



Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2022-2023**
Date du Jury : **Juillet 2023**

Le déploiement du dispositif de médiation en santé
dans les villes / municipalités en France

Ana KERARVRAN

Remerciements

Je souhaiterais adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration et à l'accomplissement de mon mémoire.

Dans un premier temps, j'adresse tout particulièrement mes remerciements à ma Directrice de mémoire, Madame Marion Porcherie, Ingénieure de recherche au sein du Département des Sciences Humaines et Sociales (SHS) de l'EHESP, pour son intérêt envers ce sujet, son accompagnement, ainsi que ses judicieux conseils, qui ont permis d'alimenter ma réflexion tout au long de ce mémoire.

Je remercie ensuite Rose Fonteneau et Marie Donnard-Lasne, mes deux tutrices et référentes tout au long de mon stage à la Mission Promotion Santé Territoires de la Direction Santé Publique Handicap de la Ville de Rennes, qui m'ont accompagné, guidé et encouragé durant ma mission de stage et l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EHESP, Monsieur Arnaud Campéon, Responsable du Master PPASP, Madame Régine Maffei, Ingénieure pédagogique, ainsi que l'ensemble des intervenants de ma formation, pour avoir assuré la partie théorique et professionnelle de celle-ci.

Je remercie enfin l'ensemble de mes proches pour leur soutien, encouragements et pour avoir apporté un regard extérieur à mon travail.

Liste des sigles utilisés

- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ASV** : Atelier Santé Ville
- **CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
- **CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- **CDS** : Centre De Santé
- **CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CLS** : Contrat Local de Santé
- **CMS** : Centre Municipal de Santé
- **CNR** : Conseil National de la Refondation
- **CSAPA** : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **DAT** : Direction de l'Action Territoriale
- **DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **DRH** : Direction des Ressources Humaines
- **DSPE** : Direction Santé Publique et Environnementale
- **DSPH** : Direction Santé Publique Handicap
- **DSS** : Direction de la Sécurité Sociale
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **FIR** : Fonds d'Intervention Régional
- **FISS** : Fonds d'Innovation du Système de Santé
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- **IMEA** : Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée
- **IS** : Inégalité de Santé
- **ISS** : Inégalité Sociale de Santé
- **ITS** : Inégalité Territoriale de Santé
- **LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- **LMSS** : Loi de Modernisation du Système de Santé

- **MDH** : **Maison Des Habitants**
- **MPST** : **Mission Promotion Santé Territoires**
- **MSP** : **Maison de Santé Pluriprofessionnelle**
- **ORS** : **Observatoire Régional de la Santé**
- **PASS** : **Permanence d'Accès aux Soins de Santé**
- **PMI** : **Protection Maternelle et Infantile**
- **PMS** : **Plan Municipal de Santé**
- **QPV** : **Quartier Prioritaire de la politique de la Ville**
- **RdRD** : **Réduction des Risques et des Dommages**
- **RFVS** : **Réseau Français des Villes-Santé**
- **RLG** : **Réseau Louis Guilloux**
- **RNCP** : **Répertoire National des Certifications Professionnelles**
- **SPF** : **Santé Publique France**
- **SSE** : **Service Santé des Étudiants**

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
Méthodologie	- 5 -
PARTIE 1. - La médiation en santé, un dispositif prometteur de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé	- 11 -
I. Contexte et définition de la médiation en santé : les origines du dispositif	- 11 -
A. L'émergence grandissante des actions d'aller-vers en santé publique.....	- 11 -
1) <i>L'aller-vers, une démarche au cœur de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé..</i>	<i>- 11 -</i>
2) <i>Le déploiement des premières actions d'aller-vers.....</i>	<i>- 13 -</i>
3) <i>L'impact de la crise sanitaire : l'accentuation d'un isolement social et sanitaire.....</i>	<i>- 15 -</i>
B. La médiation en santé, une dimension essentielle de l'aller-vers	- 15 -
1) <i>La médiation, un terme polysémique.....</i>	<i>- 15 -</i>
2) <i>Les premiers dispositifs de médiation en santé.....</i>	<i>- 18 -</i>
II. La médiation en santé, un dispositif bénéficiant d'un encadrement relativement récent.....	- 19 -
A. La Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016, une première consécration légale	- 20 -
1) <i>Les premiers dispositifs de médiation en santé, dénués de tout encadrement.....</i>	<i>- 20 -</i>
2) <i>Une inscription dans la loi permettant de sécuriser les contours de la pratique.....</i>	<i>- 21 -</i>
B. Le référentiel HAS de 2017, un premier pas dans la structuration de la médiation en santé.....	- 22 -
1) <i>Une définition des contours de la médiation en santé.....</i>	<i>- 23 -</i>
2) <i>Les axes à élaborer dans le développement de la médiation en santé.....</i>	<i>- 24 -</i>
3) <i>L'élaboration d'un cadre déontologique propre à la médiation en santé.....</i>	<i>- 27 -</i>
4) <i>Les compétences et formations des médiateurs en santé.....</i>	<i>- 27 -</i>
5) <i>Un référentiel qui se confronte à la réalité de la pratique.....</i>	<i>- 29 -</i>
PARTIE 2. - La comparaison de la médiation en santé expérimentée au sein des villes de Grenoble et Saint-Denis	- 30 -
I. Un dispositif piloté et porté par la ville : une volonté politique commune d'encourager l'aller-vers la grande précarité.....	- 30 -
A. Deux villes confrontées à la spécificité de leur territoire et de leur population.....	- 30 -
1) <i>La santé des Grenoblois, un enjeu municipal de santé.....</i>	<i>- 31 -</i>
2) <i>La santé des Dionysiens, un enjeu municipal de santé.....</i>	<i>- 33 -</i>
3) <i>Deux territoires, un besoin similaire de médiation en santé.....</i>	<i>- 35 -</i>

B. La ville au cœur de l'appropriation et du développement de la médiation en santé.....	- 36 -
1) <i>Un dispositif piloté et porté par la municipalité.....</i>	<i>- 36 -</i>
2) <i>Un dispositif déployé à destination de la grande précarité.....</i>	<i>- 40 -</i>
II. La prévalence du caractère professionnel de la médiation en santé.....	- 41 -
A. Une diversité des profils de médiateurs en santé révélant une similitude dans les accompagnements.....	- 41 -
1) <i>La pluralité des profils de médiateurs en santé.....</i>	<i>- 42 -</i>
2) <i>L'appropriation similaire de la fonction d'interface des médiateurs en santé.....</i>	<i>- 45 -</i>
3) <i>Une similitude dans les difficultés rencontrées.....</i>	<i>- 46 -</i>
B. La promotion de la médiation en santé professionnelle : la valorisation des expériences et des compétences acquises.....	- 47 -
1) <i>La prééminence du profil professionnel des médiateurs en santé.....</i>	<i>- 47 -</i>
2) <i>La médiation en santé, un dispositif victime de son succès.....</i>	<i>- 48 -</i>
PARTIE 3. - Une appropriation singulière et progressive de la médiation en santé par les villes en France.....	- 49 -
I. L'adaptation nationale du cadre générique de la médiation en santé.....	- 49 -
A. Une appropriation de la médiation en santé caractérisée par une diversité de composantes structurelles.....	- 49 -
1) <i>Le pilotage et le portage de la médiation en santé : les villes en première ligne.....</i>	<i>- 50 -</i>
2) <i>L'ARS, principal financeur de la médiation en santé.....</i>	<i>- 51 -</i>
B. La diversité partenariale illustrant la dynamique des villes en matière de santé.....	- 53 -
II. Les multiples facettes du métier de médiateur en santé : une interprétation unique de la posture professionnelle.....	- 55 -
A. L'hétérogénéité de la profession.....	- 55 -
1) <i>Les profils et parcours des médiateurs en santé.....</i>	<i>- 55 -</i>
2) <i>Une appropriation commune des accompagnements et actions déployés dans les villes.....</i>	<i>- 58 -</i>
B. La médiation en santé, un outil pertinent ou révélateur d'un système de santé défaillant ?.....	- 61 -
1) <i>La réalité du système accentuant les difficultés des médiateurs en santé.....</i>	<i>- 62 -</i>
2) <i>Une professionnalisation et une reconnaissance inachevées.....</i>	<i>- 64 -</i>
3) <i>La médiation en santé, un outil adapté pour pallier le nonaccès au système de santé.....</i>	<i>- 65 -</i>
Conclusion.....	- 66 -
Bibliographie.....	- 67 -
Liste des annexes.....	- 77 -

Table des illustrations

Schémas :

- **Schéma n°1** : Les objectifs de la médiation en santé (Référentiel HAS, 2017)
- **Schéma n°2** : Les axes d'intervention de la médiation en santé (Référentiel HAS, 2017)

Cartes :

- **Carte n°1** : Les quartiers de la ville de Grenoble répartis par secteur (ville de Grenoble)
- **Carte n°2** : Les QPV de Saint-Denis répartis au sein des sept quartiers administratifs de la ville (ville de Saint-Denis)

Tableaux :

- **Tableau n°1** : Propositions de modules de formation initiale (Référentiel HAS, 2017)
- **Tableau n°2** : Les éléments clés du diagnostic en santé issus des groupes de travail du PMS de Grenoble (2016 – 2020)
- **Tableau n°3** : Les éléments clés du diagnostic en santé issus du troisième CLS de Saint-Denis (2019-2022)
- **Tableau n°4** : Les axes d'intervention des médiateurs en santé à Grenoble et Saint-Denis établis sur la base des entretiens avec les Chargé·e·s de mission et les Médiateur·rice·s en santé (2022-2023)
- **Tableau n°5** : La diversité des projets de médiation en santé répertoriés dans le référentiel de la HAS et par les villes étudiées
- **Tableau n°6** : Les profils et parcours des médiateurs en santé établis sur la base des entretiens avec les Chargé·e·s de mission et les Médiateur·rice·s en santé (2022-2023)
- **Tableau n°7** : Typologie des accompagnements et actions établis sur la base des entretiens avec les Chargé·e·s de mission et les Médiateur·rice·s en santé (2022-2023)

Introduction

Les inégalités de santé (IS) se rapportent aux « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre des groupes sociaux » (Santé publique France, 2021). Elles résultent d'une inégalité de distribution des déterminants sociaux qui sont à l'origine des inégalités sociales de santé (ISS). Les ISS concernent « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (Potvin et al., 2010), c'est-à-dire que ces inégalités sont socialement construites et n'ont d'origine ni biologique, ni génétique. Ces ISS sont étroitement liées aux inégalités territoriales de santé (ITS) qui ne recouvrent pas seulement la problématique de l'accès aux soins mais de manière plus globale les conditions de vie dans un environnement chimique, physique et social favorable à la santé (HCSP, 2021).

« Les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, mais aussi le plus souvent injustes et évitables » (*Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, 2011). La Conférence mondiale sur les déterminants de la santé, réunissant plus de mille participants des 125 États membres à Rio de Janeiro, a permis de rappeler la lutte contre les inégalités de santé, comme un véritable enjeu de santé publique. Les inégalités de santé sont certes inacceptables mais restent le plus souvent évitables si elles sont prévenues et traitées, avec la mobilisation des moyens nécessaires.

Comme d'autres pays, la France a tenté de modifier son système de santé pour y intégrer cette dimension phare : pour la première fois, la Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, inscrit la prévention et la réduction des inégalités de santé comme un véritable enjeu de santé publique. Pour autant, la loi ne traite que partiellement des inégalités de santé, en omettant d'évoquer spécifiquement les inégalités sociales et territoriales de santé, qui ne sont ainsi pas considérées comme un problème de santé à part entière (Matthias et al., 2005).

Il a fallu attendre quelques années pour que la réduction des inégalités de santé soit réaffirmée au niveau national, notamment au sein de la Stratégie nationale de santé de 2013, avec la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Plus récemment, en 2022, le rapport « Dessiner la santé publique de demain », remis par le Président du Haut Conseil de la santé publique, à la Direction générale de la santé (DGS), positionne la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé au cœur des politiques publiques, comme un véritable principe d'action dont l'ampleur et l'intensité devront s'adapter au gradient social et territorial (Chauvin, 2021). Au niveau

régional, depuis la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, cette lutte constitue également l'un des axes politiques conduit par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Malgré son caractère performant, le système de santé français reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé, qu'il s'agisse de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. On remarque des écarts significatifs entre les catégories socio-professionnelles et les territoires (Ministère de la santé et de la prévention, 2017a). De plus, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 n'a pas amélioré les choses et a eu un impact majeur sur les inégalités sociales et territoriales de santé (HCSP, 2021). L'impact sanitaire a été plus marqué au sein de certaines populations, avec notamment le constat d'une surmortalité particulièrement importante au niveau des territoires les plus pauvres, un impact conséquent sur la santé globale, ainsi que des difficultés d'accès aux soins (*Ibid.*).

A l'échelle de certaines zones géographiques et de certaines populations, les professionnels de santé constatent une augmentation quotidienne des « ruptures de suivi, des échecs d'adhésion aux parcours diagnostiques ou thérapeutiques, voire des renoncements aux soins avec toutes les conséquences que cela entraîne » (Bouchaud et al., 2022). Ce constat relève d'une approche propre à l'individu, à la manière dont ce dernier se positionne dans son parcours de santé. Ces ruptures et renoncements, de plus en plus fréquents, relèvent de différents facteurs de vulnérabilités propres aux personnes qui se retrouvent éloignées du système de santé, comme l'âge, le niveau de revenu, le logement, le niveau d'éducation, la barrière de la langue, la fracture numérique, l'insuffisance de littératie en santé, etc. Ces différents niveaux de vulnérabilité, souvent appréciés de manière cumulative, peuvent être de véritables sources de difficultés et d'échecs dans le parcours de santé des individus. Au-delà de ces facteurs individuels, les conditions sociales, l'éloignement physique des services de santé et la complexité de notre système de santé, méritent également d'être mentionnés. Ces facteurs peuvent également expliquer les ruptures de soins, même pour des personnes dont le niveau de littératie en santé est considéré comme suffisant. Le terme de littératie renvoi à « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé » (Van den Broucke, 2017). Pour autant, face à ces différents aspects, on observe une insuffisance de prise de conscience de ces facteurs de vulnérabilité (individuels et collectifs) de la part de certains professionnels de santé, qui sont loin d'imaginer les difficultés que peuvent rencontrer certaines personnes (Bouchaud et al., 2022).

Finalement, le développement relativement récent de la médiation en santé révèle une prise de conscience tardive de l'échec des approches classiques de notre système de santé et le constat qu'une

partie de la population y échappe du fait de divers facteurs. Ainsi, un système plus ancré dans une vision transversale et globale de la santé réduirait certainement les échecs et les ruptures des parcours de santé (Bouchaud et al., 2022). Dans ce cadre, la médiation en santé est un dispositif permettant de tendre vers cette approche transversale et globale de la santé. Pour lutter contre ces inégalités de santé et dans une logique de promotion de la santé qui suppose de donner à l'ensemble des individus « davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (Charte d'OTTAWA, 1986), la médiation en santé semblerait être une approche particulièrement adaptée. La médiation en santé consiste en la création d'interface entre d'une part, les acteurs du système de santé et d'autre part, toutes les personnes en difficulté dans leur parcours de santé du fait de diverses vulnérabilités. L'ensemble des populations vulnérables et tous les domaines en santé peuvent en bénéficier « autant dans une approche transversale (comme en gériatrie) que ciblée sur une pathologie » (Bouchaud et al., 2022). Ainsi, la médiation en santé vise à l'amélioration dans l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, en s'adressant autant aux usagers qu'aux acteurs du système de santé. Elle permet ainsi d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes sur leur santé et sensibiliser la diversité des acteurs du système de la santé sur la réalité des parcours sanitaires de ces personnes. C'est bien cette méconnaissance de la réalité du parcours de santé de certaines personnes qui justifie que l'une des approches de la médiation en santé porte sur la sensibilisation et l'information des professionnels de santé.

Pour cela, « il faut un nouveau corps de métier, il s'agit surtout de créer un métier qui n'existe pas aujourd'hui, qui fasse le lien transversal entre les différentes structures et les différents acteurs de la santé qui interviennent autour du patient et le patient lui-même » (Bouchaud, 2015). Il s'agit du médiateur en santé. Dans ses interventions, il contribue, sur un territoire spécifique, à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en favorisant l'autonomie des personnes les plus fragilisées, dans leur retour vers les dispositifs de droit commun.

Ce sont majoritairement les villes qui se sont emparées de la médiation en santé, pour répondre aux spécificités et besoins en santé de leurs territoires et de leurs populations. En effet, « la connaissance des réalités locales est un véritable atout pour les villes et intercommunalités dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé » (Réseau français des Villes santé, 2021). Certaines villes se sont ainsi appropriées la médiation en santé, en adoptant un rôle de pilotage et de portage d'un tel dispositif au niveau local, en réponse aux enjeux et problématiques de santé présents sur leurs territoires. L'appropriation de la médiation en santé par les villes, illustre une véritable diversité dans son déploiement et sa mise en œuvre. Cet aspect révèle également une hétérogénéité quant aux profils des

médiateurs en santé, qui varient d'un territoire à un autre, voire au sein d'un même territoire, ce qui impacte directement la posture professionnelle de ces derniers.

Dans l'objectif de réduire les inégalités de santé, il convient de se questionner sur la manière dont les villes se sont appropriées le cadre générique de la médiation en santé, pour répondre à la spécificité de leurs territoires et de leurs populations. Cette appropriation singulière de la médiation en santé par les villes, interroge également l'influence de la diversité d'exercice du métier de médiateur en santé sur sa fonction d'interface entre les acteurs du système de santé et les personnes qui en sont le plus éloignées.

Pour répondre à ces interrogations, une première partie fera état de l'origine et du développement de la médiation en santé, comme un dispositif prometteur de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (**Partie 1**). Il s'agira de revenir sur les origines d'un tel dispositif, pour appréhender l'état de son développement et de son encadrement, que l'on peut qualifier de relativement récent.

Dans une deuxième partie, il s'agira de s'attacher à la comparaison de la médiation en santé expérimentée au sein de Grenoble et Saint-Denis, deux villes référentes en termes de développement d'un tel dispositif. Grenoble est la première ville française à avoir expérimenté la médiation en santé par les pairs. Quant à Saint-Denis, la ville a récemment expérimenté la médiation en santé en réponse aux problématiques de santé présentes sur son territoire (**Partie 2**). Ces deux villes, n'étant pas confrontées aux mêmes problématiques sociales et territoriales de santé, présentent des similitudes mais aussi des différences intéressantes à comparer dans le développement d'un tel dispositif.

Enfin, dans une troisième partie, il s'agira de mettre en lumière l'appropriation singulière et progressive de la médiation en santé par les villes françaises (**Partie 3**) qui illustre une véritable diversité du métier de médiateur en santé. L'appropriation de la médiation en santé étant véritablement diverse et singulière, l'intérêt est ici de mettre en lumière le déploiement d'un tel dispositif, comme réponse à la spécificité des territoires et des populations, mais également de mettre en exergue les conditions favorables et les points de vigilance concernant sa mise en place.

Méthodologie

- *Contexte de stage*

Dans le cadre de mon Master 2, j'ai effectué mon stage de fin d'études (5 mois) au sein de la Mission Promotion Santé Territoires (MPST) de la Direction Santé Publique Handicap (DSPH) de la ville de Rennes.

La MPST conduit et soutient des projets relatifs aux priorités de santé publique de la ville de Rennes, autour de différentes thématiques : l'offre et l'accès aux droits, aux soins et à la prévention, la prévention des conduites à risques, la promotion de la santé mentale et la nutrition. De plus, la MPST a pour rôle d'accompagner et de mobiliser les acteurs de la vie rennaise pour promouvoir la santé des habitants et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Depuis quelques mois, la MPST participe également à l'élaboration du deuxième Contrat Local de Santé (CLS).

Dans cette logique de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, l'ambition du mandat municipal rennais actuel (2020 – 2026) est d'engager la réflexion autour du développement de la médiation en santé, en portant une attention particulière aux personnes les plus éloignées du système de santé. En appréhendant de manière globale la médiation en santé, l'objet de ma mission de stage a consisté à contribuer à l'étude de mise en place d'un tel dispositif au niveau de la ville de Rennes. Les recherches effectuées et les données récoltées dans le cadre de ma mission de stage m'ont donc permis d'alimenter mon sujet de mémoire autour de la médiation en santé.

- *Objectifs de la recherche*

Ma mission de stage s'est découpée en deux approches :

- Une première approche conceptuelle autour de la médiation en santé et de son encadrement : cette approche a consisté à s'attacher à la notion de « médiation en santé » en tant que tel et présenter un état des lieux de son développement et de son appropriation par les villes en France.
- Une deuxième approche opérationnelle autour de la mise en place spécifique de la médiation en santé sur le territoire rennais : cette approche a consisté à effectuer un diagnostic des besoins en santé au niveau de la ville et évaluer la manière la plus adéquate d'y développer un tel dispositif sur le territoire.

Ainsi, l'objectif de cette mission a été d'appréhender les contours et l'encadrement de la médiation en santé, mettre en lumière les limites et avantages d'un tel dispositif, pour ainsi adapter sa mise en place aux spécificités du territoire rennais.

Très naturellement, mon sujet de mémoire s'est construit autour de l'appropriation de la médiation en santé par les villes. J'ai rapidement perçu l'intérêt de porter ma réflexion sur cet axe, ce dernier me permettant de me focaliser sur l'encadrement et le déploiement d'un tel dispositif, mais aussi sur l'influence de la diversité d'exercice du métier de médiateur en santé, dans son rôle d'interface entre les usagers et les acteurs du système de santé.

- ***Hypothèses***

A ce stade, il m'a été possible de mettre en avant quelques hypothèses relatives à mon sujet de mémoire :

- La médiation en santé est appréhendée de différentes manières par les villes, ce qui révèle une forte diversité dans son déploiement et sa mise en œuvre.
- Les villes adaptent la médiation en santé à leurs besoins en santé, à la spécificité de leurs territoires, de leurs populations et aux ressources disponibles.
- La diversité des profils des médiateurs en santé, impactant considérablement les accompagnements et la posture professionnelle, révèle une appropriation singulière de la médiation en santé par les villes.

- ***Méthodes***

L'objectif poursuivi par mon travail de recherche était de dresser un état des lieux sur la manière dont les villes avaient déployé la médiation en santé, dispositif en pleine expansion, bénéficiant d'un encadrement relativement récent. L'appropriation de la médiation en santé par les villes permettait ainsi de me focaliser sur la diversité des profils des médiateurs en santé, exerçant au sein de ces différents territoires. Pour répondre à cet objectif, j'ai suivi une méthode spécifique. Mon étude a ainsi débuté par un travail de littérature me permettant d'appréhender la notion conceptuelle de la médiation en santé, et de me rendre compte de la diversité de son déploiement. Effectuant mon stage à la ville de Rennes, ce travail me permettait également de me servir des outils de la ville, comme le Réseau Français des Villes-Santé (RFVS), pour solliciter l'aide des villes membres ayant déployé la médiation en santé sur leur territoire. J'ai également régulièrement échangé avec les Chargé·e·s de mission en santé de mon service sur les diverses thématiques abordées au sein de la MPST et pouvant être mises en lien avec la médiation en santé (l'offre et l'accès aux soins et à la prévention, la santé mentale, la santé des jeunes, le contrat local de santé). A partir de ces éléments, j'ai constitué des grilles d'entretien pour approfondir les premières données récoltées. Je me suis ainsi entretenue avec des Médiateur·rice·s en santé mais aussi des Chargé·e·s de mission en santé des différentes villes, ayant participé au déploiement de la médiation en santé sur leur territoire.

