savoir le processus et le médiateur. Proposition que je repris en 2005 au sein du groupe présidé par Madame Nelly Olin, dans le cadre du programme 18 du Plan de cohésion sociale "Professionnaliser la médiation sociale", et qui fut suivie par les associations de médiation sociale, puis lors de la rédaction du Code national de déontologie du médiateur de 2009 — Voir sur le site de l'Association Nationale des Médiateurs (ANM). Il m'a paru indispensable que les mêmes critères structurent tant les définitions de la médiation que les principes déontologiques des divers secteurs de la médiation. Il serait dommage d'atomiser les professionnalisations.

La formation est une étape primordiale, qui doit venir en premier. En tant que formatrice, je peux affirmer qu'on ne passe pas d'un métier à un autre sans faire une révolution copernicienne. La posture du médiateur est vraiment très spécifique. C'est pourquoi je préférerais le terme de critères à celui de référentiels pour la définir. Le médiateur est tiers, impartial et neutre. La neutralité est

ce qu'il y a de plus difficile à atteindre puisqu'il s'agit de fonctionner sans pouvoir. La puissance de la médiation vient de l'absence de pouvoir du médiateur, et ces notions ne sont pas abordées dans les autres formations initiales du secteur sanitaire et social.

M. BRICHET | La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a transféré aux Régions la responsabilité des formations sanitaires et sociales. Au regard des nouveaux métiers dans le domaine de la médiation en santé, se pose la question de savoir comment la Haute Autorité de Santé proposera l'organisation de la formation initiale (et professionnelle). Il s'agit également de connaître les modalités de gestion de financement de ce type de formations dans cette période de raréfaction des financements publics.

Pour avoir une vision plus précise de l'existant, il serait par ailleurs intéressant de répertorier les différents types de médiateurs à l'échelle d'une région. Sur le long terme, il s'agirait également d'identifier une grille indicielle pour connaître la juste rétribution d'une personne missionnée sur des actions de médiation en santé.

CONCLUSION

LAURENT EL GHOZI

Évidemment la médiation sociale, en santé, n'est pas une baguette magique qui changera le monde dans lequel nous vivons, mais elle contribue nécessairement au combat qu'il faut mener pour une société plus juste et plus égalitaire. Or, chaque loi, chaque décision au niveau local des décideurs et élus politiques, a un impact sur la santé des populations, réduisant quelques fois les fragilités.

Il faut que nous nous saisissons de la loi de modernisation de notre système de santé qui va dans le bon sens. Il y a certes l'article 90 qui concerne la médiation et l'interprétariat, mais il y a également des avancées quant à la prévention, le parcours éducatif en santé, la priorité donnée à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et la question des déterminants de santé avec la notion nouvelle d'exposome. La médiation en santé peut également se rapprocher de la démocratie en santé évoquée dans la loi, dans la mesure où elle permet que la parole des populations les plus éloignées des soins, de la prévention voire des droits, puisse être entendue.

Nous devons nous saisir des avancées de cette loi quant à l'organisation du système et y inscrire la médiation en santé. Il s'agit par exemple des communautés professionnelles territoriales de santé qui doivent regrouper les professionnels libéraux sur un territoire en lien avec l'hôpital, les professionnels du social et du médico-social. Il s'agit également des futures plateformes territoriales d'appui aux professionnels de santé, principalement destinées à la résolution ou la meilleure prise en charge des situations complexes.

Certes, la médiation ne relève pas d'une décision administrative, elle est issue du mouvement social, citoyen et militant et répond à des besoins rencontrés. À travers les échanges entre acteurs de la médiation, nous constatons qu'il existe une tension entre la mise en place d'un cadre, qui peut être limitant, et l'impératif de souplesse, d'adaptation au public. Les publics ne sont pas les mêmes, les territoires et les partenaires non plus. Il y a une nécessaire inventivité de la médiation à préserver.