→ *Littérature et études*

Mes premières semaines de stage ont consisté à m'approprier la notion conceptuelle de la médiation en santé. Mes recherches se sont fondées sur un ensemble d'articles, d'ouvrages et d'études académiques/scientifiques. Ce premier aspect était primordial pour m'imprégner de la médiation en santé et y découvrir ses contours. A mon arrivée dans le service, certains articles sur la médiation en santé ont été réunis et m'ont directement été remis, notamment des revues de *La santé en action*, relatives directement et indirectement à la médiation en santé, ainsi que le *Référentiel de la Haute Autorité de Santé sur la médiation en santé*. Ce sont ces premiers documents qui m'ont permis de bénéficier d'une première approche théorique et opérationnelle de la médiation en santé.

Par la suite, j'ai complété ma bibliographie afin de constituer un véritable panel des articles, études, et ouvrages sur le sujet. J'ai ainsi fait de nombreuses recherches sur le portail documentaire de l'EHESP. Afin de me guider dans mes recherches, j'ai utilisé différents mots clés ; « médiation en santé » ; « médiateur en santé » ; « médiation en santé pair » ; « inégalités sociales et territoriales de santé » ; « référentiel HAS médiation en santé » ; « aller-vers » ; « formation médiation en santé », etc. Cairn et Santé Publique France (SPF) sont les deux bases de données qui m'ont apporté le plus d'éléments, autant sur la notion conceptuelle que sur le caractère opérationnel de la médiation en santé. Mes premières recherches sont ainsi restées très générales, l'objectif étant de me familiariser avec cette notion qui m'était novatrice, dégager le contexte de son émergence, percevoir un premier état des lieux de la diversité de son déploiement par les différents acteurs, et faire ressortir les enjeux, avantages et limites d'un tel dispositif. Pour ne pas me perdre, j'ai par la suite trié cette bibliographie pour ne garder que les éléments les plus importants de mes lectures, qui me serviraient dans la rédaction de mon mémoire. J'ai ainsi commencé par établir un état des lieux du développement de la médiation en santé qui m'a permis de faire différents constats. Bénéficiant d'un encadrement récent, la médiation en santé se développe massivement depuis quelques années et de manière très diverse en fonction des territoires. Ce sont majoritairement les villes qui se sont emparées de la médiation en santé. Cet état des lieux a permis de mettre en lumière les raisons et la manière, dont ces villes s'étaient appropriées la médiation en santé pour l'adapter aux spécificités de leurs territoires et de leurs populations.

→ *Le Réseau Français des Villes-Santé*

Le Réseau Français des Villes-Santé (RFVS) m'a également été d'une aide précieuse pour effectuer cet état des lieux du développement de la médiation en santé dans les villes françaises. Pour présenter brièvement le RFVS, il s'agit d'un réseau national qui comprend, en 2023, 104 villes et intercommunalités, qui œuvre pour l'amélioration des politiques et actions en faveur d'une meilleure

santé de la population. Dans cet objectif, le réseau facilite les échanges entre les villes autour de leurs pratiques et expériences en matière de santé. Depuis 2020, la présidence de ce réseau est assurée par Monsieur Yannick Nadesan, élu adjoint à la santé de la ville de Rennes.

Le réseau permet ainsi d'échanger avec les villes-santé et de bénéficier d'un partage de pratiques et de retours d'expériences via différents outils. Parmi ces outils, le ville-à-ville permet de poser des questions sur des thématiques spécifiques en santé. Les villes concernées par la question restent libres d'apporter des éléments de réponse. Rennes faisant partie de ce réseau, je me suis ainsi servie de cet outil pour poser une question relative à la médiation en santé et de manière plus spécifique sur la manière dont les villes s'étaient appropriées la médiation en santé, pour la développer sur leur territoire (**Annexe n°1**). Très rapidement, 11 villes du réseau¹ m'ont apporté des éléments de réponses relatifs à leurs retours d'expériences. À la vue de ces réponses, j'ai pu rapidement constater que les villes s'étaient emparées récemment de la médiation en santé et de manière très diverse. L'outil ville-à-ville du RFVS a également permis de mettre en exergue l'intérêt commun pour la médiation en santé, par la rapidité et le nombre des réponses en la matière. Parmi ces réponses, certaines villes ont été exhaustives sur les éléments apportés tandis que d'autres villes ne se sont pas étendues sur les détails en indiquant simplement qu'elles étaient impliquées, dans une moindre mesure, dans un projet de médiation en santé.

→ *Les premiers échanges avec les Chargé·e·s de mission de la MPST et l'observation participante*

Comme il a été précisé précédemment, la MPST recouvre un certain nombre de thématiques relatives à la santé. L'avantage du caractère généraliste de la médiation en santé est que ce dispositif est lié à l'ensemble des thématiques portées par la mission. J'ai ainsi eu la chance de partager mon travail avec les Chargé·e·s de mission de la MPST et ainsi de faire le lien avec l'ensemble des thématiques mentionnées précédemment. Ces échanges m'ont permis de bénéficier de précieux conseils et de contacts avec différents acteurs de la ville de Rennes pour avancer dans ma mission. J'ai également pu suivre les Chargé·e·s de mission à un certain nombre de réunions et regroupements, avec différentes institutions et acteurs de la ville, ce qui m'a permis d'appuyer mon observation participante. J'ai ainsi participé à des rencontres avec l'ARS et l'Assurance Maladie. Concernant les acteurs de la ville, j'ai rencontré le Service Santé des Étudiants (SSE), l'association WE KER, le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) de Rennes, la

¹ Marseille, Nantes, Lyon, Strasbourg, Roubaix, Montpellier, Bourg-en-Bresse, La Rochelle, Saint-Denis, Grenoble, Valence.

Maison des Aînés et des Aidants et le Réseau Louis Guilloux (RLG) ; des acteurs de la ville qui abordent différentes thématiques et accompagnent des publics spécifiques.

→ *Les entretiens semi-directifs*

Afin de compléter cette approche conceptuelle, à la suite des différentes réponses apportées par les villes du RFVS, je voulais approfondir et compléter mes premiers éléments de recherche. Je souhaitais m'entretenir d'une part, avec les Chargé·e·s de mission en santé ayant participé au déploiement de la médiation en santé au niveau de leur territoire et d'autre part, avec les Médiateur·rice·s en santé de ces mêmes villes pour échanger sur leur quotidien professionnel, leur parcours et leur perception de la profession. Après l'élaboration de trois grilles d'entretiens (**Annexe n°3, n°4 et n°5**), j'ai rapidement débuté les premiers entretiens semi-directifs qui se sont déroulés du mois de novembre 2022 au mois d'avril 2023. J'ai effectué 19 entretiens dont huit entretiens avec des Médiateur·rice·s en santé exerçant dans différentes villes de France, cinq entretiens avec des Chargé·e·s de mission de ces différentes villes et six entretiens avec des Directeur·rice·s, Chargé·e·s de mission et Coordinateur·rice·s de structures de santé, dispositifs et associations au niveau de la ville de Rennes (**Annexe n°2**).

Pour faciliter les échanges, j'ai d'abord commencé par contacter les Médiateur·rice·s en santé exerçant sur le territoire rennais. Je les ai rencontrés sur leur lieu d'exercice, pour échanger sur leurs parcours et quotidien professionnel. Par la suite, j'ai continué les entretiens avec les Chargé·e·s de mission en santé des villes membres du RFVS et des Médiateur·rice·s en santé de ces mêmes villes. Du fait de la distance géographique, cette deuxième phase d'entretiens s'est déroulée en visioconférence et par téléphone pour l'un d'entre eux. La dernière phase d'entretiens s'est déroulée avec divers acteurs du territoire rennais, mentionnés auparavant, qui m'ont permis de mettre en perspective les résultats récoltés. La diversité de ces entretiens a constitué la richesse de mes réflexions et m'a permis de prendre du recul sur la mise en place d'un tel dispositif. Je tiens à souligner la disponibilité et le fort intérêt de l'ensemble des personnes rencontrées, pour partager leurs pratiques. Malgré la richesse de l'ensemble de ces échanges, j'ai fait le choix de retranscrire intégralement l'entretien qui m'avait le plus marqué avec un Médiateur·rice en santé (**Annexe n°6**).

Afin de rendre anonyme ces échanges et de les intégrer à la rédaction, les entretiens sont regroupés par type de professionnels rencontrés et numérotés par ordre de rencontre. La médiation en santé est un métier qui est autant exercé par des femmes que par des hommes. Pour autant, dans l'objectif de faciliter la lecture, j'ai fait le choix d'utiliser le terme de « médiateur en santé » au long de la rédaction.

→ *Analyse des données*

Pour analyser les données, j'ai tout d'abord réalisé des fiches de synthèse de l'ensemble de mes entretiens, dans l'objectif de mettre en lumière les aspects les plus importants qui sont ressortis des échanges. J'ai véritablement perçu l'intérêt de ces fiches lors de la rédaction de mon mémoire, me permettant de cibler les éléments principaux, les similarités et les divergences des échanges.

Après l'analyse de mes entretiens, j'ai pu compléter mes recherches bibliographiques en fonction des axes retenus :

- Le développement de la médiation en santé, dans cet objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- La médiation en santé, un dispositif en plein essor et disposant d'un encadrement relativement récent (LMSS 2016, Référentiel HAS 2017) ;
- L'appropriation et le déploiement de la médiation en santé par les villes en France ;
- Une diversité de profils des médiateurs en santé, impactant la posture professionnelle et les accompagnements/actions déployés ;
- La médiation en santé, une profession non reconnue statutairement et ne bénéficiant pas d'une véritable formation diplômante au niveau national.

J'ai ainsi pu mettre en perspective et en lien ce que j'avais pu lire dans la littérature scientifique/académique avec les entretiens et mes connaissances sur le sujet. Les entretiens ont permis de confirmer mes lectures sur certains points, comme la diversité des profils des médiateurs en santé, les avantages, enjeux et limites relatifs au déploiement d'une telle pratique, mais aussi de mettre en perspective d'autres éléments, comme la réalité du quotidien des médiateurs en santé, les problématiques spécifiques aux territoires et populations, et le besoin d'une reconnaissance statutaire de cette profession. Ainsi, une partie conséquente de mon travail portant sur les pratiques et retours d'expériences des villes, j'ai fait le choix de porter ma réflexion sur un échantillon de 16 villes (**Annexe n°2**), comprenant les villes du RFVS (11 villes), mais aussi les villes qui ont fait l'objet d'études et de recherches littéraires en la matière (5 villes).

Ces différents aspects m'ont permis de cibler les interrogations relatives à mon sujet de mémoire et d'y répondre par le biais de trois parties.

Partie 1. - La médiation en santé, un dispositif prometteur de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

La médiation en santé s'inscrit dans un contexte particulier qui a rendu nécessaire son développement, par la création d'une véritable interface entre les personnes vulnérables les plus éloignées du système de la santé et les différents acteurs du système de santé **(I)**. Considérée à l'heure actuelle comme un nouveau métier, la médiation en santé est en pleine expansion, justifiant le caractère relativement récent de son encadrement **(II)**.

I. Contexte et définition de la médiation en santé : les origines du dispositif

En santé publique, l'« aller-vers » est une démarche opérationnelle qui consiste à aller à la rencontre des personnes les plus éloignées du système de santé pour les informer et les orienter vers les dispositifs et services adaptés à leur situation **(A)**. Dans ce cadre, la médiation en santé s'est construite comme une composante de l'aller-vers. Véritables pivots de sa mise en œuvre, les médiateurs en santé adoptent cette démarche dans cet objectif d'accompagner les personnes vers le système de droit commun en matière de santé **(B)**.

A. L'émergence grandissante des actions d'aller-vers en santé publique

La démarche de l'aller-vers s'inscrit dans la réduction des inégalités de santé et plus spécifiquement des inégalités sociales et territoriales de santé **(1)**. C'est dans cet objectif que les premières actions d'aller-vers se sont déployées dans divers domaines, la santé en faisant partie **(2)**. La survenue de la crise sanitaire a accéléré les choses, rendant indispensable le déploiement de ces actions, à destination des personnes les plus vulnérables, dans le but de rompre avec un isolement social et sanitaire accentué **(3)**.

1) *L'aller-vers, une démarche au cœur de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé*

Malgré le caractère performant de notre système de santé français, une partie non négligeable de la population n'est pas en mesure d'y accéder et en échappe pour différentes raisons (renoncement aux soins, complexité de notre système, éloignement géographique, etc.). Les différents dispositifs et services développés en la matière, ne suffisent plus et ne permettent pas de cibler l'ensemble des personnes qui nécessitent un accompagnement spécifique (Bouchaud et al., 2022). Dans cette logique d'amélioration de la santé globale de la population, la démarche de l'aller-vers s'est développée comme

une réponse pertinente pour favoriser l'accès la santé de toutes et tous, permettant ainsi de répondre aux défis sociaux et sanitaires actuels.

Aujourd'hui, l'aller-vers ne fait pas l'objet d'une définition officielle. C'est par le biais de divers travaux, tels que des études, des articles et des recherches, que les contours de cette démarche se sont dessinés. Il s'agit d'un mode opératoire qui n'est pas propre à la santé ; qui va bien au-delà et prend en compte de manière globale, les différents aspects relatifs à la vie de la personne (social, santé, insertion professionnelle...).

De manière plus spécifique, dans le domaine de la santé, l'aller-vers est une démarche qui consiste à aller à la rencontre des personnes les plus éloignées du système de santé, directement dans leur lieu de vie et/ou les lieux les plus fréquentés, dans cet objectif de les (re)conduire vers les dispositifs et services de santé adaptés à leur situation (M. Jeantet, communication personnelle, 2021). Cette démarche est à destination des personnes exclues du système de santé, sans attendre qu'elles expriment une demande d'aide, mais de préférence avant que les difficultés ne soient installées. « Aller-vers, c'est ne pas attendre que les exclus expriment une demande d'aide » (C. Le Floch, communication personnelle, 2021). Dès lors, l'aller-vers rompt avec cette idée que l'intervention fait systématiquement suite à une demande, un accompagnement, ou un diagnostic exprimé (*Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté*, 2018). Cette démarche permet ainsi d'intégrer les situations de non-demandes et de non-recours de certains publics. Il est également important de préciser que ces actions ne sont pas exclusivement développées, à destination des personnes vulnérables qui vivent à la rue ou dans d'autres conditions, comme les squats et bidonvilles. C'est beaucoup plus global que cela, ces actions d'aller-vers poursuivent un objectif précis et peuvent être développées à destination de tout public qui nécessite un accompagnement.

Il s'agit ainsi d'une réponse adaptée à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour Cyprien Avenel, sociologue, la démarche d'aller-vers doit s'inscrire dans la rénovation des politiques sociales et de santé, dans cette logique fondamentale de combattre les inégalités, avant que ces dernières ne s'installent (C. Avenel, communication personnelle, 2021).

Dans leurs interventions, les professionnels en charge du déploiement des actions d'aller-vers se doivent d'établir une véritable relation de confiance avec les personnes, pour leur apporter les informations nécessaires, identifier les renoncements et besoins en santé, et les orienter vers les structures et dispositifs de droit commun.

Finalement, cette démarche n'est pas si simple à déployer. Elle nécessite de la part des professionnels, un savoir-être et une certaine aisance pour aborder les personnes, mais aussi de bénéficier de

connaissances précises sur le fonctionnement du système de santé, pour les accompagner de la manière la plus adéquate.

2) *Le déploiement des premières actions d'aller-vers*

Comme précisé auparavant, l'aller-vers n'est pas une démarche propre à la santé. Cette démarche trouve son origine au cœur du travail et de l'intervention sociale (Avenel, 2021). Ainsi, derrière ce terme se cache différentes pratiques, comme les visites à domiciles, les maraudes, le déploiement d'équipes mobiles, ou encore le déplacement d'un service au sein d'un lieu différent du lieu d'exercice habituel (permanence délocalisée, consultation avancée), etc.

Le travail de rue incarne l'un des incontournables du secteur de la prévention et de l'éducation. On peut mentionner notamment les maraudes comme l'une des modalités les plus anciennes d'actions d'aller-vers. De manière générale, la maraude est une action qui se base sur la prospection, la recherche de personnes faisant partie d'un public cible au sein de l'espace public. Cette action permet ainsi d'aller à la rencontre de personnes ciblées, à des endroits précis. C'est le cas notamment de l'association Emmaüs Solidarité qui organise des maraudes d'intervention sociale et de santé auprès des personnes sans abri dans cette idée d' « aller à la rencontre des personnes qui ont renoncé à tout, leur redonner une étincelle d'espoir » (Morel & Ndoumou, Herbert, 2021). Les professionnels qui vont à la rencontre de ces personnes sont essentiellement des travailleurs sociaux mais aussi des médecins et des psychologues, adoptant une approche globale de la santé, qui va bien au-delà du soin.

Dans le même sens, à partir de l'après-guerre, la prévention spécialisée, forme spécifique de travail social, se développe. A cette époque, la prévention spécialisée se traduit par l'intervention d'éducateurs de rue auprès de jeunes qui ont été plus ou moins laissés à l'abandon du fait de la guerre (Vulbeau, 2007). L'objectif poursuivi était donc de permettre à ces éducateurs d'agir directement dans les quartiers, pour aller à la rencontre de ces jeunes qui échappent, pour diverses raisons, au système et ainsi créer avec eux une relation de confiance permettant de les accompagner. En d'autres termes, « le rôle essentiel de la démarche éducative se fonde sur l'implication relationnelle des éducateurs et vise un changement des conduites. Elle ne peut se construire et prendre sens qu'avec le temps » (Léculée, 2006).

En santé, il est également opportun de citer les contours de la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) aux conduites addictives, qui s'est également inscrite dans une véritable démarche d'aller-vers. De manière générale, la RdRD désigne l'ensemble des pratiques qui visent à la réduction des conséquences néfastes, « tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation

de drogues (Haute Autorité de Santé, 2019). Tout en pénalisant l'usage des drogues, la Loi de santé publique de 2004² y intègre la réduction des risques au nom de la lutte contre les maladies et dépendances. La consommation de substances psychoactives comporte en effet des risques et peut dans certains cas provoquer des dommages relatifs à la santé somatique, mentale et à l'inclusion sociale. Dans certaines situations, les personnes usagères de drogues peuvent éprouver des difficultés à accéder aux services de réduction des risques, pour différentes raisons ; la méconnaissance des ressources disponibles ou encore dans le cas d'un éloignement géographique des structures par exemple. Pour accompagner au mieux ces usagers consommateurs de drogue, il est devenu primordial de développer des actions d'aller-vers « l'usager et ses usages, l'accompagner dans son univers de vie » (Couteron, 2015).

Dans ce sens, différentes structures et établissements ont développé de telles actions, comme les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

Les CAARUD définissent cette mission d'aller-vers comme « l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers » (ANESM, 2017), notamment par le biais d'actions dites « hors les murs » (Robert, 2017) permettant de se rendre dans les lieux où se trouvent les usagers. Au mois de mars 2023, le·la Coordinateur·rice d'un CAARUD m'a confirmé le caractère primordial des actions d'aller-vers développées à destination des usagers de drogues, qui font partie de l'essence même de la philosophie de ces centres.

Pour les CSAPA, l'aller-vers consiste en la mise en œuvre d'une démarche dite de proximité fondée sur l'atteinte des personnes à l'endroit « où elles sont » et « là où elles en sont » (Haute Autorité de Santé, 2019).

Pour autant, la RdRD est à appréhender de manière plus large et ne se résume uniquement à l'aller-vers. Elle se traduit également par d'autres démarches qui consistent à laisser les personnes venir par elles-mêmes vers les dispositifs mis à leur disposition (stands de répit dans les milieux festifs, l'aménagement de locaux pour accueillir les usagers, etc.). Il s'agit d'une autre manière d'accompagner les personnes.

Ces différentes illustrations sont bien loin de représenter la richesse de l'ensemble des actions d'aller-vers développées en la matière. Ces exemples permettent tout de même une mise en lumière de l'approche historique de cette démarche et également le constat que l'aller-vers comprend différents

² Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

moyens d'action et de déploiement, qui sont notamment devenus incontournables, dans un contexte de crise sanitaire.

3) *L'impact de la crise sanitaire : l'accentuation d'un isolement social et sanitaire*

La survenue de la crise sanitaire de la Covid-19 a rendu incontournable le déploiement d'actions d'aller-vers. Depuis le mois de mars 2020, les populations les plus vulnérables, notamment à cause de leur âge ou encore de leur condition socio-économique, se sont retrouvées fortement isolées. Dans un tel contexte, un ensemble d'acteurs se sont mobilisés pour développer des interventions permettant de créer du lien, d'informer, de réduire les risques sanitaires et sociaux, d'orienter, d'aider à l'accès des services et dispositifs compétents, tout en levant les réticences à leurs recours. La crise a créé chez les acteurs de la santé et les personnes accompagnées, un double sentiment : celui que « l'aller-vers n'est plus une marge, un supplément d'âme, mais qu'il est au cœur (des) pratiques de professionnels de santé publique » ; et qu'« en se rapprochant d'eux (les personnes les plus vulnérables), de leur cadre de vie, le système de santé publique prend enfin en considération l'entièreté de ce qui fait santé, des contraintes comme des appuis » (Ginot, 2022).

Le confinement de la population a complexifié, voire empêché, cet aller-vers. C'est pour autant dans un tel contexte de crise, que la médiation en santé était un dispositif indispensable à déployer, pour accompagner les personnes dans leur parcours de santé mais aussi pour rompre avec la triste réalité d'un isolement social et sanitaire accentué (B).

B. La médiation en santé, une dimension essentielle de l'aller-vers

Il existe différents termes pour parler de l'aller-vers ; la médiation en santé en fait partie. La démarche d'aller-vers est à appréhender de manière globale et illustre une diversité de pratiques. La médiation en santé en apporte une illustration intéressante par le rôle central du médiateur en santé, qui se positionne au cœur de la rencontre des acteurs du système de santé et des personnes qui en sont le plus éloignées. Aujourd'hui, il reste toujours difficile d'apporter une définition claire et consensuelle de la médiation en santé (1), notamment du fait que sa reconnaissance ne soit que très récente et que ce dispositif soit véritablement né des besoins du terrain (2).

1) *La médiation, un terme polysémique*

La médiation est un terme polysémique, qu'il est nécessaire de différencier d'autres concepts qui peuvent s'en rapprocher sur différents aspects. Pour revenir sur l'origine étymologique de la médiation,

ce terme signifie « être au milieu de ». Dans sa posture, le médiateur va véritablement adopter un positionnement central entre l'institution d'une part, et l'individu d'autre part.

La médiation est un terme général, qui n'est pas spécifique à la santé. On retrouve la médiation au sein de différents domaines, comme la médiation sociale, la médiation familiale, la médiation judiciaire, ou encore la médiation numérique par exemple. Ainsi, la médiation est une fonction d'interface qui s'adapte à différents domaines et qui poursuit toujours le même objectif ; l'accompagnement et la sensibilisation d'acteurs et d'individus, dans un domaine particulier (Soleymani et al., 2022).

Dans le champ de la santé, c'est par la création d'un véritable rôle d'interface, que le médiateur en santé va co-construire une relation entre un public cible et les acteurs du système de santé, sur un territoire précis. C'est donc lui qui va engager le rapprochement des parties concernées.

Du fait de sa polysémie, il arrive que la médiation en santé se confonde avec d'autres types de médiation. La médiation en santé et la médiation sociale sont deux pratiques distinctes bien qu'elles partagent certaines similarités. La médiation sociale apparaît dans les années 80 dans un contexte de création d'une politique de la ville, à destination des quartiers en difficulté. Les actions de médiation sociale se sont très rapidement traduites par des interventions au sein de l'espace public de ces quartiers prioritaires (Soleymani et al., 2022). Dans cette même logique, dans les années 90, les femmes-relais vont également initier la médiation sociale, en mettant à profit leurs connaissances et compétences sur l'immigration, pour faciliter la compréhension et les échanges entre les habitants des quartiers et les services de l'État (*Ibid.*). Progressivement, la médiation sociale s'est structurée et professionnalisée en suivant une idéologie précise : « la médiation sociale est définie comme un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose » (Groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits de médiation sociale, 2001). La médiation sociale prend donc en compte l'ensemble des domaines relatifs au quotidien des personnes. Dès lors, le médiateur social peut se retrouver confronté à accompagner des personnes sur des questions de santé, encore faut-il avoir les ressources et connaissances en la matière, sachant que la santé sera loin d'être l'unique problématique relative à la vie d'une personne. Il est indéniable que le champ du social est directement lié au champ de la santé, pour autant un médiateur social n'adoptera pas le même rôle et la même posture qu'un médiateur en santé. La spécificité de la médiation en santé repose sur le fait que le médiateur va informer, orienter et accompagner les personnes, spécifiquement sur leur santé, les autres domaines de la vie quotidienne ne relevant pas de son champ de compétences.

La médiation est aussi un concept qui fait fortement écho aux notions d'interculturalité et d'interprétariat. En effet, les structures et établissements sociaux, médicaux-sociaux et sanitaires sont des espaces qui accueillent une pluralité de cultures. Les usagers de ces établissements ont de multiples origines ; géographiques, sociales, religieuses et ethniques. « Même si la relation soignant-soigné (...) est par nature d'essence interculturelle, l'étrangeté de l'utilisateur y ajoute un certain désordre » ; pour autant il reste tout de même essentiel de préciser que « l'interculturalité ne se limite pas aux exotismes étrangers » (Tessier et al., 2017). La culture ne se limite pas à cet aspect. La médiation et l'interprétariat se sont ainsi progressivement développés dans cet objectif d'améliorer de manière globale, la relation entre l'institution et les usagers, barrière de la langue ou non.

Du côté de la médiation, ce rôle d'interface entre les institutions et les usagers permet autant d'accompagner des personnes en situation de précarité, des personnes âgées que des étudiants, ce qui révèle une véritable diversité de public. C'est pour accompagner ces personnes, que « ces pratiques de médiations sont à élaborer et à penser dans l'éducation et la promotion de la santé et dans les soins en France en suivant les âges, les territoires ou les modes de vie » (*Ibid.*).

Quant à l'interprétariat, il renvoie directement au langage, qui peut s'envisager sous deux dimensions : d'une part au langage du professionnel de santé, qui n'est pas toujours accessible au patient, mais aussi à la barrière linguistique nécessitant l'intervention d'interprètes pour traduire les échanges.

Dans la pratique, il arrive que la distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat soit mise à l'épreuve. Il y a « le constat que l'interprète effectue bien un travail de médiation et qu'il ne se conforme pas à la norme de neutralité pourtant enseignée et répertoriée comme bonne pratique » (Chambon et al., 2020), questionnant ainsi l'image de l'interprète comme « machine à traduire » (Bot, 2005). Il est vrai que ces deux notions « dialoguent ensemble » (Chambon et al., 2020), notamment du fait que le médiateur en santé comme l'interprète dans le domaine de la santé, puissent mobiliser dans le cadre de leur fonction, la question de la langue et de la culture. Pour autant, il est nécessaire de bien les distinguer. En effet, « alors que l'interprétariat cible les personnes parlant peu ou pas français, la médiation vise les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pour des raisons potentiellement autres que la seule barrière linguistique ou culturelle »³.

Cette dimension interculturelle n'est pas considérée et adoptée par l'ensemble des institutions et professionnels de santé. Dès lors, tout l'enjeu repose sur cette nécessité de leur donner les outils nécessaires pour aborder de manière volontaire cette approche interculturelle « qui sous-tend l'humanisme, voire l'humanisation des soins et de notre système de santé » (Tessier et al., 2017). Ainsi, à titre d'illustration, dans le cadre de sa politique culturelle, en 2013, le Centre Hospitalier

³ Référentiel sur la Médiation en santé et Référentiel sur l'Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, Annexe 2, 2017.

Universitaire (CHU) de Bordeaux a fait appel à une anthropologue pour interroger « ce rapport à la diversité et mettre en place des actions au sein de l'établissement qui favoriseront sa meilleure prise en compte » (Renaud, 2017). C'est ainsi qu'une partie des professionnels du CHU ont été formés à la diversité culturelle. Cette dimension interculturelle a pris une importance majeure qui trouve aujourd'hui une première consécration légale avec la Loi du 26 janvier 2016, qui promeut la médiation en santé et l'interprétariat linguistique.

2) Les premiers dispositifs de médiation en santé

Dans les années 1960, diverses initiatives de médiation vont naître. En Amérique du Nord, la médiation familiale commence à se développer, dans l'objectif de tendre vers une véritable déjudiciarisation des conflits familiaux. C'est également dans cet objectif de déjudiciarisation, que vont se développer de nouvelles formes de médiation, comme la médiation juridique et pénale, par le développement du rôle central d'un médiateur en charge de ces questions (Musso, 2015). De manière plus spécifique, concernant le champ de la santé, c'est à partir de la fin des années 70, que la médiation en santé se développe, en lien avec le développement d'initiatives de santé communautaires qui envisagent de manière globale, la promotion de la santé des populations, notamment en Amérique latine, sur le continent africain mais également en Europe (*Ibid.*).

En France, en complément du développement de certaines initiatives en la matière, il faut attendre le début des années 90 pour voir apparaître les premières expériences de médiation en santé, notamment dans le champ du Sida. A cette période, la maladie n'était pas bien acceptée par la société, même par certains professionnels de santé. Dès lors dans un tel contexte, « l'accompagnement des malades dans leurs parcours de soins dont l'issue était alors univoque – le décès – a fait naître un besoin de médiation » (Bouchaud et al., 2022). Le constat d'un besoin de médiation portait sur l'objectif de guider d'une manière appropriée les malades dans leurs droits et accès aux soins, mais également de faciliter les rapports avec les professionnels de santé en charge de leur suivi. On parle ainsi de la naissance d'une médiation sanitaire dite hétéroclite, aux compétences peu structurées, alimentée par des expériences émanant de différents pays (*Ibid.*). Finalement, la médiation en santé s'est véritablement construite autour de problématiques de santé et de publics que l'on peut qualifier de très spécifiques.

Ce n'est que dans un second temps que la reconnaissance du métier de médiateur en santé et de la structuration d'une formation en la matière, vont émerger dans les esprits. Il faut attendre les années 2000 pour voir apparaître les premiers programmes de médiation en santé. A travers l'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée (IMEA) et soutenu par la division Sida de la Direction Générale de la Santé (DGS), la faculté de médecine de Bichat, dans le 8^{ème} arrondissement de Paris, a

hébergé pendant cinq années l'un des premiers programmes pionnier de médiation en santé : « Programme national pour l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité ». Ce programme a ainsi été déployé à Paris, Marseille, Nice et Cayenne entre 2000 et 2005. L'équipe en charge de ce programme de formation était issue de divers parcours : médecins de santé publique, travailleurs sociaux et médiateurs sociaux (Musso, 2015).

Derrière le déploiement de ce programme, plusieurs dynamiques ont été mises en lumière. Tout d'abord, encourager la facilitation des communications interculturelles, encourager l'inclusion des personnes en situation de vulnérabilité et enfin encourager la transformation des relations entre les soignants et les soignés, dans cet objectif de favoriser l'autonomie des personnes dans leur parcours de santé. 150 médiateurs en santé ont été formés à travers ce programme. Cette première génération de médiateur en santé s'est donc appropriée ce rôle d'interface dans l'objectif de mieux accompagner les personnes malades dans leurs droits et leurs accès aux soins, tout en créant cette interface avec les professionnels de santé en charge de l'accompagnement médical de ces personnes. A l'issue de cette formation, les médiateurs en santé ont la plupart du temps agi en tant que support d'associations communautaires des personnes séropositives et des usagers de drogues, mais aussi comme support de structures de santé. A cette époque, il s'agit d'une véritable expérimentation mettant à jour une approche sanitaire dominante permettant de favoriser l'autonomie des personnes dans leur parcours de santé (Revault, 2017), mais également de mettre en lumière la distinction nécessaire entre « une médiation sociale dédiée à des questions de santé et une médiation de santé publique » (Musso, 2015). Cette expérimentation a fait l'objet d'une évaluation, démontrant l'évidente amélioration d'une compréhension réciproque entre les acteurs du système de santé et les personnes accompagnées (Direction générale de la cohésion sociale, 2006).

Face au développement de la médiation en santé et de la réaffirmation de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé par les politiques publiques, il faut attendre la promulgation de la Loi du 26 janvier 2016 pour qu'un tel dispositif bénéficie d'une reconnaissance et d'un encadrement légal **(II)**.

II. La médiation en santé, un dispositif bénéficiant d'un encadrement relativement récent

Il faut attendre la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016, pour avoir une première consécration légale de la médiation en santé **(A)** et le Référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS), publié en octobre 2017, pour avoir un premier pas dans la structuration d'une telle démarche **(B)**.

A. La Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016, une première consécration légale

Les premiers dispositifs de médiation en santé se sont développés sans encadrement officiel permettant de guider sa mise en place (1). Ce n'est que récemment, en 2016, que la loi est venue inscrire légalement la médiation en santé, permettant enfin de sécuriser les contours d'une telle pratique (2).

1) Les premiers dispositifs de médiation en santé, dénués de tout encadrement

« L'objectif de la médiation en santé s'inscrit dès ses débuts dans l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention et vise à faciliter les relations entre professionnels de santé et usagers » (Haute Autorité de Santé, 2017). Comme il a été mentionné précédemment, les premiers dispositifs de médiation en santé ont émergé dans les années 90 et se sont progressivement développés, pour accompagner les personnes les plus vulnérables dans leur parcours de santé, mais aussi les acteurs du système de santé. Ces premières expérimentations ont révélé des résultats très satisfaisants, encourageant ainsi un certain nombre d'acteurs à développer et financer de tels dispositifs, comme notamment les ARS, les hôpitaux, les structures d'exercice coordonné, etc. Ces expérimentations ont ainsi démontré une véritable diversité de mise en place de la médiation en santé.

Face à ce déploiement, la sécurisation et l'encadrement de la pratique devenaient de plus en plus urgents. Les premiers dispositifs de médiation en santé se sont en effet construits sans véritable encadrement, mais plus en inspiration de dispositifs déployés en la matière ou dans d'autres domaines. Cette absence d'encadrement officiel n'a pas empêché les structures ou les collectivités territoriales de s'en emparer. La médiation en santé a ainsi connu un déploiement propre à des besoins en santé identifiés par des associations, des structures et établissements sociaux, sanitaires et médico-sociaux, mais aussi par le biais des collectivités territoriales. A titre d'illustration, deux associations lyonnaises se sont emparées de la question dans les années 90. La ville de Grenoble a également développé une équipe de médiateurs en santé pairs dans les années 2015-2016. Ces acteurs ont développé la médiation en santé dans cette logique de répondre aux problématiques de santé présentes sur leurs territoires, auxquelles le système de santé ne peut plus faire face. Pour autant, ces deux villes illustrent l'importance de définir et préciser les contours de tels accompagnements sur les territoires ; l'absence de tout encadrement positionnant la médiation en santé dans une situation d'insécurité.

2) Une inscription dans la loi permettant de sécuriser les contours de la pratique

Finalement, la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé, qualifiées de « relativement discrète dans les lois de santé publique » (Haschar-Noé & Bérault, 2019) a constitué un véritable obstacle à la constitution d'un cadre relatif à la médiation en santé. Ce n'est que récemment que ces inégalités ont été mise à l'agenda politique et on fait de la médiation en santé un véritable « instrument de modernisation des politiques publiques de santé » (*Ibid.*). La LMSS du 26 janvier 2016⁴ s'est ainsi emparée de cet objectif de réduction de ces inégalités au sein de 6 articles sur les 227. En réaffirmant que le « système de santé est performant mais inéquitable »⁵, la loi rappelle la responsabilité et le rôle de l'État qui se doit d'œuvrer dans la réduction de ces inégalités, comme un véritable enjeu de santé publique. C'est donc cette loi qui va donner un véritable cadre de référence à la médiation en santé, ainsi que des premiers éléments de définition qui permettent de la distinguer de l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

Les articles 90 et 92 de la LMSS du 26 janvier 2016 sont consacrés à la médiation en santé et l'interprétariat linguistique.

L'article 90 a ainsi consacré un nouvel article au sein du Code de la santé publique. Il s'agit de l'article L1110-13 qui mentionne que « la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités ». Ce premier alinéa permet tout d'abord d'associer mais aussi de différencier la médiation en santé, de l'interprétariat linguistique et de préciser l'objectif porté par ces deux démarches. Malgré un objectif commun visant à favoriser l'accès à la santé des personnes les plus vulnérables éloignées du système de santé, « l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction » (Haute Autorité de santé, 2017). Contrairement au médiateur en santé, « le travail de l'interprète est centré sur la langue et sur la restitution du sens »⁶.

Le deuxième alinéa de cet article prévoit à son tour l'élaboration de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques qui permettront spécifiquement d'encadrer et de définir la médiation en santé et l'interprétariat linguistique.

⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵ *Ibid.*

⁶ Référentiels Médiation en santé et Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, Annexe 2, 2017.

Concernant l'article 92, ce dernier prévoit la possibilité de développer des projets d'accompagnement sanitaire des personnes qui ont « pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie ».

Le 5 mai 2017, un décret d'application⁷ de la LMSS de 2016 est venu préciser les choses et définir de manière réglementaire la médiation en santé, au sein de l'article D.1110-5 du Code de la santé publique. Cet article mentionne que « la médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités ». Ce décret est paru postérieurement à la publication du référentiel de la HAS sur la médiation en santé.

« Ainsi, à partir de ces avancées, la médiation constitue bien, pour le ministère, un instrument de modernisation de sa politique de santé afin de la rendre plus performante et efficace dans sa lutte contre les ISS » (Haschar-Noé & Bérault, 2019). La LMSS de 2016 a ainsi permis d'élaborer le premier encadrement juridique relatif à la médiation en santé. Dans ce sens, la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) ont confié à la HAS le soin d'élaborer un référentiel sur la médiation en santé afin d'apporter une structuration de la pratique (B).

B. Le référentiel HAS de 2017, un premier pas dans la structuration de la médiation en santé

La LMSS du 26 janvier 2016 a été le premier pas, permettant une véritable consécration légale de la médiation en santé. Il ne s'agissait que de la première étape. Le deuxième alinéa de l'article L1110-13 du Code de la santé publique prévoit directement la mission confiée à la HAS, d'élaborer un premier référentiel sur la médiation en santé et un deuxième référentiel sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Il ressort de cet alinéa que « des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre

⁷ Décret n°2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation en santé et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé ». La saisine par la DGS, la DGOS, la DGCS et la DSS ont permis de préciser l'objectif de la commande qui précise que « l'élaboration de ces référentiels s'appuiera sur les pratiques existantes et évaluées en ce domaine qu'il s'agira d'encadrer et de stabiliser à travers ces référentiels communs, sans générer de financements supplémentaires ».

Dans ce cadre, la HAS élabore et publie, en octobre 2017, un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques sur la médiation en santé, d'une quarantaine de pages, qui s'intitule : « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ». L'élaboration de ce référentiel a permis d'affirmer la place de la médiation en santé après son inscription dans la LMSS de 2016 et de faciliter son recours. Ce référentiel a ainsi permis de faire un premier pas dans la structuration de cette pratique, d'en définir plus spécifiquement ses contours (1) et axes d'intervention (2), d'exposer le cadre déontologique (3) ainsi que les compétences et formations des médiateurs en santé (4). Pour autant, le référentiel se confronte à la réalité de la pratique pour différentes raisons (5).

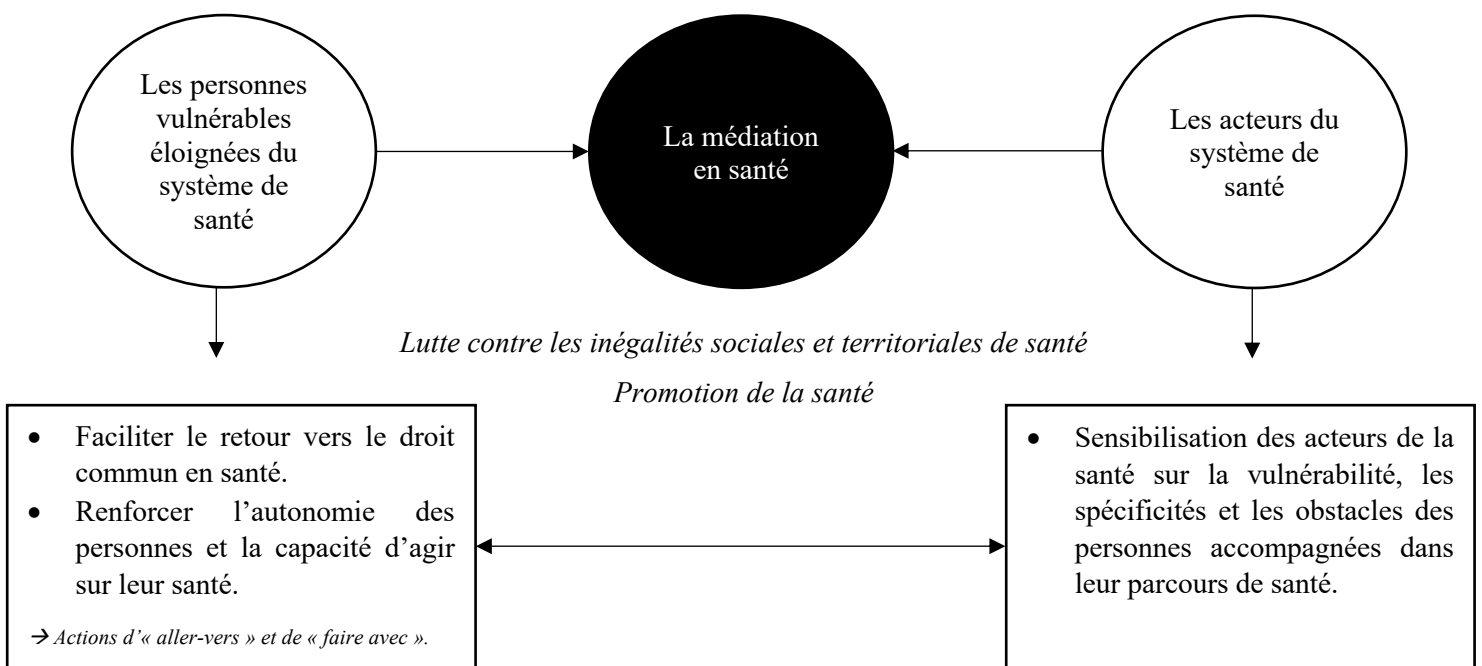
1) Une définition des contours de la médiation en santé

Le référentiel a ainsi permis de proposer une définition complète et précise de la médiation en santé. Il en ressort précisément que la médiation en santé est un processus temporaire de l'*aller-vers* et du *faire avec* qui consiste à faire avec les personnes et non à leur place « car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes » (Haute Autorité de Santé, 2017). Le médiateur en santé adopte une posture professionnelle qui l'amène à aller à la rencontre des personnes les plus vulnérables, pour les guider et les mener vers l'autonomie dans leur parcours de santé, tout en s'adaptant à la singularité de la situation de la personne. Ainsi, la médiation en santé est la fonction d'interface permettant de faciliter l'accès à la santé, c'est-à-dire l'accès aux droits, à la prévention, et aux soins, mais également de sensibiliser les différents acteurs du système de santé sur l'existence des obstacles du public dans leur accès à la santé. Pour se faire, le médiateur en santé « crée du lien » ; « participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder » (Haute Autorité de Santé, 2017).

Ainsi, le référentiel a permis d'apporter des précisions sur les personnes qui se cachent derrière cette notion floue que sont « les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ». Le référentiel

identifie les personnes exclues du système de santé, en référence à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, lors de laquelle un groupe de travail spécifique à la santé et l'accès aux soins avait travaillé sur l'identification de ces populations. Il s'agit ainsi des habitants des zones urbaines dites sensibles et départements d'outre-mer, les populations immigrées ou descendants d'immigrés, les travailleuses pauvres en situation de vulnérabilité sociale, les enfants et les jeunes, les personnes âgées de 55-85 ans en situation de difficulté financière, les personnes prostituées, les populations sans logement, les personnes issues du milieu carcéral (Groupe de travail « Santé et accès aux soins », 2012). Le référentiel se réfère explicitement à l'identification de ces populations mais de manière non exhaustive. En parallèle, la médiation en santé s'adresse également aux professionnels de santé et institutions qui interviennent dans le parcours de santé de ces populations identifiées. En adoptant ce rôle d'interface, le médiateur en santé occupe une place centrale qui permet de faire face aux « difficultés de mise en relation » auxquelles sont confrontées ces deux parties (Haute Autorité de Santé, 2017).

Schéma n°1 : Les objectifs de la médiation en santé (Référentiel HAS, 2017)



2) Les axes à élaborer dans le développement de la médiation en santé

Le référentiel de la HAS insiste également sur la nécessité d'adapter les actions de médiation en santé, aux besoins des territoires et des populations. Le développement de la médiation en santé doit

nécessairement commencer avec l'élaboration d'un « diagnostic initial territorial robuste et de qualité permettant d'identifier les obstacles au recours à la prévention et aux soins, les besoins latents et les attentes du public-cible sur un territoire donné » (Haute Autorité de Santé, 2017). Il s'agit ainsi du point de départ permettant de développer de manière cohérente un tel dispositif en réponse à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il ressort de la pratique et des différentes expérimentations, que les principaux obstacles à l'accès à la santé des populations sont de deux ordres : il y a d'un côté les obstacles liés au système de santé (complexité des démarches administratives, dématérialisation des démarches, manque d'information des professionnels...) et de l'autre côté les obstacles liés au public (manque de connaissance des dispositifs de droit commun, méfiance dans les rapports avec les professionnels de santé, manque de priorisation de la santé...) (Haute Autorité de Santé, 2017).

Ainsi, l'établissement de ce diagnostic territorial et populationnel aura cet avantage de permettre de définir les axes d'intervention de la médiation en santé sur un territoire donné, qui doivent s'adapter aux besoins et problématiques en santé recensés. Le référentiel différencie ainsi trois axes d'interventions de la médiation en santé.

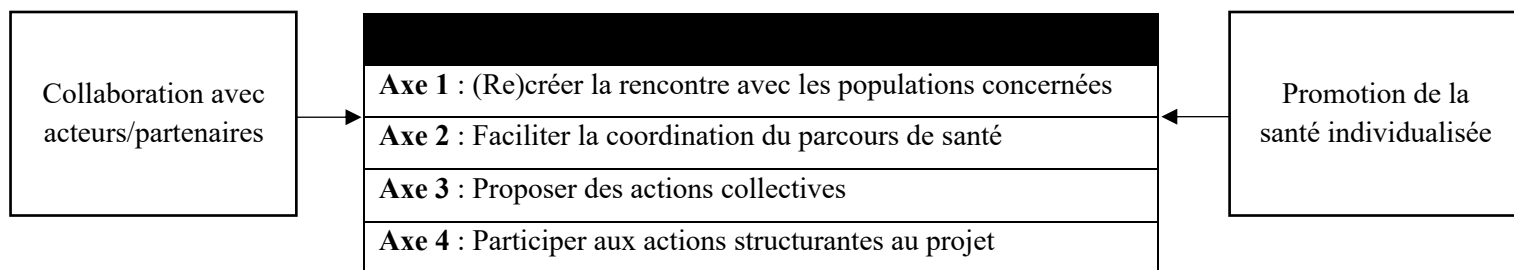
Le premier axe « *(Re)créer la rencontre avec les populations concernées* » permet la mise en place d'actions d'aller-vers autant vers les professionnels de santé, les établissements, les institutions et partenaires que vers les publics les plus fragilisés et isolés. Ces actions permettent aux médiateurs en santé de se faire connaître et identifiés par les acteurs de proximité concernés, mais aussi de créer du lien avec les personnes, de porter une attention particulière à leur santé et transmettre les données et informations récoltées aux acteurs compétents. Ces actions peuvent autant se traduire par la présence du médiateur en santé au sein de lieux facilement repérables par les personnes (lieux de vie, structures, établissements ciblés, etc.), qu'observer, identifier et aller à la rencontre des personnes qui se trouvent dans des situations problématiques relatives à la santé. Ces actions d'aller-vers peuvent se déployer de différentes manières, comme se rendre directement au domicile des personnes identifiées par les biais d'une action de porte-à-porte, ou encore se rendre directement au sein des locaux des structures identifiées, par exemple.