Pour autant, un cadre clair et protecteur est requis pour que les médiateurs et médiatrices puissent travailler, en sécurité, contre les discriminations et lutter contre les inégalités. Nous affirmons l'exigence d'une formation qui comprenne

la posture de médiation, l'approche de l'aller-vers, et qui permette de faire le lien entre les institutions, les professionnels, les publics. Se posent alors les questions du socle commun, de la place des médiateurs, du profil de ceux et celles qui pourront avoir accès à ces formations pour tenir compte à la fois des compétences expérientielles et universitaires. La médiation est avant tout une question de posture et il faut s'être complètement "retourné" sur ses propres pratiques, les avoir suffisamment interrogées pour être susceptible de la pratiquer avec succès.

L'un des objectifs de la création du Programme National de Médiation Sanitaire était de faire collectif en réunissant un certain nombre d'associations porteuses et leurs médiateurs. L'étape expérimentale a été réussie et le programme, dans sa phase suivante, évalué positivement. Nous devons à présent élargir ce travail en commun afin qu'il y ait une mutualisation plus large des outils et du plaidoyer avec des professionnels provenant d'autres structures engagées dans la médiation en santé, pour faire évoluer la loi et les pratiques ou encore peser sur l'élaboration de référentiels.

PROGRAMME DU COLLOQUE

PARIS, LE 12 - 12 -2016 - 6 RUE ALBERT DE LAPPARENT - SALLE ASIEM

“MÉDIATEUR(E)S EN SANTÉ : UNE APPROCHE RECONNUE, UN MÉTIER À PROMOUVOIR”

9H30 OUVERTURE PAR LAURENT EL GHOZI

10H TABLE RONDE MODÉRÉE PAR LAURENT EL GHOZI

“L'expérience du Programme National de Médiation Sanitaire en direction d'habitants de bidonvilles et de gens du voyage en précarité”

- L'aller-vers, axe fort de la médiation santé dans le contexte du programme AREA
- Partenariat avec le droit commun pour améliorer la prise en charge de la santé infantile MÉDECINS DU MONDE À MARSEILLE
- La médiation en appui à la prise en charge de situations de santé complexes RAGV76
- Les motivations à financer la médiation sanitaire dans le cadre du Plan Régional de Santé ARS NORMANDIE
- Résultats et recommandations de l'évaluation du programme NOVASCOPIA

11H45 TABLE RONDE MODÉRÉE PAR EMMANUELLE JOUET

“Les médiateurs en santé : tour d'horizon de différents contextes d'intervention et approches”

- La médiation au sein d'un centre de santé communautaire LA PLACE SANTÉ, ACSBE
- Des médiateurs pairs de santé pour aller-vers dans les quartiers politique de la ville DIRECTION SANTÉ PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENTALE, GRENOBLE
- Des médiateurs pairs en santé mentale en institutions de soins PROGRAMME DU CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS (CCOMS)
- Médiateur pour appuyer la prise en charge de maladies à risque épidémique SERVICE DE PRÉVENTION DES ACTIONS SANITAIRES DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU 93

PROJECTION

“Notre plomb quotidien”

Fabrizio Scapin pour AFVS (association des familles victimes du saturnisme)

14H30 OUVERTURE PAR PASCAL REVAULT, COMEDE

14H45 TABLE RONDE MODÉRÉE PAR BÉNÉDICTE MADELIN

“Les freins à lever pour accompagner de nouveaux porteurs de projets de médiation en santé”

- Un ASV en appui au cadre et rayonnement de la médiation en santé sur son territoire GIP POLITIQUE DE LA VILLE MARSEILLE
- Un cabinet libéral de médecine générale mobilisé pour développer la médiation en santé dans un quartier défavorisé DR LECOMTE, LE MANS (72)
- Points d'appui pour exercer la fonction de médiateur santé dans le cadre d'un programme interassociatif MÉDIATEURS DU PNMS

15H45 TABLE RONDE MODÉRÉE PAR MICHÈLE GUILLAUME-HOFNUNG

“Avancées et attentes pour la reconnaissance du métier de médiateur en santé”

- Enjeux et plaidoyer pour la reconnaissance politique et professionnelle de la médiation sociale FRANCE MÉDIATION
- Une initiative pour proposer un cadre de formation spécifique : projet de Diplôme Universitaire (DU) “Médiation en Santé” COREVIH ÎLE-DE-FRANCE EST
- L'élaboration de référentiels sur la "médiation sanitaire" annoncés dans la loi de modernisation de notre système de santé HAUTÉ AUTORITÉ DE SANTÉ