Le deuxième axe « *Faciliter la coordination du parcours de santé* » s'appréhende de manière globale. Les médiateurs en santé peuvent autant aider à l'ouverture et la mise à jour des droits en santé, favoriser les relations entre les personnes et les acteurs du système de santé, qu'apporter des informations et des orientations. Autant d'éléments qui reprennent de manière globale le parcours santé de la personne. Le troisième axe « *Favoriser des actions collectives de promotion de la santé* » implique de mobiliser les différents acteurs de la santé et les partenaires pour favoriser le développement d'actions collectives

en direction des publics à accompagner. Cet axe peut se déployer sous différents aspects. Il peut s'agir autant pour ces acteurs, de participer au déploiement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé, de participer à des actions de dépistage, que de co-animer des actions de sensibilisation sur les problématiques de santé.

Le quatrième et dernier axe « *Participer aux actions structurantes au projet* » permet ici de répondre aux différentes données récoltées par le biais des accompagnements mis en place. En d'autres termes, cet axe permet la collecte et la transmission des dysfonctionnements aux acteurs compétents, afin de développer des partenariats pour favoriser le développement d'accompagnements spécifiques en réponses aux besoins en santé constatés.

Schéma n°2 : Les axes d'intervention de la médiation en santé (Référentiel HAS, 2017)



Ces quatre axes permettent d'illustrer de manière globale les différents champs d'accompagnements des médiateurs en santé, qui peuvent se traduire sous différentes formes. Les médiateurs en santé peuvent autant faire de l'accompagnement individuel, c'est-à-dire propre à une personne, autour de son parcours de santé, que de l'accompagnement collectif qui s'adresse à un groupe de personnes identifiées pour travailler autour de la sensibilisation, de la prévention et de l'éducation à la santé, en lien avec différents acteurs et partenaires. Pour mener ces accompagnements, tout l'enjeu des médiateurs en santé est ainsi de se faire connaître et être vus du plus grand nombre. Pour ce faire, ces professionnels peuvent effectuer des permanences au sein de structures et lieux stratégiques, mais aussi déployer des actions d'aller-vers permettant d'aller directement à la rencontre des personnes les plus vulnérables et des acteurs du système de santé.

Ainsi, le référentiel développe les grandes lignes de ces accompagnements. Il reviendra aux médiateurs en santé mais aussi aux personnes en charge de son déploiement, de s'adapter aux besoins et problématiques en santé identifiés sur leurs territoires, d'où l'importance de l'élaboration préalable d'un diagnostic local en santé.

3) *L'élaboration d'un cadre déontologique propre à la médiation en santé*

Le référentiel a retenu trois grands principes déontologiques que les médiateurs en santé, pivots de la démarche, doivent respecter, à savoir la confidentialité et le secret professionnel, le non-jugement et le respect de la volonté des personnes. Autant de principes qui paraissent fondamentaux dans l'exercice d'une telle démarche. Pour autant, au niveau national, aucun écrit officiel ne définit spécifiquement les principes déontologiques relatifs à la médiation en santé. Au sein du référentiel, la HAS appelle explicitement à l'élaboration et rédaction d'une charte spécifique aux principes déontologiques de la médiation en santé. Il est tout de même intéressant de citer une initiative en la matière, ce que le référentiel ne s'empêche pas de mettre en avant, comme la charte déontologique élaborée par l'Atelier Santé-Ville (ASV) de Marseille⁸ qui prévoit différents articles relatifs par exemple au principe de libre choix et du consentement éclairé, au droit à la renonciation, au respect de l'entourage et des liens familiaux, etc.

Concernant plus spécifiquement les principes généraux mentionnés au sein du référentiel, le principe de confidentialité implique que le médiateur en santé a un véritable devoir de confidentialité face aux différentes informations relatives à ses accompagnements. Le médiateur en santé est également soumis au secret professionnel qui nécessite pour ce dernier de ne dévoiler aucune information relative à la santé de la personne. Concernant le principe de non-jugement, le médiateur doit exercer ses accompagnements sans jugement sur les croyances et idées exprimées par les personnes. Enfin, le médiateur en santé doit s'assurer de la volonté de la personne d'être accompagnée, en respect de l'article L1111-4 du Code de la santé publique relatif au consentement aux soins qui prévoit que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ».

4) *Les compétences et formations des médiateurs en santé*

Concernant les médiateurs en santé, le référentiel était fortement attendu sur les questions spécifiques aux compétences et formations relatives à l'exercice de ce métier. Le métier de médiateur en santé implique de bénéficier de « compétences, connaissances et capacités spécifiques » (Haute Autorité de Santé, 2017). Ce métier nécessite d'avoir des compétences techniques (méthodes de l'aller-vers, communication, connaissances administratives, capacité à travailler en équipe, respect du cadre déontologique...), tout comme des connaissances du public accompagné, de l'environnement social, médico-social et sanitaire, et enfin d'avoir un savoir-être permettant d'accompagner les personnes, être

⁸ Charte déontologique du médiateur en santé (ASV Marseille), Annexe 4, Référentiel HAS, 2017.

à l'écoute, connaître les limites de son rôle et savoir les expliquer aux personnes comme aux professionnels.

A partir de ces différents domaines de compétences, se pose la question de la formation car « la formation initiale et continue des médiateurs en santé a pour objectif de permettre à des futurs professionnels d'acquérir les savoirs et les compétences nécessaires à la conduite d'un projet de médiation en santé » (Haute Autorité de Santé, 2017).

En termes de *formation initiale*, le référentiel se réfère en premier lieu au programme de médiation en santé proposé par l'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée (IMEA), de 2000 à 2005. Cette expérience et l'évaluation qui en a découlé, a ainsi permis à la HAS de répertorier des propositions de modules de formation spécifiques à la médiation en santé, l'objectif poursuivi étant le développement d'une formation solide, relative à la médiation en santé.

Tableau n°1 : Propositions de modules de formation initiale (Référentiel HAS, 2017)

<ul style="list-style-type: none"> • Une approche théorique et historique de la médiation en santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Environnements institutionnels et des dispositifs juridiques, sanitaires et sociaux (acteurs de la santé, droits de la santé, structures de santé...).
<ul style="list-style-type: none"> • Santé publique et maladies (déterminants de la santé, inégalités de santé, pathologies...).
<ul style="list-style-type: none"> • Approche populationnelle et/ou thématique des facteurs de vulnérabilité (connaissances relatives aux personnes accompagnées – <i>Personnes âgées, population carcérale, migrants, santé maternelle et infantile...</i>).
<ul style="list-style-type: none"> • La fonction de médiateur (posture, pratiques, dimension technique, éducative et relationnelle).
<ul style="list-style-type: none"> • Stage d'immersion et de projet auprès des médiateurs en santé formés et en exercice.

Concernant cette fois la *formation continue*, la HAS insiste également sur cette nécessité de développer des temps de perfectionnement de la pratique pour les médiateurs en santé, en permettant « un approfondissement ou une mise à niveau des connaissances sur des thèmes spécifiques » (Haute Autorité de Santé, 2017). Ces temps de perfectionnement doivent être mis en place directement par les structures et acteurs qui portent la médiation en santé.

De manière générale, concernant la formation des médiateurs en santé, la HAS insiste sur plusieurs vigilances, à savoir la diversité des profils des médiateurs en santé qui devra être prise en compte, dans les conditions d'accès aux formations. En effet, selon les profils, les médiateurs en santé n'auront pas les mêmes compétences, expériences et mêmes besoins d'apprentissage. Une deuxième vigilance

concerne la posture du médiateur en santé qui peut être confronté à des situations complexes, nécessitant de mettre en place des temps d'analyses de pratiques, accompagnés de séances avec des psychologues afin que les médiateurs en santé adoptent « une posture juste et équilibrée » (Haute Autorité de Santé, 2017). Ces analyses de pratiques ont l'intérêt d'échanger sur les situations complexes, mais aussi de rompre avec l'isolement professionnel de ces médiateurs en santé.

5) Un référentiel qui se confronte à la réalité de la pratique

Le référentiel a été publié en octobre 2017. Dans la pratique, certaines structures et collectivités n'ont pas attendu sa publication pour développer la médiation en santé. Pour autant ce référentiel était très attendu, afin d'apporter une première structuration de la pratique et avoir une approche propre aux compétences et formations des médiateurs en santé. Il a ainsi permis une première structuration relative aux contours de la médiation en santé, mais sans véritable approfondissement en la matière, ne permettant pas de guider explicitement les acteurs dans le déploiement d'une telle démarche. Il est ainsi majoritairement ressorti des entretiens avec les Médiateur·rice·s en santé et les Chargé·e·s de mission en santé en charge de son déploiement, que le référentiel de la HAS n'a pas eu l'effet escompté au niveau de tous les aspects.

Même si « les questions liées à la formation et à la professionnalisation des médiateurs en santé n'y sont que peu évoquées ainsi que les articulations avec les institutions représentant le domaine du travail social » (Haschar-Noé & Bérault, 2019), le référentiel évoque également les attentes des acteurs de la médiation la santé. Il insiste notamment sur cette nécessité de lever les freins relatifs à l'absence de statut professionnel propre aux médiateurs en santé (secteur public et privé). Un statut professionnel permettrait de sécuriser le métier mais aussi de fixer légalement et réglementairement les droits et obligations relatives à cette profession. A ce jour, aucune reconnaissance statutaire de la profession n'a été établie et aucune formation diplômante n'a été développée en la matière. Un autre frein est relatif aux financements de la médiation en santé, qui sont pour la majorité non pérennes. Les financements étant la plupart du temps liés à des appels à projet, les acteurs souhaitent des « financements fléchés pour la médiation en santé » (Haute Autorité de Santé, 2017), ce qui n'est toujours pas le cas à ce jour.

Il va s'agir à présent de s'intéresser à la manière dont les villes se sont appropriées le cadre générique de la médiation en santé, avant et après la publication du référentiel de la HAS. La deuxième partie va notamment se focaliser sur la comparaison de la médiation en santé, expérimentée au sein de Grenoble et Saint-Denis, deux villes qui ont développé ce dispositif, en amont de la publication du référentiel pour la première ville et en aval pour la deuxième ville (**Partie 2**).

Partie 2. - La comparaison de la médiation en santé expérimentée au sein des villes de Grenoble et Saint-Denis

Les villes font partie de ces acteurs qui se sont emparés de la médiation en santé, dans l'objectif de réduire les inégalités de santé présentes sur leurs territoires. En effet, « les villes constituent des acteurs clés pour développer des environnements favorables à la santé et apparaissent comme un échelon de proximité pertinent, disposant d'une pluralité de leviers pour agir sur une partie des déterminants de santé »⁹.

La médiation en santé s'est ainsi déployée au sein de plusieurs villes. Grenoble et Saint-Denis apportent une illustration intéressante de l'appropriation de la médiation en santé sur un territoire spécifique, et directement pilotée et portée par une collectivité. Le pilotage et le portage de la médiation en santé, par ces deux villes, se justifient notamment par cette volonté commune d'encourager un aller-vers la grande précarité, qui témoigne d'un besoin d'accompagnement et d'orientation en matière de santé (I). Ces deux illustrations mettent ainsi en lumière la diversité des profils des médiateurs, et particulièrement l'importance du caractère professionnel de la médiation en santé (II). Dans ce cadre, les échanges avec les médiateurs en santé de ces deux villes, ainsi que les personnes en charge de son déploiement, ont permis d'appuyer les différents éléments mis en avant dans cette comparaison.

I. Un dispositif piloté et porté par la ville : une volonté politique commune d'encourager l'aller-vers la grande précarité

Grenoble et Saint-Denis sont deux villes dont les territoires et les populations diffèrent (A). Dans l'objectif de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, ces deux villes ont fait le choix de piloter l'expérimentation de la médiation en santé (B).

A. Deux villes confrontées à la spécificité de leur territoire et de leur population

La comparaison de l'expérimentation d'un tel dispositif au sein des villes de Grenoble (1) et Saint-Denis (2) permet la mise en lumière des enjeux et problématiques de santé, propres à chaque territoire, qui conditionnent le déploiement d'actions de médiation en santé (3).

Comme indiqué au sein du référentiel de la HAS, l'étape préalable à tout développement de la médiation en santé est l'élaboration d'un diagnostic territorial qui permet d'identifier les différents obstacles relatifs à la santé de la population. Dans cet objectif d'adapter les dispositifs en santé aux besoins des

⁹ Diagnostic santé : la santé des Grenoblois, Annexe Plan Municipal de Santé, Ville de Grenoble.

territoires et des populations, les villes possèdent une fine connaissance des critères démographiques, sociaux, et économiques des habitants, ainsi que de l'état de santé de cette même population, de l'offre et l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Dans ce cadre, les villes effectuent « *une étude de terrain approfondie pour juger de la nécessité de mise en place de la médiation en santé au niveau d'un territoire* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°1). Ce diagnostic local sert ainsi de point de départ avant l'élaboration et le déploiement d'un tel dispositif, ce qui n'est pas spécifique à la médiation en santé mais à toute action en matière de santé.

1) *La santé des Grenoblois, un enjeu municipal de santé*

Grenoble est une commune qui se situe au sud-est de la France, en région Auvergne Rhône-Alpes. La ville est chef-lieu du département de l'Isère. Sa population compte 158 198 habitants pour 18,13 km² de superficie (INSEE, 2019a). La ville est découpée en six secteurs et compte quatre Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)¹⁰. Chaque secteur est servi par une antenne municipale, les mairies de secteur. Les QPV « rassemblent par construction les résidents les plus pauvres des territoires urbains » ; « le taux de pauvreté monétaire en QPV est trois fois plus élevé au sein des QPV que sur l'ensemble du territoire » (Observatoire national de la politique de la ville, 2020). A Grenoble, les QPV regroupent 14,02 % de la population grenobloise.

Carte n°1 : Les quartiers de la ville de Grenoble répartis par secteur¹¹



Légende :

Secteur 1

Secteur 2 : Alma - Très Cloîtres - Chenoise (QPV)

Secteur 3 : Mistral Lys Rouge Camine (QPV)

Secteur 4

Secteur 5 : Teisseire Abbaye Jouhaux Châtelet (QPV)

Secteur 6 : Villeneuve – Village Olympique (QPV)

¹⁰ Décret n°2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains, modifié par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015.

¹¹ Site de la ville de Grenoble.

Dans le cadre de l'élaboration d'un Plan Municipal de Santé (PMS), en 2016, la ville a fait l'objet d'un diagnostic en santé permettant « d'explorer autrement les connaissances et les données, afin de construire une représentation commune de la réalité et de partager les enjeux auxquels les politiques publiques doivent répondre »¹². Ce diagnostic, annexé au PMS, se fonde essentiellement sur les données du recensement de la population de l'INSEE, des revenus fiscaux localisés, de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de l'Isère, de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), de l'ARS Rhône-Alpes et des concertations locales.

Plusieurs enjeux sont ressortis de ce diagnostic ; enjeux que les politiques publiques se doivent d'appréhender pour améliorer la santé globale des habitants. L'étude des données est principalement réalisée à l'échelle communale mais également à l'échelle des secteurs et/ou des QPV. La réalisation d'un diagnostic en santé suppose au préalable de recueillir les éléments de contexte démographique, social et économique qui jouent un rôle majeur sur l'accès à la santé.

Pour synthétiser ces éléments, concernant les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population grenobloise, les jeunes constituent une part importante des effectifs. Les jeunes, âgés de 18 à 29 ans, représentent une proportion très élevée par rapport à l'échelle nationale avec un taux de 27% contre 14% (Mission Observation sociale et territoriale de la Ville et du CCAS de Grenoble, 2022). Dans le même sens, la part des personnes vivant seules et des familles monoparentales, est également importante et tend à évoluer dans ce sens dans les prochaines années. Un ménage sur deux est composé d'une personne (environ 40 000 personnes), tandis que les familles avec enfants représentent un ménage sur quatre, dont un tiers sont des familles monoparentales (environ 6 300 familles), avec une croissance de +1% par an entre les années 2007 et 2012, qui s'explique notamment par les phénomènes de décohabitation et de vieillissement de la population, sur l'ensemble du territoire et plus spécifiquement dans les quartiers d'habitat social. Grenoble se caractérise également par une forte représentation des personnes diplômées du supérieur et des cadres, ce qui a tendance à masquer l'importance des personnes à faible niveau d'éducation et à faibles revenus. De plus, on identifie sur l'ensemble du territoire une représentation des situations de précarité dans les quartiers d'habitat social, en hausse sur la période récente, avec notamment 21% des allocataires CAF qui vivent sous le seuil de bas revenus (*Plan Municipal de Santé Grenoble 2016-2020*, s. d.).

Concernant l'état de santé de la population, la ville est confrontée à l'existence d'inégalités de santé importantes. Plusieurs indicateurs mettent en évidence une mortalité prématurée (décès avant 65 ans), ainsi que la prégnance de plusieurs pathologies comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, ou

¹² Diagnostic santé : la santé des Grenoblois, Annexe Plan Municipal de Santé, p. 56-72, Ville de Grenoble.

encore les maladies psychiatriques. En 2013, pour 100 000 habitants, le taux de mortalité prématurée s'élevait à 189,9, un taux qui reste supérieur à la moyenne régionale de 171,1 et qui peut s'expliquer par une concentration de publics plus défavorisés, impactant directement le niveau de mortalité prématurée (*Ibid.*).

Concernant l'accès à la santé, Grenoble présente une offre de santé de proximité que l'on peut qualifier de diversifiée, mais qui reste limitée sur certaines spécialités, comme les dentistes et les ophtalmologues par exemple. Les difficultés d'accès aux droits relatifs à la santé sont marquées au regard de diverses dimensions qui sont financières, sociales mais qui se rapportent aussi à l'offre existante et à son déploiement sur le territoire. Du côté de la population, l'accès à la santé revêt une dimension sociale particulièrement prégnante chez les publics les plus précaires et isolés. En effet, les barrières financières n'expliquent pas à elles seules les phénomènes de ruptures de soins. Les facteurs sociaux sont également identifiés et peuvent présenter un certain décalage entre le fonctionnement du système de santé et le comportement de certains publics, notamment les plus précaires (*Ibid.*).

Enfin, sur le recours aux soins et à la prévention, les taux de recours sont faibles, notamment dans les QPV. En 2013, 68% des Grenoblois affiliés au régime général ont eu recours au moins une fois à un acte de médecine générale. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale mais fait aussi partie des taux les plus faibles parmi les communes de la métropole qui présentent une moyenne de 75%. Concernant la prévention, et spécifiquement les dépistages des cancers, en 2013, un peu plus d'une femme éligible sur deux a eu une mammographie de contrôle à Grenoble. Le taux est similaire à celui des grandes villes de la même région. Ce non-recours est ainsi plus important au sein des quartiers les plus favorisés, les femmes bénéficiant d'un suivi gynécologique régulier mais aussi des quartiers les plus défavorisés dont les facteurs d'explication se rapportent à l'appréhension ou les difficultés à se projeter. Le recours aux soins et à la prévention est ainsi devenu un volet prioritaire pour les professionnels de santé, à destination des personnes les plus vulnérables pour lesquels la santé n'est pas prioritaire (*Ibid.*).

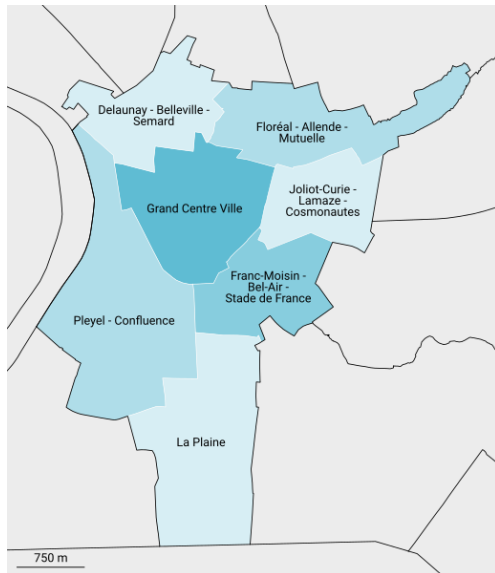
Ce diagnostic en santé a contribué à l'élaboration d'un PMS sur la période 2016-2020, mis à jour en 2023, et la signature du deuxième Contrat Local de Santé (CLS) sur la période 2018-2023.

En trouvant sa place au sein de ces deux documents cadres, la médiation en santé est ainsi l'un des axes pensés et développés par la municipalité pour tenter de répondre à ces différents enjeux de santé.

2) La santé des Dionysiens, un enjeu municipal de santé

De son côté, Saint-Denis est une commune limitrophe de Paris, qui se situe au nord de la capitale, dans le département de Seine Saint-Denis, en région Ile-de-France. Sa population compte 112 852 habitants pour 12,4 km² de superficie (INSEE, 2019b). La ville, découpée en sept quartiers

administratifs, comptent huit QPV¹³ qui regroupent environ 70% de la population dionysienne (Acs et al., 2022). Malgré des différences quant à la superficie et au nombre d'habitants des villes de Grenoble et Saint-Denis, ces chiffres démontrent une différence du niveau de précarité au sein de ces deux territoires.



Carte n°2 : Les QPV de Saint-Denis répartis au sein des sept quartiers administratifs de la ville¹⁴

Légende :

- Quartier 1 : Delaunay – Belleville – Sémard
- Quartier 2 : **Floréal - Allende – Mutuelle**
- Quartier 3 : Grand Centre-Ville
- Quartier 4 : **Joliot Curie – Lamaze - Cosmonautes**
- Quartier 5 : **Pleyel – Confluence**
- Quartier 6 : **Franc Moisin – Bel Air – Stade de France**
- Quartier 7 : **La Plaine**

Comme pour la ville de Grenoble, un diagnostic local en santé a été établi, cette fois pour l'élaboration et la signature du troisième CLS (2019-2022) de Saint Denis. Les problématiques en santé sont identifiées et divergent de celles présentes à Grenoble.

A Saint-Denis, les inégalités de santé sont particulièrement marquées, « l'état de santé sera d'autant moins bon que l'on se trouve dans une catégorie sociale défavorisée ». Il est vrai que « les habitants de Saint-Denis, par leurs caractéristiques sociales, économiques (...) sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé » (*3ème contrat local de santé de Saint-Denis*, 2019). Concernant les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population dionysienne, les difficultés sont *prégnantes*, pour emprunter ce terme utilisé au sein du CLS. On identifie des taux très élevés en termes de pauvreté, de chômage et de personnes résidant au sein de QPV. En 2015, le nombre de couples avec enfants qui se trouvent en dessous du seuil de pauvreté est important avec un taux de 38% à Saint-Denis contre 13% en France (*Ibid.*).

Concernant l'état de santé de la population, l'espérance de vie de la population est plus courte de plus d'un an que celles des autres franciliens, pour les hommes comme pour les femmes. Pour la période

¹³ Décret n°2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains, modifié par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015.

¹⁴ Wikipédia, 2021.

2011 – 2015, l'espérance de vie des hommes s'élevait à 78,7 ans à Saint-Denis contre 80,6 ans en Ile de France, et pour les femmes, l'espérance de vie s'élevait à 85 ans à Saint-Denis contre 86,1 ans en Ile de France (Observatoire régional de santé, s. d.). Le diagnostic met également en lumière différentes maladies et pathologies dont le taux est particulièrement élevé. En 2017, sur 1 000 habitants, Saint-Denis comptait un taux de 71,7 de personnes prises en charge pour le diabète par rapport à un taux régional de 52,8. Concernant le VIH/Sida, le taux était de 9,2 de personnes prises en charge par rapport à un taux régional de 5,0 (*Ibid.*).

Concernant l'accès à la santé, la ville bénéficie d'une offre de soins de premiers recours qui est assurée par différents secteurs (hospitalier public et privé, libéral, associatif et municipal notamment dans le déploiement de quatre centres municipaux de santé et de six centres de protection maternelle et infantile). Malgré la richesse de cette offre, comme d'autres territoires, la ville fait face à une baisse de la démographie médicale des professionnels libéraux (*3ème contrat local de santé de Saint-Denis, 2019*).

Enfin sur le recours aux soins et à la prévention, il est important de noter qu'une part importante de la population n'est pas couverte par l'assurance maladie, entraînant de nombreux renoncements à la santé, un faible accès à la prévention et un faible niveau de littératie en santé (*Ibid.*).

Pour répondre à ces enjeux de santé, tout comme pour la ville de Grenoble, la médiation en santé a été pensée comme l'une des réponses adaptées, pour tenter de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

3) Deux territoires, un besoin similaire de médiation en santé

Les villes de Grenoble et Saint-Denis sont confrontées à la présence, plus ou moins marquée, d'inégalités sociales et territoriales de santé. Ces inégalités se rejoignent et divergent sur différents aspects. Du fait d'une plus grande précarité, on constate que les problématiques de santé sont très importantes, voire plus, sur le territoire de Saint-Denis. Dans ce sens, la médiation en santé a été développée comme un dispositif ciblé avec une approche par quartier, permettant ainsi de lutter contre ces inégalités.

Au sein du référentiel HAS de 2017, des précisions sont apportées quant aux modalités techniques de mise en œuvre de la médiation en santé. Au vu des différentes expérimentations et de la diversité des projets développés, la HAS a répertorié les différentes possibilités de pilotage et de portage de la médiation en santé, qui concernent autant les associations, les collectivités territoriales, les ARS que les hôpitaux (Haute Autorité de Santé, 2017). Afin de déployer un tel dispositif, ces deux villes ont fait le

choix de le piloter et de le porter, dans l'objectif de l'adapter à la spécificité de leur territoire et de leur population (B).

B. La ville au cœur de l'appropriation et du développement de la médiation en santé

A Grenoble et Saint-Denis, ce sont les collectivités territoriales qui pilotent et portent le dispositif de médiation en santé, à travers les Directions de Santé Publique des mairies de ces deux villes (1). Le rattachement d'un tel dispositif à l'échelle municipale se justifie notamment par cette volonté politique commune de proposer des actions et accompagnements à destination des personnes les plus vulnérables dans leur parcours de santé (2).

1) Un dispositif piloté et porté par la municipalité

Concernant le contexte d'émergence de la médiation en santé, à Grenoble, en 2014, la ville connaît un changement de majorité politique. Il faut donc attendre l'année 2015 pour voir émerger les premières réflexions autour du déploiement de la médiation en santé, en amont de la publication du référentiel HAS. En 2015, la ville de Grenoble propose le déploiement d'un dispositif de concertation entre les différents services de la ville, les institutions, les associations, les habitants et les structures de soins du territoire, afin d'élaborer le Plan municipal de santé (PMS) pour la période 2016-2020. Le PMS a été adopté le 25 janvier 2016 en Conseil municipal, et a été mis à jour au début de l'année 2023. Ce PMS « est le fruit d'un travail de 12 mois », au contact d'une diversité d'acteurs de la Ville, « diversité (qui) a permis de partager un diagnostic, de croiser les regards, de faire émerger des idées nouvelles mais surtout d'impliquer de nombreux grenoblois qui souhaitaient s'investir autour des questions de santé » (Ville de Grenoble, 2016). Lors de ce processus de concertation, « les besoins en matière d'aller-vers, de médiation, d'accompagnement dans l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et de précarité ont particulièrement été remontés » (Giannini, 2023), notamment par les professionnels de santé.

Tableau n°2 : Les éléments clés du diagnostic en santé issus des groupes de travail du PMS de Grenoble (2016 – 2020)
« 1^{er} recours et parcours de santé » ; « Santé précarité et vulnérabilités »

<ul style="list-style-type: none"> • Une offre de santé saturée et insuffisante pour certaines spécialités ; • Un vieillissement des professionnels et des évolutions des modes d'exercice ; • Un accès aux soins non programmés à améliorer ; • Une mauvaise lisibilité et connaissance des ressources en santé ; • Une coordination des acteurs qui n'est pas systématique. 	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'inégalités sociales et territoriales de santé ; • Un manque d'information et des complexités administratives ; • Renoncements, ruptures et retards aux droits et soins ; • Des barrières financières, organisationnelles, culturelles... ; • Un besoin d'aller à la rencontre et d'accompagner les publics les plus fragiles ; • Un besoin de renforcement des liens avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de coordination d'acteurs et de projets ; • Besoin de travailler de manière décloisonnée sur la prévention et de soutenir de telles pratiques avec une prise en compte des besoins des publics les plus fragiles ; • Besoin d'améliorer les connaissances des projets existants ; • Besoin de soutenir les pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé.
--	---	--

Face à ces éléments, différentes orientations politiques en matière de santé ont été retenues : promouvoir un environnement et un cadre de vie favorables à la santé, améliorer l'accès aux soins et à la prévention pour tous (plus spécifiquement pour les personnes en situation de précarité) et agir pour la santé des publics et des situations qui demandent une attention particulière (*Plan Municipal de Santé Grenoble 2016-2020*, s. d.).

La deuxième orientation qui porte sur l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention pour tous a rendu cohérent le déploiement de la médiation en santé, pour améliorer l'accès à la santé de tous et particulièrement des personnes les plus précaires. C'est ainsi qu'en 2016, est créé une équipe de Médiateurs Pairs en Santé au sein du Service Promotion de la Santé de la Direction Santé Publique et Environnementale (DSPE) de la ville de Grenoble, « l'objectif (étant) de réduire les inégalités d'accès aux soins en facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des habitants des quartiers prioritaires de la ville » (Giannini, 2023). Pour apporter une définition plus précise de cette notion, la médiation en santé par les pairs, signifie que le médiateur en santé va partager une ou plusieurs similitudes avec la ou les personnes accompagnées. Ces similitudes peuvent être culturelles, ethniques, géographiques, médiales, ou religieuses (O. Gross, communication personnelle, 2022).

Pour répondre à ces différents enjeux, et notamment en réponse à l'objectif n°2 qui nécessite de rendre effectif l'accès aux droits et aux soins à tous, une action est déployée qui s'intitule : Réduire le non-recours au système de santé des personnes qui en sont le plus éloignées et promouvoir « l'aller-vers ».

La médiation en santé trouve sa place au sein de cette action. En effet, l'une des mesures de cette action mentionne le développement d'actions de médiateurs pairs en santé dans les QPV. Il s'agit d'une expérimentation, pilotée et portée par la DSPE de la ville, en lien avec différents partenaires, comme la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction de l'Action Territoriale (DAT) et les associations du territoire.

Dans ce sens, les concertations se sont également poursuivies pour l'élaboration et la signature du 2ème CLS (2018-2023) de Grenoble. Les axes développés au sein du PMS ont été repris et précisés, concernant leur mise en œuvre. Le CLS a ainsi permis de préciser la médiation en santé en proposant « un projet de médiateurs pairs permettant de développer un premier niveau d'approche et d'accroche grâce à une personne proche des habitants et de ces territoires, d'aller-vers les personnes invisibles ou invisibilisées, d'adapter aux besoins locaux identifiées l'offre de prévention et de promotion de la santé et d'en être un relai adapté et compréhensible, de faire des liens avec professionnels sanitaires et sociaux locaux » (3ème contrat local de santé de Saint-Denis, 2019). L'un des chargés de mission de la ville indique que « aujourd'hui, la médiation en santé est véritablement ancrée au sein de la ville » (Entretien Chargé-e de mission n°4).

Dans le cas de Saint-Denis, il faut attendre l'année 2019 pour voir le premier dispositif de médiation en santé se développer, en aval de la publication du référentiel HAS, permettant à la ville de s'inspirer des axes et préconisations développés dans ce document. En 2009, un premier diagnostic en santé avait été établi en lien avec les associations et dans le cadre du lancement du programme de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS permettent de soigner à l'hôpital toute personne qui se trouve en difficulté financière ou qui ne bénéficie pas ou partiellement d'une couverture sociale. Ainsi, par le biais des PASS, les personnes peuvent accéder à une prise en charge médicale (Ministère de la santé et de la prévention, 2017b). Ce diagnostic a permis d'identifier différentes problématiques de santé sur ce territoire, et ainsi de mettre en avant l'importance du niveau de précarité d'une partie de sa population, notamment dans l'accès aux droits et aux soins. Au fil des années, le diagnostic en santé a été précisé et a permis d'élaborer les priorités de santé publique, déclinées dans les CLS. Il s'agit du troisième CLS pour la période 2019-2022.

Tableau n°3 : Les éléments clés du diagnostic en santé issus du troisième CLS de Saint-Denis (2019-2022)

<ul style="list-style-type: none"> • Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire ; • Une baisse de la démographie médicale des professionnels ; • Des besoins en soins non couverts ; • Une mauvaise lisibilité et connaissance des ressources en santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'inégalités sociales et territoriales de santé ; • Un manque d'information et des complexités administratives d'ouverture des droits ; • Des problématiques relatives à la domiciliation administrative ; • Renoncements, ruptures et retards aux droits et soins ; • Un besoin d'aller à la rencontre et d'accompagner les publics les plus fragiles ; • Un besoin de renforcement des liens et des articulations avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ; • Difficultés d'accès à la santé du fait de la barrière de la langue ; • Une non-priorisation de la santé pour les personnes en situation de précarité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de travailler de manière décloisonnée sur la prévention et de soutenir les pratiques avec une prise en compte des besoins des publics les plus fragiles ; • Besoin d'améliorer les connaissances des projets et acteurs existants ;
--	---	---

Par rapport à ces différents éléments, le CLS s'articule autour de six axes stratégiques, dont le développement des parcours coordonnés de soins qui intègrent la prévention, le dépistage et la prise en charge, avec une attention particulière pour les populations en situation de vulnérabilité. Cet axe prévoit directement « la mise en place d'une médiation santé dans les PMI qui va être expérimentée pendant 3 ans » (*3ème contrat local de santé de Saint-Denis, 2019*), pilotée et portée par la Direction de la Santé de la ville. La hausse des femmes sans droits ouverts dans les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI) est devenue une problématique importante. Les centres de PMI sont chargés d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant en organisant des consultations, des actions de prévention et de suivi des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de six ans (Amrous, 2022). En 2017, l'étude des dossiers des femmes arrivantes en PMI a permis d'évaluer que près d'un tiers à la moitié des femmes qui se présentaient ne bénéficiaient d'aucune couverture médicale (*3ème contrat local de santé de Saint-Denis, 2019*). Un premier besoin de médiation en santé est ainsi identifié et développé à destination de ce public cible en 2019. Les centres de PMI sont rattachés à la ville de Saint-Denis, par le biais d'une gestion déléguée.

Au début de l'année 2023, la médiation en santé se développe également au niveau des Centres Municipaux de Santé (CMS) qui, comme les PMI, sont directement rattachés à la Direction de la Santé de la ville. Les CMS fonctionnent comme les centres de santé dits traditionnels, à la différence que la gestion est directement effectuée par la collectivité locale. Les professionnels exerçant au sein de CMS sont salariés de la structure (Fédération Nationale des Centres de Santé, s. d.).

Ainsi, ce sont dans de tels contextes que la médiation en santé s'est développée de manière expérimentale au sein de ces deux villes. Il s'agit de deux expérimentations relativement récentes ; en 2016 pour Grenoble et en 2019 pour Saint-Denis. L'inscription de la médiation en santé au sein de documents cadres, comme le CLS ou le PMS, a permis de reconnaître son intérêt et l'importance de son développement au sein des deux villes.

Concernant l'aspect financier, ces deux expérimentations bénéficient d'une source de financement émanant de l'ARS, d'environ 25 000 euros par an. Les deux villes financent également le dispositif, par le biais du CLS et du contrat de ville, un poste de médiateur en santé équivalent à environ 40 000 euros par an. De plus, dans le cadre des centres de PMI de Saint-Denis, le Conseil départemental apporte également une contribution financière d'environ 17 500 euros par an.

2) Un dispositif déployé à destination de la grande précarité

Au sein des villes, « en dépit des efforts entrepris, les inégalités sociales de santé perdurent et se traduisent sur les Quartiers politiques de la Ville » (Gamot & Biot, 2017). Au sein de ces deux villes, la volonté a été de déployer la médiation en santé à destination des personnes les plus précaires, résidant majoritairement au sein des QPV.

A Grenoble, à l'heure actuelle, quatre médiateurs en santé, rattachés à la ville, exercent leurs fonctions au sein des Maisons des Habitants (MDH). Les MDH sont des antennes de la ville, que l'on peut retrouver au sein des différents quartiers de Grenoble. Ce sont des espaces de proximité qui sont à disposition de l'ensemble des habitants et qui proposent une offre de services conséquente, comme de l'information, des conseils juridiques, des aides aux formalités administratives et accès aux droits, etc. (Ville de Grenoble, s. d.).

A Saint-Denis, la Direction de la Santé de la ville pilote et porte le dispositif de médiation en santé à travers ses six centres de PMI depuis 2019, et ses six CMS depuis janvier 2023. Au niveau des centres de PMI, un seul médiateur en santé exerce au sein des six établissements, situés et répartis au niveau des QPV de la ville. Le médiateur en santé accompagne et oriente un public cible : les femmes enceintes et

jeunes mères en situation de précarité. Quant aux CMS, c'est un autre médiateur en santé qui exerce au sein des quatre établissements, eux-mêmes répartis au sein de quatre QPV sur les huit existantes. A l'inverse des centres de PMI, le médiateur en santé des CMS s'adresse à un public généraliste, le centre de santé ayant comme vocation de favoriser l'accès aux soins de toutes les catégories de la population (Direction générale de l'offre de soins, 2018). Du fait du positionnement géographique de ces centres dans les QPV, les CMS accueillent majoritairement un public en grande précarité.

Les deux villes ont adapté le développement de la médiation en santé, à la spécificité de leur territoire et de leur population. Malgré un investissement similaire, son déploiement diffère sur le terrain. Dans cet objectif de toucher les personnes en grande précarité, ces deux villes ont ainsi déployé des stratégies municipales différentes par le biais de structures relais choisies, les MDH à Grenoble et les CMS et PMI à Saint-Denis.

Le recrutement des médiateurs en santé révèle une certaine diversité quant aux profils retenus pour exercer cette fonction d'interface entre les personnes les plus vulnérables et les acteurs du système de santé. S'attacher à la diversité de ces profils a permis de mettre en avant un constat fondamental qui est la prévalence du caractère professionnel de la médiation en santé par rapport à la médiation en santé par les pairs (II).

II. La prévalence du caractère professionnel de la médiation en santé

Par le développement de la médiation en santé, les deux villes apportent l'illustration d'une diversité de profils de médiateurs en santé, issus de divers parcours et formations. Malgré cette diversité, la pratique révèle une certaine similarité, à quelques exceptions près, dans le déploiement des accompagnements et actions de médiation en santé (A). Les échanges avec les médiateurs en santé et les chargés de mission de ces deux villes ont très rapidement permis de confirmer l'importance de la reconnaissance du caractère professionnel de ce métier (B).

A. Une diversité des profils de médiateurs en santé révélant une similitude dans les accompagnements

Les médiateurs en santé des villes de Grenoble et Saint-Denis se caractérisent par une véritable singularité quant à leur profil et parcours professionnel (1). Pour autant, cette diversité de médiateurs en santé révèle une certaine similitude dans l'appropriation de la fonction d'interface (2) et des difficultés rencontrées (3), à quelques exceptions près.

1) La pluralité des profils de médiateurs en santé

Dans le cadre de ce travail, et afin d’approfondir les informations recueillies dans le cadre du RFVS, les échanges avec les chargés de mission en santé de Grenoble et Saint Denis ont permis d’apporter de plus grandes précisions quant aux enjeux, avantages et limites de la mise en place de la médiation en santé au niveau d’une ville. En complément, les échanges avec les médiateurs en santé de ces mêmes villes ont également mis en lumière la diversité des professionnels en charge du déploiement d’un tel projet. Les profils des quatre médiateurs en santé interrogés, divergent à différents niveaux rendant la posture professionnelle d’un tel métier, propre à la personne qui l’habite et à ses expériences vécues.

A l’origine, lors de la mise en place de l’expérimentation de la médiation en santé par les pairs en 2016, la ville de Grenoble a recruté deux médiateurs en santé avec un profil pair, c’est-à-dire issus des QPV, au sein du Service Promotion de la Santé de la DSPE. Ce recrutement a notamment fait écho à l’appel à projet lancé par l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes la même année, portant sur le développement et le financement de postes d’adultes relais. Cet appel à projet a ainsi permis de financer ces postes. Le dispositif adulte-relais a été créé par le biais du Comité interministériel des villes à la fin des années 90 (Raoul, 2016). Dans la pratique, l’adulte relais est une personne qui partage une situation socio-économique similaire, voire équivalente, aux personnes accompagnées, et qui est issu des mêmes quartiers d’habitation (Soleymani et al., 2022). Il peut ainsi intervenir dans différents domaines, comme la santé, afin de soutenir et accompagner les personnes les plus vulnérables dans l’accès à la prévention, aux droits et aux soins. Les postes de médiation en santé étant dépourvus de toute reconnaissance statutaire officielle, le dispositif d’adulte relais a fréquemment été utilisé pour recruter des médiateurs en santé, via un contrat d’adulte-relais (*Ibid.*). Pour la ville de Grenoble, la volonté première était de recruter « *des personnes ayant connu la vie dans un des QPV de la ville, surmonté des difficultés d’accès aux droits en santé et ayant la capacité de pouvoir accompagner les personnes* » (Entretien Chargé-e de mission en santé n°4). Par la suite, deux autres postes de médiateurs en santé ont été créés et pérennisés. La ville de Grenoble compte désormais quatre postes titularisés de médiateurs en santé sur son territoire, dont trois médiateurs en santé pairs et un médiateur en santé professionnel.

La rencontre avec deux de ces médiateurs en santé, de manière individuelle, avait l’intérêt de pouvoir échanger spécifiquement sur la singularité de leur histoire et de leur parcours, propre à chacun, qu’il s’agisse des expériences vécues que du cheminement pour en arriver là.

Le premier entretien s’est déroulé avec le premier médiateur en santé embauché en 2015, dans le cadre de l’expérimentation de la médiation en santé par les pairs. Avant d’être recruté, en 2009, il suit

bénévolement une formation d'adulte relais et participe à la mise en place d'un projet autour du dépistage des cancers. À la suite de cette expérience, il a commencé à travailler en tant que médiateur en santé à la ville de Grenoble avec un profil pair.

Le deuxième médiateur a été recruté récemment à la ville de Grenoble, en 2022. Son parcours professionnel a été très varié, passant du secteur de la vente au secteur de l'administratif. Souhaitant se rapprocher d'un métier « *plus en lien avec le contact humain* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°4), il a fait le choix de se former à la médiation sociale pendant un an, dont une petite partie portait sur la médiation en santé (accès aux droits et aux soins). C'est dans le cadre de cette formation, qu'il a effectué son stage à ville de Grenoble, avant d'être sur son poste actuel en tant que médiateur en santé.

Les deux médiateurs n'ont cessé de rappeler l'importance pour eux de travailler collectivement et en lien. Ils portent également beaucoup d'importance aux différentes formations qu'ils suivent régulièrement, dispensées par l'assurance maladie, sur le fonctionnement du système de santé et ses évolutions.

A Saint-Denis, la médiation en santé a été expérimentée à partir de 2019. Initialement, c'est au niveau des six centres de PMI de la ville que la médiation en santé se déploie avec le recrutement d'un médiateur en santé. Il faut attendre le début de l'année 2023 pour qu'un deuxième médiateur soit recruté pour exercer au sein des quatre CMS de la ville.

Le médiateur en santé exerçant en PMI, a passé différents diplômes dans le domaine du social et de la culture. Ses premières expériences professionnelles ont été dans le domaine de la communication et de l'audio-visuel. L'aspect social de sa formation lui manquait. Il a ainsi rejoint le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Saint-Denis, dans le secteur des aides légales et facultatives. Fort de cette expérience et travaillant déjà en lien avec la Direction de la Santé, il a par la suite, rejoint les centres de PMI de la ville pour travailler sur une expérimentation autour de l'accès aux droits de santé des femmes enceintes. Cette expérimentation a révélé un véritable besoin d'accompagnement de ce public, justifiant qu'il occupe désormais un poste de médiateur en santé dans ce domaine. Il a ainsi effectué une formation de médiation en santé, sur deux jours, dispensée par un centre de santé communautaire à Saint-Denis. Concernant le médiateur en santé exerçant en CMS, ce dernier a travaillé pendant plusieurs années dans un centre de santé, en commençant par occuper un poste d'agent d'accueil. Par la suite, il lui a été confié une mission relative à l'accès aux droits. Il est ainsi devenu référant PASS de la ville. Par cette expérience, il a passé un Diplôme Universitaire (DU) de médiation en santé, financé par la ville, sur une période de six mois avant de devenir médiateur en santé au sein des CMS. Depuis le mois d'avril 2023, un nouveau médiateur en santé vient d'être recruté permettant de travailler en binôme et d'« *assurer la relève sur les autres CMS de la ville* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°7).

Sur les quatre médiateurs en santé de ces deux villes, deux d'entre eux ont suivi des formations relatives à la médiation en santé et un autre médiateur a bénéficié d'une formation en médiation sociale incluant une partie sur la santé. Les deux médiateurs en santé de Saint-Denis ont bénéficié, à différents niveaux, de formations spécifiques à la médiation en santé, de durée plus ou moins courte (de deux jours à six mois). Ils ont notamment partagé leurs ressentis. Malgré l'aspect enrichissant des formations suivies, ces dernières n'ont pas été suffisantes selon eux. Au-delà de ces formations, les médiateurs en santé ne cessent chaque jour de se former, par le quotidien professionnel et la richesse des expériences vécues sur le terrain. Ce sont également leurs expériences passées qui ont permis de forger certains traits de leur posture professionnelle actuelle. Il est ainsi ressorti de ces échanges, la nécessité de développer une formation diplômante de la médiation en santé au niveau national, sur plusieurs mois, permettant d'appréhender l'ensemble des aspects relatifs à la posture professionnelle de la médiation en santé et d'avoir une connaissance fine du fonctionnement du système de santé.

Ces entretiens ont permis d'illustrer la diversité des profils de médiateurs en santé et le fait qu'aucun parcours n'était similaire. C'est l'expérience de terrain qui a permis à ces médiateurs en santé de se forger une véritable posture professionnelle.

Pour autant, une similarité a pu être relevée. Lors des recrutements, l'obligation de bénéficier d'un bagage médical n'a jamais été une prérogative envisagée par ces deux villes, l'importance portant surtout sur la capacité d'écoute et d'accompagnement des médiateurs en santé. « *On ne leur demande aucune expertise médicale, ce n'est pas leur rôle* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°2) et « *chacun a ses compétences. Il est important de ne pas se créer des compétences médicale* » ; « *la médiation en santé a permis à chacun de reprendre sa place. Les médecins peuvent enfin se concentrer sur leur travail : le soin* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°4). Ces médiateurs en santé ont tous une proximité importante avec les professionnels de santé et les acteurs de la ville, s'expliquant en grande partie par leur « *casquette ville* », pour emprunter l'expression employée par un médiateur en santé. La majorité des professionnels de santé ont très rapidement perçu l'intérêt et la légitimité de la médiation en santé simplifiant automatiquement les rapports. A Saint-Denis, deux infirmières du service interviennent en relais. Pour autant, il y a tout de même une nécessité de bénéficier des « *connaissances de base* » notamment pour les accompagnements ciblés sur un domaine spécifique. « *Un médiateur en PMI doit avoir les connaissances de base en matière d'accouchement* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°5).