PROJECTION

“Nos poumons, c'est du béton”

Collectif de femmes habitant sur une aire d'accueil des gens du voyage, à Hellemmes Ronchin (59)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier nos financeurs, tant pour le programme national financé par la Direction Générale de la Santé et Santé Publique France que pour cette journée de travail en commun pour laquelle ils nous ont apporté leur soutien. Je voudrais remercier les différentes ARS et collectivités territoriales qui financent localement les projets et les postes de médiateurs en santé, inscrits dans le cadre du programme. Fondation de France, DDCS de l'Hérault, ARS et Conseil Régional d'Île-de-France, ARS des Hauts-de-France, ARS Normandie, ARS et Conseil Régional des Pays de la Loire, Commune de Nantes, ARS et conseil départemental et régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Rhône-Alpes Auvergne et DDCS du Rhône.

Je remercie également les membres de ce programme et tous nos partenaires. Je voudrais saluer l'investissement de tous les intervenants pour cette journée de colloque, et remercier les personnes qui se sont prêtées au jeu de la modération : Michèle Guillaume-Hofnung, Emmanuelle Jouet et Bénédicte Madelin.

Merci enfin, à vous tous, participants dont je souhaite souligner la diversité : professionnels du soin (libéraux et hospitaliers), structures généralistes du champ social, membres des administrations centrales DGS, CGET, Santé Publique France, HAS, Défenseur des droits et des administrations déconcentrées, nombreuses collectivités territoriales, chercheurs et formateurs.

Nous vous remercions de votre présence, de votre soutien, témoins, s'il en était besoin, de la plus-value de la médiation en santé, pour les publics certes, et d'abord pour les

publics, mais aussi pour les professionnels de santé, pour les collectivités et les institutions publiques.

LAURENT EL GHOZI

Le Programme National de Médiation Sanitaire souhaite adresser un remerciement chaleureux et singulier à toutes les personnes qui ont contribué à son déploiement : Au Collectif National Droits de l'Homme CNDH Romeurope, Chloé Faouzi et Alexandre Leclève, à la Fondation Abbé Pierre et aux équipes de Médecins du Monde France, Farid Lamara et Michèle Mézard, qui, avec Stéphane Lévêque, alors directeur de l'AŠAV 92, ont initié le programme au travers du travail de préfiguration dès 2009.

Aux personnes des administrations centrales et déconcentrées, qui ont apporté leur soutien et expertise à la construction et au développement du programme : Didier Berliet ARS Pays de la Loire, Christine César Impes, Isabelle Chabin Gibert ARS Île-de-France, Claire Cossée CNRS, Sylvie Germain DGS, Nathalie Goyaux DGS, DIHAL et Catherine Richard SG-CIV.

Aux structures porteuses des projets locaux, et très sincèrement aux responsables engagés dans la mise œuvre et le suivi quotidien des actions : Céline Bendif, Julien Châtelain, Christine Nieuwjaer et Patrick Vigneau pour le dispositif Aréas de La Sauvegarde du Nord ; Catherine Vasseaux pour l'AREA ; Luc Magistry et Joseph Rustico pour l'AŠAV ; Cécile Coutant pour Les Forges ; Paola Baril, Laure Courret et Aurélie Neveu pour Médecins du Monde à Lyon ; Laurie Bertrand et Dominique Haezebrouck

pour Médecins du Monde à Marseille ; Nathalie Godard et Livia Otal pour Médecins du Monde Saint-Denis ; Florence Batori, Najat Lahmidi, Dorinela Lucas et Aurore Perrin pour Première Urgence Internationale ; Sylvaine Devriendt et Catherine Frapard pour Médecins du Monde à Nantes ; Audrey Kartner et Mathieu Quinette pour Médecins du Monde France ; Muriel Leroux et Gisèle Sawada pour le Relais Accueil Gens du Voyage 76 ; Adèle Dumontier pour Roms Action ; et Odette Da Silva et Marianne Meny pour SOLIHA.