2) *L'appropriation similaire de la fonction d'interface des médiateurs en santé*

Malgré la diversité des profils et la manière singulière de s'approprier la posture professionnelle, les accompagnements et actions déployés par ces médiateurs en santé restent relativement similaires. Dans la pratique, on retrouve ainsi de manière spécifique l'accompagnement individuel, l'accompagnement collectif, les permanences et les actions d'aller-vers. Ces différents accompagnements ne sont pas systématiquement cumulatifs et déployés de manière identique.

Au sein de ces deux villes, la priorité est notamment donnée aux accompagnements individuels, le cœur du métier, dans cette logique d'informer, d'orienter et d'accompagner, de manière individuelle les personnes. Le repérage de ces personnes se fait de différentes façons, soit les médiateurs créent une relation de proximité avec un public connu des dispositifs et structures de santé (CMS, PMI...), soit les médiateurs créent des rencontres sur les lieux de vie et d'activité avec des publics non connus. Les accompagnements individuels prennent donc la majorité du temps des médiateurs en santé car « *chaque demande, c'est une porte d'entrée pour faire le tour avec la personne* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°5), ce qui explique notamment que les accompagnements collectifs ne soient plus une priorité à Grenoble et commencent seulement à se développer à Saint-Denis. La plupart du temps, les accompagnements individuels impliquent un suivi sur plusieurs semaines ou plusieurs mois, l'objectif étant de tendre vers l'autonomie de la personne. Ce n'est que lorsque les freins à l'autonomie sont trop importants que les accompagnements sont appréhendés sur le long terme.

Les permanences permettent aux médiateurs en santé de se rendre visible et de prendre le temps nécessaire pour accompagner les personnes, sans prise de rendez-vous. Les deux villes marquent une forte importance à ces temps de permanences qui se déroulent au sein de leur structure d'exercice (centres de PMI, CMS, MDH), comme au sein de lieux stratégiques identifiés au niveau des quartiers (locaux associatifs, stands sur les marchés, sorties d'écoles...).

Concernant l'aller-vers, ces actions ont « *un impact considérable* » ; « *une très belle expérience mais qui nécessite une certaine organisation et du temps* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°8). La médiation en santé est une dimension de l'aller-vers, pour autant la pratique démontre que son déploiement n'est pas toujours évident. Les suivis individuels prennent du temps et ne permettent pas toujours d'aller directement à la rencontre des habitants, ce qui nécessite une organisation particulière et de réunir les moyens et ressources nécessaires. L'aller-vers reste relativement déployé à Grenoble,

tandis qu'à Saint-Denis, « *l'aller-vers est la seule action qui n'est pas développée par manque de temps* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°2).

Dans la pratique, antérieurement et postérieurement à sa publication, les médiateurs en santé de ces deux villes se sont plus ou moins appropriés les différents axes d'intervention définis par le référentiel de la HAS, en les adaptant aux spécificités de leur territoire et de leur population.

Tableau n°4 : Les axes d'intervention des médiateurs en santé établis sur la base des entretiens avec les Chargé·e·s de mission et les Médiateur·rice·s en santé (2022-2023)

<u>Grenoble</u>	✓ <ul style="list-style-type: none"> • Priorité d'accompagnement • Un accompagnement important sur l'accès aux droits 	≈ <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'actions collectives au démarrage • Pas une priorité. 	✓ <ul style="list-style-type: none"> • MDH • Lieux stratégiques des quartiers. 	≈ <ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de l'action porte à porte depuis 2 ans.
<u>Saint-Denis</u>	✓ <ul style="list-style-type: none"> • Priorité d'accompagnement • Un accompagnement important sur l'accès aux droits 	✓ <ul style="list-style-type: none"> • Les actions collectives commencent à être développées 	✓ <ul style="list-style-type: none"> • PMI • CMS 	X <ul style="list-style-type: none"> • Le seul aspect qui n'est pas développé par manque de temps

Légende :

✓ : *Accompagnement développé*

≈ : *Accompagnement relativement développé / Accompagnement non prioritaire*

X : *Accompagnement non développé*

3) Une similitude dans les difficultés rencontrées

Ces accompagnements entraînent certaines similitudes quant aux difficultés rencontrées par les médiateurs en santé. Ces derniers remontent des situations et accompagnements jugés complexes qui nécessitent une technicité supérieure. Face à ces situations, les médiateurs se retrouvent à accompagner des personnes, au-delà de la santé, sur différents aspects de la vie quotidienne. Comme il a pu être mentionné par l'un des médiateurs en santé, « *les situations sont quasiment et bien souvent toutes complexes. Il n'y a pas juste une problématique de santé mais une multitude de choses* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°5). Parmi ces situations complexes, il est important de mentionner la barrière de la langue qui peut être vécue comme un obstacle dans les accompagnements. Face à un certain

nombre de personnes ne parlant pas français, les médiateurs en santé de ces deux villes se sont souvent retrouvés à emprunter le rôle d'interprète ou à devoir utiliser des logiciels de traduction pour échanger avec les personnes. Par le biais des deux référentiels, la loi et la HAS différencient explicitement l'interprétariat de la médiation en santé, pour autant ces deux notions continuent à se confondre à certains égards.

Ces différents aspects ont eu pour effet de tendre vers la nécessité de valoriser les compétences, connaissances et expériences de terrain acquises par les médiateurs en santé, notamment par la promotion du caractère professionnel de la médiation en santé (B).

B. La promotion de la médiation en santé professionnelle : la valorisation des expériences et des compétences acquises

La médiation en santé professionnelle est particulièrement mise en avant, au sein de ces deux villes (1). Une telle organisation de la médiation en santé, adaptée à la spécificité du territoire, de la population et des ressources disponibles, a conduit à son succès, révélant ainsi des résultats satisfaisants autant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (2).

1) La prééminence du profil professionnel des médiateurs en santé

« Les médiateurs, s'ils peuvent avoir traversé des expériences de vie susceptibles de résonner avec celles des publics avec lesquels ils travaillent, ne sont toutefois pas obligatoirement des "mêmes" ou des "pairs" : c'est la formation qui donne à leur intervention une dimension professionnalisée » (Gourmelon et al., 2015). Dans les deux villes, les médiateurs en santé partagent des similitudes avec le public accompagné. Pour autant la notion « pair » n'est pas mise en avant, ou du moins la volonté n'est plus de la développer dans ce sens. On remarque ainsi une mise en avant particulièrement marquée du caractère professionnel de la médiation en santé.

La notion de médiation en santé « paire » est utilisée par Grenoble, première ville française à l'avoir expérimentée. La ville a fait le choix de créer et développer une équipe de médiateurs en santé pairs, à travers les services de santé municipaux. Malgré la fierté rattachée à cette expérimentation, cette démarche est un choix politique de la ville. La médiation en santé pair a cet avantage de faciliter l'accompagnement et le rétablissement des personnes grâce au partage commun d'une expérience qui permet de créer une certaine proximité avec l'autre, mais qui implique également une prise en considération de certaines difficultés. En effet, les premiers médiateurs pairs de la ville ont pu se

retrouver en difficulté au sein des quartiers dans lesquels ils effectuent leurs actions et accompagnements, et dans lesquels ils habitent également. « *On est dans une situation d'usagers des quartiers, qui s'y retrouvent à travailler* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°4). Le changement de posture de ces personnes n'a pas été bien reçu par tous.

Du fait de diverses difficultés et dans le but de professionnaliser les compétences et les expériences de terrain, la notion de médiation en santé par les pairs, tend à disparaître. Le recrutement d'un médiateur en santé formé à la médiation sociale en apporte une illustration intéressante. Le fait de bénéficier d'une formation en médiation sociale impacte directement la posture professionnelle de ce médiateur, de sa manière d'accompagner les personnes, de sa prise de recul sur certaines situations mais aussi sur sa capacité à se poser des limites dans le cadre de ses missions. Ainsi, « *l'expérience de la médiation en santé professionnelle et pair ont permis une prise de recul sur le choix des profils des médiateurs en santé* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°4). Dans ce cadre, la médiation en santé professionnelle reste intéressante à déployer en priorité pour assurer la sécurité d'une posture professionnelle du médiateur en santé, formé dans sa manière d'accompagner et d'agir avec les personnes.

2) *La médiation en santé, un dispositif victime de son succès*

Malgré son appropriation relativement récente, les entretiens ont confirmé les apports positifs de la médiation en santé au sein de ces deux villes, « *autant d'un point de vue qualitatif que quantitatif* » (Entretien Chargé·e de mission n°2). A titre d'exemple, à Grenoble, en 2021, 1 505 personnes ont été reçues au sein des MDH ou lors du déploiement d'actions d'aller-vers dans les quartiers. Parmi ces personnes, un suivi a été initié pour 652 d'entre elles et des accompagnements physiques pour 143 d'entre elles (Giannini, 2023). A Saint-Denis, en moyenne, par an, 200 femmes sont suivies au sein des centres de PMI et les CMS comptent un suivi de 150 personnes, depuis le mois de janvier 2023. Concernant les CMS, « *la volonté est de réduire le nombre de suivis pour favoriser la qualité des accompagnements* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°7).

La médiation en santé est ainsi une réponse qui paraît adaptée pour répondre à cet objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. L'idée est ainsi de « *développer une véritable équipe de médiateurs en santé au niveau de la ville* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°2), par la création de futurs postes, dans l'objectif d'épauler les médiateurs en santé déjà en exercice mais aussi de déployer des actions à destination de l'ensemble des habitants, pour favoriser la santé de tous.

Ces deux expérimentations ont permis de mettre en avant différents éléments et de mettre en perspective, l'appropriation générale de la médiation en santé par les autres villes françaises (**Partie 3**).

Partie 3. - Une appropriation singulière et progressive de la médiation en santé par les villes en France

Au niveau national, les villes, en charge ou non de sa conduite, apportent l'illustration d'une véritable diversité dans le déploiement de la médiation en santé. Se focaliser sur l'expérimentation de la médiation en santé au sein de deux villes comme Grenoble et Saint-Denis, avait comme intérêt de mettre en perspective le développement de la médiation en santé sur un territoire donné et ainsi, par ce biais, interroger la manière dont les autres villes françaises s'étaient appropriées le cadre générique d'un tel dispositif (I). De manière similaire aux deux villes étudiées précédemment, le déploiement de la médiation en santé reste singulier, illustrant une hétérogénéité quant aux profils et parcours des médiateurs en santé de ces villes (II).

I. L'adaptation nationale du cadre générique de la médiation en santé

Sur l'échantillon des 16 villes étudiées, la médiation en santé s'est déployée à partir des années 90 jusqu'à aujourd'hui, en 2023. Certaines de ces villes ont développé la médiation en santé en l'absence de tout cadre officiel, tandis que d'autres ont adapté le cadre générique à la spécificité des besoins de leurs territoires et de leurs populations en matière de santé. Plus spécifiquement, cinq de ces villes¹⁵ ont mis en place la médiation en santé en amont de la publication du référentiel HAS, soit avant l'année 2017 (entre 1990 et 2016) et 11¹⁶ de ces villes a posteriori de sa publication, soit la même année ou postérieurement (entre 2017 et 2023), révélant ainsi une appropriation relativement récente de cette pratique au sein des villes. Cet aspect s'accompagne également d'une véritable singularité dans la manière dont les villes ont déployé la médiation en santé ; une singularité s'illustrant notamment à travers une diversité de composantes structurelles relatives au pilotage, portage et financement (A), mais aussi aux partenaires mobilisés dans la mise en œuvre d'un tel dispositif (B).

A. Une appropriation de la médiation en santé caractérisée par une diversité de composantes structurelles

« Les éléments de diversité des projets portent sur les contextes dans lesquels ils ont émergé, le profil des médiateurs, les structures porteuses, les financements mobilisés, la logique de rencontre avec les publics, l'ancrage de la structure dans le système de santé, le nombre de professionnels impliqués

¹⁵ Lille, Lyon, Grenoble, Marseille, Bourg-en-Bresse.

¹⁶ Nantes, Rennes, Saint-Malo, Saint-Denis, Strasbourg, La Rochelle, Roubaix, Valence, Montpellier, Perpignan, Toulouse.

dans le projet de médiation, le recours ou non à des outils » (Haute Autorité de Santé, 2017). Au fil des années, le développement de plus en plus important de la médiation en santé se traduit par une véritable singularité dans sa mise en place. Cette singularité se ressent à tous les niveaux, autant au niveau des structures pilotes et porteuses d'un tel dispositif, que des financements mobilisés, du profil des médiateurs en santé recrutés, de la manière d'accompagner les publics et des partenariats menés avec les différents acteurs du territoire.

Cette singularité d'appropriation de la médiation en santé a déjà été constatée à Grenoble et Saint-Denis. Cet aspect paraît cohérent dans le sens où la mise en place d'actions et d'accompagnements de médiation en santé reste propre aux enjeux décelés à travers les diagnostics territoriaux de santé. Le référentiel de la HAS insiste notamment sur l'importance de cet aspect. La multitude des missions déjà existante révèle ainsi le caractère singulier de chaque dispositif de médiation en santé. De plus, les entretiens effectués dans le cadre de ce travail illustrent cette diversité de composantes structurelles d'abord au niveau du pilotage et du portage (1) et des financements (2).

1) Le pilotage et le portage de la médiation en santé : les villes en première ligne

« La connaissance des réalités locales, c'est-à-dire des variations infra-communales en matière d'offre et d'accès aux soins, est un véritable atout pour les villes et intercommunalités dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (...). Les dispositifs mobiles, les actions d'aller-vers et l'organisation de soins gratuits sont des exemples de leviers qu'utilisent les Villes pour rapprocher les personnes du soin, notamment les personnes éloignées du système de santé, et les plus en difficultés dans leurs parcours » (Réseau français des Villes santé, 2021). Les villes peuvent en effet identifier les besoins et les ressources à l'échelle de leur territoire, et plus spécifiquement des quartiers, pour adapter les modalités d'actions dans l'objectif de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Dans ce cadre, l'échantillon des villes étudiées révèle que ce sont majoritairement les municipalités, à quelques exceptions, qui ont la charge du pilotage et du portage d'un projet de médiation en santé. La notion de pilotage revient à définir le cadre opérationnel et les missions de la médiation en santé, tandis que le portage revient à s'assurer directement de sa gestion et de son opérationnalité.

Dans la pratique, les villes de Grenoble, Bourg-en-Bresse, la Rochelle, Lille, Valence, Perpignan, Saint-Denis, Saint-Malo et Roubaix, pilotent et portent directement la médiation en santé sur leur territoire. Pour les sept premières villes citées, il s'agit d'un pilotage et d'un portage directement effectués au

niveau des Directions de Santé Publique de ces villes. Les médiateurs en santé y sont directement rattachés et peuvent exercer au sein des locaux municipaux. Concernant les trois dernières villes, ces dernières pilotent également la médiation en santé, pour autant le dispositif est porté, non directement par les Directions de Santé Publique, mais par des structures et dispositifs rattachés à la ville comme les structures de santé (CMS et PMI) et les CCAS. Finalement, selon les villes, il s'agit d'une organisation municipale propre à chaque territoire, dans lesquels les structures et dispositifs de rattachement divergent.

Pour les autres villes étudiées, les pratiques sont différentes. Du côté de Nantes et de Lyon, ces deux villes co-pilotent la médiation en santé avec des associations dans le champ de la santé, qui portent et sont chargées du déploiement de ce dispositif. Les villes participent à son développement et apportent un soutien financier, mais elles n'ont pas la charge de son opérationnalité. D'autres villes ne sont impliquées, ni par le pilotage, ni par le portage de la médiation en santé. Dans ce sens, c'est le cas de la ville de Marseille. En revanche, le service santé de la ville apporte un soutien financier à certaines structures qui emploient des médiateurs en santé. Concernant les villes de Toulouse et de Rennes, malgré l'émergence de réflexions en la matière, ce sont des structures d'exercice coordonnée comme des Centres de santé (CDS) et des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui portent et pilotent la médiation en santé. Partageant un lieu d'exercice commun, les structures d'exercice coordonné permettent de favoriser le lien de proximité entre les différents professionnels de santé et le médiateur en santé. Cette proximité permet ainsi à ce dernier, de bénéficier de conseils médicaux de manière instantanée et dans certains cas, de travailler conjointement sur des actions collectives dont certaines thématiques nécessitent de bénéficier de connaissances médicales particulières. Pour autant, certaines structures n'adoptent pas la démarche de l'aller-vers. Dans cette situation, la médiation en santé ciblera principalement la patientèle de ces structures, autrement dit les personnes qui ont déjà fait un pas vers le système de santé, et non les personnes qui en sont le plus éloignées.

2) L'ARS, principal financeur de la médiation en santé

« La diversité se constate aussi au niveau des financements, mais avec un point commun : le fait qu'ils ne soient pas pérennes » (Villes et Territoires Occitanie, 2019). Concernant les dispositifs de médiation en santé, la sociologue Nadine Haschar-Noé parle de modes de financement précaires. Le référentiel de la HAS a ainsi répertorié les acteurs susceptibles de participer au financement d'un tel projet. La grande majorité des villes étudiées apportent un soutien financier à la médiation en santé d'autant plus lorsque les dispositifs sont directement rattachés à la municipalité et dans certains cas par le biais du CLS et/ou du Contrat de ville (financement d'un ou plusieurs postes de médiateurs en santé

par exemple). Les autres structures porteuses vont également participer financièrement, à un moindre niveau. De même, certains projets de médiation en santé ont des financements qui émanent du conseil départemental, de l'assurance maladie, d'organismes publics et associatifs. Ces dernières sources de financements sont souvent ciblées sur des thèmes spécifiques. A titre d'illustration, à Saint-Denis, les financements du Conseil départemental sont à destination du projet de médiation en santé déployé au sein des Centres de PMI, tandis qu'à Toulouse, les financements de l'assurance maladie sont destinés au déploiement de la médiation en santé, au sein d'un Centre de santé communautaire.

Malgré la diversité de ces sources de financement, ce sont les ARS qui apparaissent comme les principaux financeurs des projets de médiation en santé. Dans ce cadre, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018 a permis d'introduire de nouveaux modes de financements et d'expérimentation, dérogeant au droit commun, au sein du dispositif de l'article 51. Ce dispositif vise à la mise en place d'expérimentations innovantes dans les secteurs médico-sociaux et sanitaires (DREES, s. d.). La médiation en santé peut en faire partie. Ainsi, c'est le Fonds d'Innovation du Système de Santé (FISS), complété par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), qui permettent de financer ces expérimentations. Comme il a été mentionné au sein d'un entretien avec une ville bénéficiant de ce financement expérimental, il s'agit d'un « *financement précaire, et à l'issue aucune certitude que ce dispositif soit pérennisé par l'État* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°1). Le financement de ces expérimentations ne garantit pas leur pérennité. Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation permettant de décider de son efficacité et ainsi de sa pérennisation. Le caractère provisoire des financements de la médiation en santé par les ARS est une inquiétude qui a été mise en avant par l'ensemble des personnes rencontrées. Les financements n'étant pas pérennes, ils entraînent une forte insécurité relative au projet de médiation en santé en lui-même, mais aussi aux médiateurs en santé, qui pourraient se retrouver contraints d'arrêter leur activité du jour au lendemain. Cet aspect fragilise le dispositif de médiation en santé en lui-même, qui n'est pas garanti d'être ancré dans le temps, mais favorise également la perte de confiance des médiateurs en santé dont les contours statutaires de la profession restent fragiles.

Au-delà du pilotage, du portage et des financements relatifs à la médiation en santé, le maillage partenarial occupe également une place centrale, permettant de mener à bien la mise en œuvre et le déroulement d'actions et d'accompagnement des personnes (B).

B. La diversité partenariale illustrant la dynamique des villes en matière de santé

Dans son travail de définition, le référentiel de la HAS précise que « le travail du médiateur s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires » (Haute Autorité de Santé, 2017). Ce caractère partenarial trouve notamment sa place au sein du premier et troisième axe d'intervention de la médiation en santé proposées au sein du référentiel de la HAS (« *(Re)créer la rencontre avec les populations concernées* » ; « *Favoriser des actions collectives de promotion de la santé* »). Ces deux axes impliquent la mobilisation d'une diversité d'acteurs de proximité dans différents domaines, pour favoriser le développement d'actions collectives et la co-construction d'outils de travail sur différentes thématiques en santé.

Pourtant, il arrive que le médiateur en santé puisse se retrouver isolé dans ses accompagnements. Dans certaines situations, et en fonction de ses conditions d'exercice, il bénéficiera d'une certaine proximité avec les professionnels de divers secteurs (santé, social, numérique...), ce qui ne peut que faciliter son quotidien professionnel. Dans d'autres situations, le médiateur en santé exerce seul, ou avec d'autres médiateurs en santé. Ainsi dans ces deux situations, le travail en équipe et en réseau avec les acteurs du territoire est une nécessité, voir même une préconisation, mise en avant par la HAS, afin de rendre effective la médiation en santé.

« Le partenariat constitue le mode d'intervention privilégié du médiateur, transversal à toutes ses actions » (Haute Autorité de Santé, 2017). La constitution d'un réseau partenarial avec les acteurs du quartier est primordiale, ce qui nécessitera pour les médiateurs en santé d'avoir une connaissance fine des acteurs présents sur son territoire d'intervention. Les partenaires sont les acteurs des quartiers. Il peut autant s'agir de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), de structures de santé (maison de santé, centres de santé...), d'associations dans le social, dans la promotion de la santé, d'institutions (CPAM, CARSAT...), de services d'hébergements et de locations, ainsi que d'acteurs de l'éducation et de l'insertion, etc. En fonction de l'ancrage de la structure à laquelle est rattaché le médiateur en santé, ce dernier pourra se rattacher aux partenaires préexistants.

Dans ce sens, l'ensemble des médiateurs en santé directement rattachés aux municipalités, insistent sur l'importance de leur rattachement à la ville pour simplifier la constitution d'un réseau partenarial déjà établi et ainsi légitimer leurs actions au sein des quartiers : « *la casquette ville permet de légitimer l'intervention des médiateurs en santé auprès des différents acteurs* » ; « *tous les acteurs ont très rapidement saisi l'intérêt de la médiation en santé* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°1). Pour autant, « *les rapports sont complexes avec certains professionnels de santé qui ne comprennent*

pas leur présence lors de consultations » ; « les médiateurs en santé deviennent souvent le dernier maillon de la chaîne de cohésion sociale » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°4).

Malheureusement, cette légitimité n'est pas appréhendée par tous. Il arrive que certains professionnels de santé ne comprennent pas l'intérêt de leur présence, notamment lors de consultations, tout comme certains acteurs du social qui envisagent la médiation en santé comme un moyen de permettre de se décharger de certaines situations complexes, qui ne rentrent pas systématiquement dans le champ de compétences des médiateurs en santé. Finalement, ce maillage partenarial varie fortement d'un territoire à l'autre, et permet d'illustrer la dynamique des villes en matière de santé.

Tableau n°5 : Les projets de médiation en santé répertoriés dans le référentiel de la HAS et par les villes étudiées

	Contexte du projet	Pilotage	Portage	Financement	Partenariats
Référentiel HAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des habitants et acteurs des quartiers • Volonté politique 	<ul style="list-style-type: none"> • Associations • Collectivités territoriales • ARS • Hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Associations • Collectivités territoriales • ARS • Hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Union européenne • État • Fondations • Assurance Maladie • Collectivités territoriales • Mutualité française • Entreprises privées • ARS 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • Promotion santé (association, ateliers santé ville...) • Collectivités territoriales • Accompagnement social • Réseau accès aux droits (CPAM, CARSAT...) • Hébergement et logement (tuteurs, bailleurs...) • Éducation / insertion (éducation nationale, missions locales...)
Villes étudiées	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des habitants et acteurs des quartiers • Volonté politique 	<ul style="list-style-type: none"> • Associations • Collectivités territoriales • ARS • Structures de santé* 	<ul style="list-style-type: none"> • Associations • Collectivités territoriales • Structures de santé* 	<ul style="list-style-type: none"> • État • Collectivités territoriales • ARS • Conseil départemental* 	

**Acteurs qui ne sont pas mentionnés dans le référentiel de la HAS.*

La diversité de ces projets de médiation en santé révèle également une certaine hétérogénéité des médiateurs en santé de ces mêmes villes (II).

II. Les multiples facettes du métier de médiateur en santé : une interprétation unique de la posture professionnelle

L'appropriation singulière de la médiation en santé par les villes, est directement liée à la diversité des médiateurs en santé qui s'approprient une posture professionnelle propre à leurs parcours et expériences de terrain (A). La médiation en santé, spécifique à chaque territoire et à chaque professionnel en charge de son déploiement, permet d'interroger ses limites et la pertinence de son développement dans un système de santé ne permettant pas de garantir l'accès à la santé de toutes et tous (B).

A. L'hétérogénéité de la profession

De manière générale, les profils et les parcours des médiateurs en santé illustrent une véritable diversité dans l'appropriation de cette fonction. Les éléments de littérature et les entretiens ont mis en évidence une chose ; les médiateurs en santé s'approprient d'une manière très singulière leur posture professionnelle, en fonction des compétences acquises, des expériences vécues mais aussi de leur savoir-être (1). Malgré cette singularité, les médiateurs en santé poursuivent le même objectif, celui d'informer et d'accompagner de la manière la plus adéquate les personnes les plus vulnérables et de sensibiliser les différents acteurs du système de santé aux difficultés de santé recensées, et ainsi partagent cette volonté commune de se tourner vers un métier en lien avec le contact humain (2).

1) Les profils et parcours des médiateurs en santé

La diversité des médiateurs en santé révèle une grande richesse et une appropriation propre de la posture professionnelle. Dans la pratique, les entretiens mettent en avant trois profils de médiateurs en santé qu'il est important de bien distinguer, mais également le fait que cette profession soit majoritairement exercée par des femmes.

Tout d'abord, les *Médiateurs Santé Professionnels* sont formés aux pratiques et à la posture professionnelle de la médiation en santé. Malgré l'importance du caractère professionnel, les médiateurs en santé souffrent actuellement d'une non-reconnaissance statutaire de ce métier dans les nomenclatures officielles des emplois, ainsi que dans le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

Quant à eux, les *Médiateurs Santé Pairs* présentent une ou plusieurs similitudes avec les personnes accompagnées, au niveau géographique, religieux, culturel ou médical. Dans ce cas, au moment du recrutement, ce n'est pas la formation du médiateur qui sera prise en compte mais une « condition de partage de la même expérience » qui devra être obligatoirement remplie, pour s'inscrire dans ce dispositif de médiateurs en santé pairs (Soleymani et al., 2022).

Enfin, les *Adultes-Relais*, qui peuvent se rapprocher à certains égards des médiateurs en santé pairs, partagent une situation socio-économique et d'habitation, dite équivalente ou similaire à celles des personnes accompagnées. Cette absence de statut officiel de la médiation en santé professionnelle a souvent eu pour effet l'utilisation du statut d'adulte-relais pour recruter et financer des postes de médiateurs en santé.

Sur l'échantillon des 16 villes étudiées, la majorité de ces villes ont fait le choix de déployer la médiation en santé professionnelle. Seulement trois de ces villes, dont Grenoble, Toulouse et Lille, ont développé la médiation en santé pair et des dispositifs d'adultes relais en médiation en santé. Comme le mentionne le coordinateur en charge de la médiation en santé à la Case de santé de Toulouse, les « médiateurs pairs apportent beaucoup et nous leur proposons de se professionnaliser à partir de leurs propres parcours et compétences déjà acquises » (F. Maguin, communication personnelle, 2022). Ce constat confirme notamment les éléments qui sont ressortis de la comparaison d'expérimentation à Grenoble et Saint-Denis et démontre l'intérêt évident de la médiation par les pairs et la nécessité de professionnaliser leurs compétences et leurs expériences de terrain. La pratique révèle ainsi que c'est la médiation en santé professionnelle qui sera favorisée.

« Le parcours du médiateur est le fruit de plusieurs éléments, parfois mêlés : la migration, le parcours de vie, la formation » (Dion, 2015). L'illustration de ces différents profils de médiateurs en santé révèle ainsi une diversité quant aux parcours de ces personnes. Les médiateurs en santé sont souvent issus de divers parcours, soit dans le social, dans le médical ou le paramédical.

Parmi les villes de l'échantillon qui ont été questionnées, la pratique révèle que la majorité des médiateurs en santé sont issus de divers parcours dans le champ du social (éducateur spécialisé, travailleur social, agent d'accueil dans des structures de la ville, animateur social, médiateur social...) et ont ainsi vécu différentes expériences de terrain dans ce champ. Certaines villes ont également fait le choix de recruter des médiateurs en santé bénéficiant d'un bagage médical ou paramédical, plus spécifiquement des infirmiers de formation. Les villes qui ont recruté des médiateurs en santé avec un parcours infirmier sont au nombre de deux. A Saint-Malo, la ville a recruté un médiateur en santé avec un profil infirmier, qui est rattaché au CCAS de la ville. Son rattachement au CCAS lui permet

d'« *apporter le regard médical* » ; « *c'était le maillon qui manquait au service* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°3). Du fait de son rattachement à une structure sociale, il ne bénéficie pas de proximité directe avec les professionnels de santé. Son bagage infirmier, ainsi que ses expériences médicales et humanitaires lui permettent d'avoir « *un regard médical dans l'accompagnement, un lien particulier avec les professionnels de santé du territoire et plus de crédibilité auprès des usagers* », même si le soin ne rentre plus dans le cadre de son métier (Entretien Chargé·e de mission en santé n°1). Malgré l'arrêt des soins, le médiateur en santé se positionne plus en tant qu'infirmier que médiateur. La ville de Bourg-en-Bresse présente la même situation et a fait le choix de recruter un médiateur en santé avec un profil infirmier qui « *a permis d'établir plus rapidement une confiance avec les habitants et les professionnels de santé et de gagner du temps dans l'accompagnement* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°3).

Ces différences de parcours peuvent notamment s'expliquer en fonction du niveau de proximité entre les médiateurs et les professionnels de santé. Un médiateur en santé qui exerce seul, en dehors de toute structure de santé, aura l'intérêt de bénéficier d'un bagage médical pour lui permettre d'avancer plus rapidement dans ses accompagnements, tandis qu'un médiateur en santé qui travaille en lien avec les professionnels de santé ne manquera pas d'un tel bagage dans sa pratique quotidienne. Malgré l'apport d'un bagage médical, il est primordial que le médiateur en santé ne dépasse pas les limites de sa posture. Le médiateur en santé accompagne vers le soin ; une nuance dont les frontières peuvent être très rapidement troublées. De plus, certaines villes ont identifié en priorité le besoin de renforcer d'autres compétences car « *ce n'est pas tant le bagage médical qui manque mais le bagage des compétences en droits de santé* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°5).

Tableau n°6 : Les profils et parcours des médiateurs en santé établis sur la base des entretiens avec les Chargé·e·s de mission en santé et les Médiateur·rice·s en santé (2022-2023)

Profils	Définitions	Intérêt(s)	Limite(s)
Médiateur Santé Professionnel Issus de divers parcours : Champ médical Champ paramédical Champ social	Il intervient soit en amont, soit en aval du système de santé. Quand il agit en amont, le médiateur est dans une posture d'aller-vers afin d'accompagner les personnes éloignées du système. Quand il agit en aval, il accompagne les personnes vers des ressources.	Un professionnel qualifié pour la connaissance des droits et parcours de santé. Crédibilité et confiance vis-à-vis des professionnels, des usagers et des partenaires.	Pas de reconnaissance statutaire de ce métier dans les nomenclatures officielles des emplois. Reconnaissance plus importante de la profession d'infirmier que de médiateur en santé.
Médiateur Santé Pair	Il exerce les mêmes actions que les médiateurs en santé professionnels mais présentent une ou des similitudes avec la personne accompagnée. Il peut s'agir de similitudes géographiques, médicales, religieuses, culturelles.	Une plus grande proximité avec les personnes / Favorise le lien de confiance Il partage le vécu des personnes et se professionnalise à partir de son propre parcours.	Difficulté(s) à accompagner les personnes qui ont vécu des situations similaires. Capacité à prendre du recul par rapport à son propre cas et à sa propre histoire.
Adulte-Relais	Il partage une situation socio-économique et d'habitation équivalente ou similaire à celles des personnes accompagnées.	Une plus grande proximité avec les personnes / Favorise le lien de confiance.	Il se rapproche à certains égards des médiateurs en santé pairs. Utilisation du statut d'adulte-relais pour recruter et financer des postes de médiateurs en santé.

2) Une appropriation commune des accompagnements et actions déployés dans les villes

Malgré cette diversité de médiateurs en santé, comme pour Grenoble et Saint-Denis, les grandes lignes relatives aux accompagnements et actions des médiateurs en santé restent relativement similaires. Les médiateurs s'approprient une même fonction d'interface, avec des points de divergence tant au niveau du caractère de priorité de ces actions, que de la manière de les adapter aux territoires et aux populations concernées. Dans la pratique, on retrouve ainsi de manière spécifique l'accompagnement individuel, l'accompagnement collectif, les permanences et les actions d'aller-vers.

Tableau n°7 : Typologie des accompagnements et actions établis sur la base des entretiens avec les Chargé·e·s de mission et les Médiateur·rice·s en santé (2022-2023)

Accompagnements/actions	Définitions	Exemples
Accompagnement individuel	La durée d'accompagnement varie d'une personne à l'autre, l'objectif étant de rendre la personne accompagnée autonome dans son parcours de santé. La majorité de ces accompagnements varie d'une semaine à plusieurs mois. Certaines situations complexes nécessitent de mener des accompagnements sur le long terme (une à plusieurs années), ce qui reste extrêmement rare dans la pratique.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accompagnement sur les droits en santé ;</i> • <i>Aide à la prise de rendez-vous médicaux et à la compréhension des ordonnances ;</i> • <i>Accompagnement physique à une consultation médicale ;</i> • <i>Aide à l'usage des démarches en ligne.</i>
Accompagnement collectif	Les actions collectives abordent la santé sous la forme de temps de formation, d'éducation à la santé, d'activité physique Au-delà de l'aspect santé, l'objectif est de créer du lien et de rompre l'isolement social. Ces actions peuvent se dérouler ponctuellement ou régulièrement, en fonction des thèmes abordés, des demandes exprimées et des besoins recensés par les personnes et les acteurs de proximité. Ces actions sont déployées à destination de plusieurs personnes, dont le nombre varie d'une action à l'autre, en fonction de l'intérêt porté pour la thématique et de la volonté des médiateurs et professionnels en charge de leur mise en œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Animation d'ateliers collectifs sur la santé (dépistages, grossesse, précarité menstruelle, prévention, bucco-dentaire, accès aux droits et aux soins, droit des étrangers, alimentation et sport...) ;</i> • <i>Actions de lutte contre les violences faites aux femmes ;</i> • <i>Actions autour de la découverte des professionnels de santé ;</i> • <i>Organisation de marches douces et de café santé avec les habitants du quartier.</i>
Permanence	Un espace au sein duquel le médiateur en santé sera présent une demi-journée, une journée entière ou plusieurs journées, sans prise de rendez-vous.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Structures de santé ;</i> • <i>Locaux municipaux ;</i> • <i>Locaux associatifs ;</i> • <i>Stands dans les marchés.</i>
Aller-vers	Le déploiement d'actions permettant d'aller à la rencontre des personnes directement dans leur lieu de vie et/ou les lieux les plus fréquentés.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actions de porte-à-porte ;</i> • <i>Déplacements aux sorties des écoles ;</i> • <i>Organisation de groupes de paroles sur la santé mentale ;</i> • <i>Participation à des événements de quartier.</i>

L'ensemble des personnes rencontrées lors des entretiens ont insisté sur le caractère prioritaire de l'accompagnement individuel dans le sens où « *l'approche très personnalisée est vraiment indispensable* » ; « *c'est un dispositif qui ne peut pas être universalisé* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°1). Le médiateur en santé « *s'adapte aux personnes en faisant du cas par cas* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°3). Chaque ville et structure en charge de la médiation en santé déploie l'accompagnement individuel à leur propre façon, avec dans certaines situations le suivi d'un protocole précis. Ces protocoles permettent d'établir la manière dont les personnes seront prises en charge et accompagnées dans le cadre de la médiation en santé. Au sein même de cet accompagnement individuel, les médiateurs en santé orientent, informent et accompagnent les personnes les plus vulnérables, éloignées du système de santé, en se focalisant sur l'accès à la santé de la personne. Cet accès à la santé se rapporte directement à l'accès aux droits, à l'accès à la prévention et à l'accès aux soins. L'accès aux droits est l'accompagnement qui prend le plus de temps à l'ensemble des médiateurs car « il faut connaître le fonctionnement de la protection sociale, pour aiguiller le patient dans le dédale administratif » (La rédaction What's up Doc, 2022). C'est la porte d'entrée qui permet de guider les personnes vers l'autonomie, en permettant de « *tout déconstruire pour tout rassembler* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°1).

Concernant l'accompagnement collectif, les actions déployées prennent une place de plus en plus importante, et permettent de travailler en lien avec la dynamique des quartiers en créant « *des actions qui s'adaptent aux personnes et qui créent du lien social* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°2). Pour autant et comme il avait été évoqué dans la comparaison des expérimentations à Grenoble et Saint-Denis, certaines villes ne déploient pas d'actions collectives notamment « *du fait de la pression exercée par les permanences et le nombre de suivi individuel en cours* » (Entretien Chargé·e de mission n°4).

Pour les permanences, elles « *servent à se rendre visibles* », et peuvent s'effectuer au sein de divers espaces comme « *les quartiers, dans les locaux de la mairie, chez les partenaires mais également à domicile* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°3).

Quant aux actions d'aller-vers, ce sont celles qui « *nécessitent le plus de travail* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°2) et de ce fait, elles ne vont pas occuper le cœur du travail des médiateurs en santé. Certaines villes ont arrêté les actions d'aller-vers, tandis que d'autres villes sont en réflexion sur la nécessité de son développement pour apporter un encadrement complet de la médiation en santé. A titre d'illustration, la ville de Saint-Malo souhaite développer un système de « *consultations à*

domicile pour des personnes qui n'ont pas de médecin traitant et avec des difficultés de mobilité » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°1).

Même si une certaine similitude quant aux accompagnements et actions reste certaine, chaque médiateur s'approprie à sa manière sa fonction professionnelle car *« ton quotidien, c'est toi qui le crées en fonction de la manière dont tu interprètes ce nouveau métier »* (Entretien Médiateur·rice en santé n°6).

Par rapport à ces différents éléments, il reste à préciser que l'accès à la santé ne relève pas de l'exclusivité de la médiation santé. Au niveau des territoires, divers acteurs en santé déploient des actions similaires permettant d'accompagner les personnes dans leur santé, sans pour autant parler de médiation en santé en tant que tel. Cet aspect a notamment été mis en perspective lors de temps d'échanges avec des structures et dispositifs de santé déployés sur le territoire rennais (**Annexe n° 2**), qui développent des actions et accompagnements individuels et/ou collectifs, conformément à leurs domaines d'expertise et à la spécificité de leurs publics. Selon les domaines, la démarche de l'aller-vers ne sera pas toujours évidente à mener. A titre d'illustration, les actions d'aller-vers font partie de l'essence même de la réduction des risques et des dommages aux conduites addictives, ce qui n'est pas forcément le cas des dispositifs destinés aux étudiants en situation de vulnérabilité, qui restent difficiles à cibler en dehors des campus.

Concernant les résultats de ces accompagnements, comme à Grenoble et Saint-Denis, la médiation en santé, au sein de ces villes françaises, a également révélé un apport positif, autant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Malgré ces résultats très satisfaisants, une interrogation se pose sur la pertinence d'un tel outil au sein d'un système de santé qui présente certaines défaillances (**B**).

B. La médiation en santé, un outil pertinent ou révélateur d'un système de santé défaillant ?

La médiation en santé s'est développée dans un contexte particulier qui a eu pour effet d'accentuer les difficultés relatives au quotidien professionnel des médiateurs en santé dans la mise en œuvre de leurs accompagnements (**1**). Face à ces difficultés, le manque d'une formation diplômante en la matière impacte directement la sécurité statutaire relative à ce métier, qui reste victime d'une professionnalisation inachevée (**2**). Pour autant, malgré le constat de ces différents aspects, la médiation en santé reste aujourd'hui un outil adapté pour pallier le nonaccès à la santé de toutes et tous et ainsi s'inscrire dans cette lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (**3**).

1) La réalité du système accentuant les difficultés des médiateurs en santé

« Les accompagnements des personnes sont complexes face à la dégradation du système de santé » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°4). Malgré la richesse de la fonction d'interface occupée par les médiateurs en santé, ces derniers peuvent se retrouver en difficulté dans leur quotidien professionnel, du fait de divers facteurs extérieurs, propres à la réalité de notre système de santé, notamment concernant la baisse générale de la démographie médicale, le constat d'un nombre important de personnes dont les droits ne sont pas ouverts ou actualisés mais aussi qui ne souhaitent pas bénéficier des accompagnements de la médiation en santé.

De manière générale et commune à la majorité des médiateurs en santé, la pratique révèle des difficultés similaires, notamment face à une démographie médicale en baisse de manière générale et de manière plus importante au sein de certains territoires. « *Le problème c'est le manque de médecin et la complexité de notre parcours de soins* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°5). En effet, cet aspect impacte directement le quotidien des médiateurs en santé qui se retrouvent dans l'incapacité d'orienter les personnes accompagnées vers des professionnels de santé, du moins dans certaines spécialités, comme notamment le dentaire ou le visuel, qui sont particulièrement touchées par ce phénomène. Dans ce sens, « *c'est ça le message à garder, on peut faciliter l'accès aux soins mais on ne pourra pas inventer des dentistes* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°1).

De même, concernant l'accompagnement individuel, cœur du métier, l'ensemble des médiateurs en santé passent la majorité de leur temps à accompagner les personnes sur l'accès aux droits, qui reste le « *nerf de la guerre* » pour emprunter cette expression employée par un médiateur en santé lors d'un entretien. L'accès aux droits consiste à accompagner les personnes sur l'ouverture ou la mise à jour de leurs droits en santé, afin qu'elles soient couvertes par l'assurance maladie. Pour autant, l'accompagnement sur l'accès aux droits prend beaucoup de temps, du temps qui pourrait être axé sur d'autres types d'accompagnements relatifs au parcours en santé de ces personnes.

Cette difficulté permet de faire le lien avec le phénomène de non-demande, forme de non-recours, particulièrement marqué dans le domaine de la santé, qui se produit « lorsque que l'offre est connue mais pas demandée, ou bien un droit ouvert mais la prestation non-utilisée » (Warin, 2016). Le médiateur en santé peut notamment se retrouver confronté à des personnes qui nécessitent un accompagnement particulier mais qui ne souhaitent pas en bénéficier pour différentes raisons (manque de confiance et de connaissance, désaccord sur les conditions, préférence pour d'autres alternatives...). Pour autant, en respect du cadre déontologique, le médiateur en santé est dans l'obligation de s'assurer

de la volonté de la personne et ne pourra la contraindre à l'accompagner sans son consentement (Haute Autorité de Santé, 2017).

Les médiateurs en santé rapportent également des difficultés relatives à la fracture numérique. La fracture numérique est définie, au sens large, par « l'accroissement de l'écart de l'équipement (et de l'accès) en TIC¹⁷ entre deux zones géographiques données ou deux catégories d'individus données » (Ben Youssef, 2004). L'organisation du système de santé se tourne de plus en plus vers le numérique pour gérer les démarches en matière de santé. Dans ce cadre, les médiateurs en santé se retrouvent face à des personnes complètement démunies devant ces évolutions, certaines ne bénéficiant pas des outils adéquats pour effectuer ces démarches, voir même de connexion internet à leur domicile, ou étant dans l'incapacité de s'en servir. Les médiateurs en santé passent ainsi beaucoup de temps à expliquer l'utilisation des outils numériques comme Doctolib¹⁸ ou Améli¹⁹, ou encore à s'en occuper directement pour les personnes. Sur ce point, dans certaines villes, les médiateurs en santé travaillent en lien avec des médiateurs numériques qui prennent le relai sur ces questions.

De manière plus spécifique à certains médiateurs en santé, les échanges révèlent notamment une certaine divergence concernant les rapports avec les professionnels de santé et les différents acteurs des quartiers. Certaines villes ont insisté sur le travail et le temps qu'il a fallu pour faire connaître la médiation en santé et la rendre légitime aux yeux de tous. « *Les médiateurs en santé deviennent souvent le dernier maillon de la chaîne de cohésion sociale* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°4), c'est-à-dire qu'ils vont souvent être sollicités par des acteurs sur tout type d'actions, en lien ou non avec la santé. A l'inverse, pour certaines villes, il n'a pas été compliqué de rendre compte de l'utilité de la médiation en santé et de cadrer les contours d'une telle pratique. « *Il y a beaucoup de rendez-vous tripartites avec les travailleurs sociaux pour éviter qu'ils ne se déchargent sur le médiateur et s'assurer que l'accompagnement relève bien de ses compétences* » (Entretien Chargé·e de mission en santé n°3). Ces points de difficultés mettent encore une fois en évidence cette nécessité de s'assurer que les médiateurs en santé ne se retrouvent pas isolés dans leur quotidien professionnel et puissent s'adresser aux bonnes personnes, en cas de besoin. Il s'agit également de s'assurer que les médiateurs en santé bénéficient quotidiennement d'un suivi d'analyses de pratiques autour des situations complexes, et de séances régulières avec des psychologues.

¹⁷ Technologies de l'Information et des Communications.

¹⁸ Plateforme de gestion en ligne des consultations médicales.

¹⁹ Site internet de l'Assurance Maladie.

2) Une professionnalisation et une reconnaissance inachevées

« La formation des médiateurs est une question centrale tant pour acquérir ou renforcer leurs compétences et savoir-être que pour une professionnalisation garantissant et reconnaissant leur expertise pour intervenir auprès de publics vulnérables » (Haschar-Noé & Bérault, 2019). Dans ce cadre, « les efforts doivent être poursuivis notamment dans la construction et la pérennisation d'une formation diplômante adaptée » (Gourmelon et al., 2015). Ces mots résument les deux limites relatives à la médiation en santé : d'une part, une non-reconnaissance du métier de médiateur en santé en tant que véritable profession, impactant directement la sécurité statutaire et financière de ces professionnels et d'autre part, l'absence d'une véritable formation diplômante en la matière. A ce jour, on est face à une professionnalisation inachevée de la médiation en santé (Haschar-Noé & Bérault, 2019). Cette situation est paradoxale à en juger l'utilité et l'efficacité d'une telle pratique.

La médiation en santé bénéficie actuellement d'une offre morcelée de formations qui s'est aussi « raréfiée depuis l'arrêt de la formation de médiation en santé publique de l'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée » (Gourmelon et al., 2015). Plusieurs formations intègrent, dans une moindre mesure, la médiation en santé. Au niveau national, on compte diverses formations en la matière ne concernant « au total que 16 formations différentes » dont « trois d'entre elles comportent les termes de médiation ou de médiateur dans leur intitulé » (Haschar-Noé & Bérault, 2019). Il s'agit de Diplôme Universitaire (DU), de Licence professionnelle, de Master, de Certificat de compétences, de Certification professionnel, et d'Itinéraire métier qui portent spécifiquement sur la médiation en santé ou alors de manière plus large sur d'autres thématiques intégrant des modules relatifs à la médiation en santé. Les porteurs de ces formations sont très divers. Il peut autant s'agir d'universités, d'associations, d'institutions que d'organismes de formation publics et privés. Malgré le caractère diplômant de certaines de ces formations, le besoin identifié est la construction d'une ou plusieurs formations diplômantes permettant de réunir tous les aspects théoriques et opérationnels de la médiation en santé au niveau national.