Au groupe des médiateurs en santé, pour leur travail continu et innovant et l'énergie qu'ils ont consacrée à la mutualisation et la reconnaissance du métier depuis 2011 : Roxana Albu, Elsa Andrieux, Luminita Baci, Simina Balan, Gabriela Bica, Fanny Bordeianu, Jeanne Bureau, Gratiela Butaru, Luce Dal, Elena Dalibot, Audrey Desloriers, Martin Favreau, Lucile Gacon, Célia Guerin, Guillemette Hannebicque, Simona Iacob, Adina Iova, Sergiu Lacatus, Dorinela Lucas, Aline Malard, Laura Mocanu, Britta Oleinek, Claudia Pop, Miruna Popescu, Elena Steluta, Laura Sunda et Timothée Trompance.

Aux structures et aux professionnels qui ont partagé leur expertise et donné de leur temps pour les journées de formation des médiateurs : Association Charonne, AFVS (Association des Familles Victimes du Saturnisme), AŠAV, Comede, CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention Sida Île-de-France), Croix Rouge Française du 19^e arrondissement Paris, Espace Santé Insertion Pontoise, FIA ISM (Femmes inter associations inter service migrants), France Médiation, Gisti, Hôpital Avicenne de Bobigny, Institut Renaudot, ISM-Interprétariat, LaFédé, Médecins du Monde et

Planning Familial 75 ; à Anne-Claire Colleville, Hélène Delaquaize du Collectif des médiateurs en santé publique, Carinne Gomis, Nadia Faradji, Elisabeth Pilatre Jacquin, Dr Jean Maisondieu, Dr Amine Mokhtar, Martin Olivera, Olivier Peyroux, Antoaneta Popescu, Stéphane Tessier et à Stéphanie Estève-Terré ; ainsi qu'à Dominique Lhuillier pour l'animation des temps d'analyse de la pratique.

Aux associations membres de la Fnasat (Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage), qui se sont impliquées dans le développement de la médiation en santé en direction de publics voyageurs : AAGVNC 16, ADAPGV 86, ADAV, ADEPT 93, ADSEA 38 - service APMV, ADVG 17, ADVOG, AGVRC 16, ARTAG 69, Centre social Les Quatre Routes, Amitiés Tsiganes 54, dispositif Aréas de la Sauvegarde du Nord, CCAS 29, CCPS 31, Centre social d'Ici et d'ailleurs 24, Association Gadjé-Voyageurs 64, Centre social Les Alliers, Centre Social Le Chemin du Hérisson, La Rose des Vents service ADGV 77, Le Rocheton 77, RAGV 76, SAGV 65, Voyageurs 37 et Voyageurs 72.

Et un merci tout particulier à Stéphane Lévêque et au Docteur Jean-Claude Guiraud, respectivement directeur et animateur de la commission santé de la Fnasat. Aux équipes des bureaux d'étude Novascopia et G2C Conseils, qui ont porté l'évaluation externe au cours de ces quatre ans, Guy Cauquil, Catherine Gerhart, Yann Moisan, Ingrid Meunier et Khady Florent. À l'équipe de la coordination nationale portée par l'AŠAV, Elsa Andrieux, Lucile Gacon et Joséphine Teoran, ainsi qu'à la direction et la présidence de l'association pour leur investissement et persévérance dans ce projet, Laurent El Ghozi, Luc Magistry et Joseph Rustico.

ARS AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
CADA CENTRE D'ACCUEIL DE DEMANDEURS D'ASILE
CAE CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT DANS L'EMPLOI
CMU COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
COREVIH COORDINATION RÉGIONALE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION DUE AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE
CPTS COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ
CV CONTRAT DE VILLE
DU DIPLÔME UNIVERSITAIRE
EMPP EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ
IMEA INSTITUT DE MÉDECINE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE APPLIQUÉE
IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
IRTS INSTITUT RÉGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL
PASS PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
PIMMS POINTS D'INFORMATION MÉDIATION MULTISERVICES
PNMS PROGRAMME NATIONAL DE MÉDIATION SANITAIRE
PRAPS PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS
PTA PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI
ROME RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES MÉTIERS ET DES EMPLOIS
URPS UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
VAE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Publication de l'ASAV, avec le soutien de la FNASAT
59 Rue de l'Ourcq - 75019 Paris

Rédaction — Elsa Andrieux et Lucile Gacon.
Création et réalisation graphique — Laurence Chéné
Juin 2017 à Paris