Au sein d'une étude réalisée en 2019 sur la médiation en santé, les médiateurs en santé interrogés ont mis en avant plusieurs propositions pour répondre à ces besoins non satisfaits. De manière synthétique, elles consistent à favoriser l'intersectorialité dans toutes les formations, en privilégiant une approche globale de la santé et ainsi renforcer l'accessibilité des formations et les adapter aux publics concernés pour les rendre autant diplômantes que professionnalisantes, dans cet objectif d'amélioration de

l'employabilité des médiateurs en santé (Haschar-Noé & Bérault, 2019). Ces propositions sont ainsi des pistes d'amélioration permettant de faire évoluer les pratiques.

3) *La médiation en santé, un outil adapté pour pallier le non-accès au système de santé*

Une fois ces constats et illustrations énoncés, une interrogation se pose. La médiation est-elle une manière véritablement adaptée pour lutter contre les inégalités de santé ? Le problème est-il pris dans le bon sens ou révèle-t-il l'échec des pouvoirs publics à remédier aux difficultés et à la complexité de notre système de santé ? Cyprien Avenel répond à cette question en précisant que la démarche de l'aller-vers, dont la médiation en santé fait partie, émerge lorsque les pratiques des institutions et des associations révèlent leurs limites (Avenel, 2021). Le déploiement d'actions d'aller-vers est loin d'être une « solution miracle » et révèle avant tout le « constat d'un échec », celui que « le système de santé de droit commun n'est pas en mesure de prendre en soin les plus vulnérables, malgré les précédentes politiques visant à permettre l'accès au système de santé de toutes et tous » (Mahe, 2021).

Il est vrai que la médiation en santé est un outil adapté, permettant de répondre aux inégalités sociales et territoriales de santé. Pour autant, cet outil vient pallier l'insuffisance de la responsabilité de notre système de santé en ce qui concerne l'accompagnement sanitaire de tous, et particulièrement des personnes les plus vulnérables.

Pour autant, dans un tel contexte qui présentent diverses insuffisances, la médiation en santé, comme les autres techniques d'aller-vers, reste la meilleure alternative face à un système de santé défaillant car « *il y aura toujours des gens qui ont un accident de parcours, il y aura toujours des gens qui d'un coup sont découragés, il y aura toujours des besoins spécifiques* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°1). La médiation en santé permet ainsi de confirmer l'idée que « *c'est mieux que rien* », mais « *dans un monde idéal, la médiation n'existe pas* » ; « *j'ai peur que ça continue à invisibiliser les personnes précaires parce que si les médiateurs en santé continuent leurs accompagnements ça déresponsabilise les politiques publiques* » (Entretien Médiateur·rice en santé n°6).

Dans cette lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, le système de santé doit s'armer pour garantir un accès à la santé pour toutes et tous et ainsi ne pas déresponsabiliser les politiques publiques, du caractère fondamental de cet aspect. C'est dans un tel contexte que la médiation en santé s'est développée pour tenter de remédier à ces difficultés et ainsi d'assurer l'accompagnement des personnes les plus vulnérables, éloignées du système de santé.

Conclusion

La médiation en santé est un outil adapté, dans un contexte dans lequel les inégalités de santé, et plus spécifiquement les inégalités sociales et territoriales de santé occupent une place de plus en plus importante. Malgré cela, la médiation en santé reste aujourd'hui un outil « non reconnu et peu valorisé » (Géry et al., 2022). Les pratiques actuelles révèlent que la médiation en santé repose sur le développement d'expérimentations et d'appels à projets, émanant de différents acteurs, ne garantissant pas sa pérennité et ne valorisant pas à sa juste valeur la fonction d'interface occupée par le médiateur en santé, véritable pivot de la démarche.

La médiation en santé a fait ses preuves, se traduisant par des résultats satisfaisants, autant de manière quantitative que qualitative. Dans ce sens, malgré une reconnaissance relativement récente de la pratique, à travers la LMSS de 2016 et le référentiel de la HAS de 2017, tout l'enjeu repose sur la nécessité de convaincre de son utilité, pour que cette démarche ne soit plus seulement expérimentale mais bénéficie, à une plus grande échelle, d'une reconnaissance et d'une généralisation nationale (Géry et al., 2022). Cela aurait pour effet de reconnaître à sa juste valeur l'importance et l'admirable travail de ces médiateurs en santé qui occupent une place centrale, au cœur des rapports entre les personnes les plus vulnérables et les acteurs du système de santé.

Dans ce sens, il reste à espérer que les choses tendent à évoluer. La médiation en santé fait actuellement partie des réflexions portées au niveau national. Le 3 octobre 2022, en ouverture du Conseil National de la Refondation (CNR) consacré à la santé, le ministre de la Santé, François Braun, a déclaré être convaincu que « la médiation en santé, qui mobilise des professionnels non soignants pour accompagner nos concitoyens, jeunes, précaires, isolés, vers les professionnels de santé, est une clé de notre action collective » (Braun, 2022). Le 3 mai 2023, soit sept mois après son lancement, le CNR a fait l'objet d'un premier bilan, qui s'est traduit par cette nécessité de déployer de manière plus massive les nouvelles formes d'aller-vers et de consolider les activités de médiation en santé (Braun, 2023).

Ces premières préconisations laissent espérer que la médiation en santé soit enfin considérée à sa juste valeur, comme un dispositif prometteur permettant de favoriser l'accès à la santé de toutes et tous et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Bibliographie

OUVRAGES :

- Potvin L., Moquet M.-J., & Jones C. M., (2010), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Réseau français des Villes santé de l'OMS., (2021), *Offre et accès aux soins primaires : quels rôles des villes et intercommunalités ?*
- Roelandt J.-L., Staedel B., (2016), *L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs : Une révolution intranquille*, Paris, Doin.
- Warin P., (2016), Chapitre 17. Non-recours et non-demande, symptômes des défauts de l'offre publique ? In *Refonder les solidarités*, Dunod, p. 255-267.

ARTICLES REVUES / SCIENTIFIQUES :

- Avenel C., (2021), « L'aller-vers » au cœur des métamorphoses du travail social ? *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, p. 713-727.
- Ben Youssef A., (2004), « Les quatre dimensions de la fracture numérique », *Réseaux*, vol. 127-128, n°5-6, p. 181-209.
- Bouchaud O., Hamel E., & Dagmar S., (2022), « La médiation en santé : Un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention », *La santé en action*, n°460, p. 4-8.
- Bouchaud O., (2015), « Place de la médiation. Vers une reconnaissance ? », *Corevih Ile-de-France*, p. 8-10.

- Chambon N., Traverso V., & Zeroug-Vial H., (2020), « Médiateurs, pairs, interprètes... Au secours du soin », *Les cahiers de Rhizome*, p. 7-16.
- Couteron J.-P., (2015), « La réduction des risques. Comment prendre soin d'un usager-citoyen », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 126, n°2, p. 52-58. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/vst.126.0052>
- Dion L., (2015), « La médiation sanitaire auprès des personnes migrantes vivant avec le VIH : un état des lieux en Ile-de-France », *Corevih Ile-de-France*, p. 14-17.
- Géry Y., Avenel C., (2021), « L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits », *La santé en action*, n°458, p. 8-9.
- Géry Y., Hamel E., Soleymani D., & Bouchaud O., (2022), « Médiateur en santé : Un nouveau métier pour réduire les inégalités », *La santé en action*, n°460, p. 3.
- Gross O., Quéruef N., (2022), « Le médiateur en santé pair partage la même expérience que le malade », *La santé en action*, n°460.
- Haschar-Noé N., & Basson J.-C., (2019), « Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale en santé. La Case de Santé de Toulouse », *Innovations*, vol. 60, n°3, p. 121-144. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-innovations-2019-3-page-121.htm>
- Haschar-Noé N., & Bérault F., (2019), « La médiation en santé : Une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins », *Santé Publique*, vol. 31, n°1, p. 31-42. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.191.0031>
- Jeantet M., Hamel E., (2021), « Nous devons aller vers les populations vulnérables pour leur permettre d'accéder aux soins et à tous leurs droits », *La santé en action*, n°458, p. 5-7.

- Léculée A., (2006), « Prévention spécialisée et protection de l'enfance », *Journal du droit des jeunes*, vol. 253, n°3, p. 17-18. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/jdj.253.0017>
- Le Floch C., Quéruef N., (2021), « Aller-vers, c'est ne pas attendre que les exclus expriment une demande d'aide », *La santé en action*, n°458, p. 10-11.
- Maguin F., Géry Y., (2022), Case de santé de Toulouse : « La médiation en santé est la porte d'entrée pour accéder aux droits et aux soins », *La santé en action*, n°460, p. 17-18.
- Morel B., Ndoumou H., Géry Y., (2021), « Maraudes d'Emmaüs Solidarité : « Aller à la rencontre des personnes qui ont renoncé à tout, leur redonner une étincelle d'espoir », *La santé en action*, n°458, p. 24-26.
- Musso S., (2015), « Les enjeux de la formation—Place de la médiation. Vers une reconnaissance ? », *Corevih Ile-de-France*, p. 30-35.
- Renaud L., (2017), « Mieux prendre en compte la pudeur et la diversité culturelle à l'hôpital », *La santé en action*, n°442, p. 18-20.
- Revault P., Delaquaize H., (2022), « Co-construire et interroger la médiation en santé : entre engagement, savoirs expérientiels et retours critiques », *Anthropologie & Santé*, n°24 bis.
- Revault P., (2017), « Médiation en santé : Des origines à de nouvelles perspectives ? », *La santé en action*, n°442, p. 10-12.
- Robert M.-L., (2017), « Promouvoir la réduction des risques, du caarud au chrs. Récit de stage », *VST - Vie sociale et traitements*, n°134, p. 131-135. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/vst.134.0131>
- Soleymani D., Hamel E., & Bouchaud O., (2022), « Médiation en santé : Concepts, définitions, métiers », *La santé en action*, n°460, p. 10-11.

- Tessier S., Kotobi L., & Boussouar M., (2017), « Interculturalité, médiation, interprétariat et santé », *La santé en action*, n°442, p. 8-9.
- Van den Broucke S., (2017), « La littératie en santé : Un concept critique pour la santé publique », *La santé en action*, n°440, p. 11-13.
- Vulbeau A., (2007), « ... en contrepoint - Aux origines de la prévention spécialisée », *Informations sociales*, n° 140, p. 115-116. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/inso.140.0115>

ETUDES ET RAPPORTS :

- Amrous N., (2022), *Protection maternelle et infantile (PMI) : Un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1227_0.pdf
- ANESM., (2017). *La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf
- Chauvin F., (2021), *Dessiner la santé publique de demain*, Ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf
- *Contrat local de santé de Grenoble.*, (2018-2023). Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/33879/download?inline>
- *Contrat local de santé de Saint-Denis.*, (2019-2022). Disponible sur : https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/2020_03_12_contrat_local_sante_stdenis.pdf

- Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté., *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.*, (2018), Ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf
- Direction générale de la cohésion sociale., (2006), *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Direction générale de l'offre de soins., (2018), *Guide relatif aux centres de santé*, Ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf
- Gamot I., & Biot L., (2017), *L'accès aux droits en santé. Bilan et perspectives de l'expérimentation des Médiateurs Pairs en Santé*. Direction Santé Publique et Environnementale.
- Gourmelon N., Moucazambo C., & Pariente J., (2015), *Place de la médiation. Vers une reconnaissance ?* Compte-rendu de la soirée migrants et VIH 27 octobre 2015.
- Groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits de médiation sociale., (2001), *Charte de référence de la médiation sociale*, Délégation interministérielle à la Ville.
- Groupe de travail « Santé et accès aux soins », (2012), *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Ministère de la santé.
- Haut Conseil de la Santé Publique., (2021), *Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé*.
Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1127>
- Haute Autorité de santé., (2017), *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*.

- Haute Autorité de Santé., (2017), *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.*
- Haute Autorité de Santé., (2019), *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).*
- Ministère de la santé et de la prévention., (2017a), *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.*
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_axe2bis.pdf
- Ministère de la santé., (2018), *Stratégie nationale de santé 2018-2022.* Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- Mission Observation sociale et territoriale de la Ville et du CCAS de Grenoble., (2022), *Analyse des Besoins Sociaux - Avoir moins de 25 ans à Grenoble.*
- Observatoire national de la politique de la ville., (2020), *Vulnérabilités et ressources des quartiers prioritaires.* Disponible sur : http://www.onpv.fr/uploads/media_items/onpv-rapport-2020.original.pdf
- Observatoire régional de santé., (s. d.), *Profils socio-sanitaires des communes Ile-de-France.* Disponible sur : <https://geoweb.iau-idf.fr/ressources/cartoviz/sante/monographie/PDF/93066.pdf>
- Raoul D., (2016), *Le contrat adultes-relais, un dispositif de la politique de la ville à préserver,* Rapport d'information N° 128, Sénat. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-128/r16-128.html>

- Villes et Territoires Occitanie., (2019), *Médiation en santé. Un outil pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé?* Disponible sur : <https://villes-et-territoires.fr/productions/mediation-en-sante-un-outil-pour-reduire-les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/>

TEXTES OFFICIELS :

- Conférence internationale pour la promotion de la santé., (1986), Charte d'OTTAWA, Canada.
- Décret n°2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains, modifié par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015.
- Décret n°2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Organisation mondiale de la santé., (2011), Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, Brésil.

SITOGRAPHIE :

- Acs M., Degbé A., & Laurent P., (2022, 10 mai), *En Île-de-France, 13 % des habitants vivent dans un QPV, deux fois plus qu'en province*, Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6441141#consulter>
- Braun F., (2022, 4 octobre), *Conclusion de la journée de lancement du Conseil nationale de la refondation (CNR) en santé - 3 octobre 2023*, Ministère de la Santé et de la Prévention. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/conclusion-de-la-journee-de-lancement-du-conseil-national-de-la-refondation-cnr>
- Braun F., (2023, 5 mai), *Discours de clôture CNR PLENIER*, Ministère de la Santé et de la Prévention. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_cnr_sante_3_mai.pdf
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.), *Évaluation des expérimentations d'innovation en santé (article 51)*. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/evaluation-des-experimentations-dinnovation-en-sante-article-51>
- Fédération Nationale des Centres de Santé. (s. d.), *Qu'est-ce qu'un centre de santé ?* Disponible sur : <https://www.fnccs.org/qu-est-ce-qu-un-centre-de-sante>
- Giannini A., (mis à jour en février 2023), *Médiation en santé dans les quartiers politique de la ville - Ville de Grenoble*. Fabrique Territoires Santé. Disponible sur : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/mediation-en-sante-dans-les-quartiers-politique-de-la-ville/>
- Ginot L., (2022, 7 avril), *L'aller-vers, une démarche de santé publique*, Infolettre n°72, ARS.

- INSEE., (2023, 23 janvier), *Commune de Grenoble (38185)*. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-38185#chiffre-cle-1>
- INSEE., (2023, 23 janvier), *Commune de Saint-Denis (93066)*. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-93066>
- La rédaction What's up Doc. (2022, 19 octobre). *Médiateur en santé : Un métier pour aider les personnes « dont le parcours de soins et de prévention est en échec »*. Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/mediateur-en-sante-un-metier-pour-aider-les-personnes-dont-le-parcours-de-soins-et-de>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2017, 20 février). *Les permanences d'accès aux soins de santé*, ARS. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
- Santé publique France., (2021, 17 mai), *Les inégalités sociales et territoriales de santé*. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
- Ville de Grenoble., (s. d.), (mis à jour en mars 2023), *Les Maisons des Habitants*. Disponible sur : <https://www.grenoble.fr/demarche/403/659-les-maisons-des-habitants.htm>
- Ville de Grenoble. (2016 - 2020). *Plan Municipal de Santé*. Disponible sur : <https://www.grenoble.fr/472-plan-municipal-de-sante.htm>

MEMOIRES ET TRAVAUX :

- Chevaillier G., (2021), *Les inégalités sociales et territoriales de santé*, [Dossier documentaire]. École des Hautes Études en Santé Publique.

- Mahe B. (2021). *Lutte contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité: État des lieux du déploiement de l'aller-vers en Bretagne*, [Mémoire]. École des Hautes Études en Santé Publique.
- Matthias A., Fanny B., Laurence B., Adeline F., Philippe J., Patrice L., Fabienne M., & Vanina O.-C., (2005), *Les inégalités sociales de santé : La loi du 9 août 2004 est-elle une occasion manquée ?* [Module interprofessionnel de santé publique]. École des Hautes Études en Santé Publique.

Liste des annexes

- **Annexe n°1 : Question Réseau Français des Villes-Santé (RFVS)**
- **Annexe n°2 : Récapitulatif des villes étudiées**
- **Annexe n°3 : Grille d'entretien – Médiateur·rice en santé**
- **Annexe n°4 : Grille d'entretien – Chargé·e de mission en santé**
- **Annexe n°5 : Grille d'entretien – Acteurs Santé Rennes**
- **Annexe n°6 : Retranscription d'un entretien avec un médiateur·rice en santé**

Annexe n°1 : Question Réseau Français des Villes-Santé (RFVS)

→ Le RFVS est un réseau national qui œuvre pour l'amélioration des politiques et actions en faveur d'une meilleure santé de la population. Ce réseau facilite les échanges entre les villes autour de leurs pratiques et expériences en matière de santé. Le réseau permet ainsi d'échanger avec les villes-santé et de bénéficier d'un partage de pratiques et de retours d'expériences via différents outils.

→ L'outil ville-à-ville du RFVS permet de s'adresser directement aux villes membres du réseau pour poser des questions sur des thématiques spécifiques en santé. Chaque ville reste libre d'apporter, ou non, des éléments de réponse, en fonction des sujets abordés et de l'intérêt partagé sur le sujet.

« *Bonjour,*

La ville de Rennes réfléchit actuellement à la mise en place d'un dispositif de médiation en santé. Nous nous permettons ainsi de solliciter les Villes-Santé pour avoir leurs retours d'expériences et en savoir plus sur leurs implications dans ce type de dispositif.

Concernant le dispositif de médiation en santé en tant que tel :

- 1- Votre ville est-elle impliquée dans la mise en place d'un dispositif de médiation en santé ?*
- 2- Si oui, comment cela se formalise-t-il (partenariat(s), quartier(s) et public(s) ciblés...)?*
- 3- Quelles sont les modalités de portage ?*
- 4- Quels sont les acteurs qui financent un tel dispositif et comment ?*

Concernant plus spécifiquement les médiateur-riche-s :

- 5- Quel est le profil des personnes qui interviennent en tant que médiateur-riche en santé (formation(s) professionnelle(s), parcours et expérience(s) professionnelle(s)...) ?*
- 6- Quelles sont les actions de médiation en santé mises en place (accompagnement individuel, accompagnement collectif, permanence...) ?*

Pour conclure,

- 7- Selon vous, quelles sont les limites à la mise en place d'un tel dispositif et quelles sont les difficultés auxquelles ont pu être confrontés les médiateur-riche-s dans l'exercice de leurs missions ?*

En vous remerciant par avance pour vos retours.

Bien à vous.

Ville de Rennes »

Annexe n°2 : Récapitulatif des villes étudiées

	Question RFVS²⁰	Recherches/Littératures	Entretiens
<u>Objectif(s)</u>	Recueillir des éléments de réponse sur l'appropriation et le déploiement de la médiation en santé dans les villes.	Compléter l'approche conceptuelle et opérationnelle de la médiation en santé.	Approfondir les éléments développés dans le cadre de l'outil ville-à-ville du RFVS et mise en perspective des données récoltées.
<u>Villes concernées</u>	104 villes membres du RFVS	<ul style="list-style-type: none"> • Rennes • Saint-Malo • Toulouse • Perpignan • Lille 	<ul style="list-style-type: none"> • Marseille • Nantes • Lyon • Strasbourg • Bourg-en-Bresse • Saint-Denis • Grenoble • Saint-Malo • Rennes
<u>Villes répondantes</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Marseille • Nantes • Lyon • Strasbourg • Roubaix • Montpellier • Bourg-en-Bresse • La rochelle • Saint-Denis • Grenoble • Valence 		<ul style="list-style-type: none"> • Lyon • Bourg-en-Bresse • Saint-Denis • Grenoble • Saint-Malo • Rennes <p>8 entretiens avec des Médiateur·rice·s en santé :</p> <p>→ Entretien n°1 : Médiateur·rice en santé Rennes (1) ;</p> <p>→ Entretien n°2 : Médiateur·rice en santé Rennes (2) ;</p> <p>→ Entretien n°3 : Médiateur·rice en santé Saint-Malo ;</p> <p>→ Entretien n°4 : Médiateur·rice en santé Grenoble (1) ;</p> <p>→ Entretien n°5 : Médiateur·rice en santé Saint-Denis (1) ;</p> <p>→ Entretien n°6 : Médiateur·rice en santé Rennes (3) ;</p>

²⁰ Cf Annexe n°1.

			<p>→ Entretien n°7 : Médiateur·rice en santé Saint-Denis (2) ;</p> <p>→ Entretien n°8 : Médiateur·rice en santé Grenoble (2).</p> <p>5 entretiens avec des Chargé·e·s de mission en santé des villes :</p> <p>→ Entretien n°1 : Chargé·e de mission en santé Pays de Saint-Malo ;</p> <p>→ Entretien n°2 : Chargé·e de mission en santé Saint-Denis ;</p> <p>→ Entretien n°3 : Chargé·e de mission en santé Bourg-en-Bresse ;</p> <p>→ Entretien n°4 : Chargé·e de mission en santé Grenoble ;</p> <p>→ Entretien n°5 : Chargé·e de mission en santé Lyon.</p>
<u>Acteurs locaux rennais</u>		Les acteurs présents sur le territoire rennais, bénéficiant de divers domaines d'expertise et accompagnant différentes catégories de publics.	<p>6 entretiens avec les acteurs locaux rennais :</p> <p>→ Entretien n°1 : Service Santé des Étudiants²¹</p> <p>→ Entretien n°2 : Réseau Louis Guilloux²²</p> <p>→ Entretien n°3 : AIDES 35²³</p> <p>→ Entretien n°4 : Maison des aînés et des aidants²⁴</p> <p>→ Entretien n°5 : WE KER²⁵</p> <p>→ Entretien n°6 : CCAS</p>
			Total : 19 entretiens

²¹ Missions de prévention et de promotion de la santé auprès des étudiantes et des étudiants des campus.

²² Réseau de santé qui accueille prioritairement les personnes en situation de migration et/ou de précarité.

²³ Association de lutte contre le VIH et les hépatites virales.

²⁴ Lieux ressources de proximité qui accueillent, informent, orientent et accompagnent les personnes âgées de 60 ans et plus ainsi que leurs proches aidants.

²⁵ Association chargée de l'insertion sociale et professionnelle de jeunes de 16 à 25 ans, sortis du système scolaire.

Annexe n°3 : Grille entretien – Médiateur·rice en santé

Présentation

- 1- Pouvez-vous présenter votre parcours et m'expliquer comment vous êtes devenu·e médiateur·rice en santé (parcours professionnel, formation professionnelle...) ?

La médiation en santé

- 2- Que faites-vous concrètement en tant que médiateur·rice en santé ? Quelles sont vos missions quotidiennes (accompagnement individuel, accompagnement collectif, permanences...) ?
- 3- Comment avez-vous ciblé la mise en place de ces actions ? Comment avez-vous estimé ces besoins en santé ?
- 4- Quelles sont, selon vous, les actions les plus efficaces ?
- 5- Dans quel territoire intervenez-vous exactement (ville, secteurs, QPV...) ?
- 6- Intervenez-vous auprès d'un public ciblé (enfants, étudiants, précarité, personnes âgées...) ?
Auprès des usagers en général ? (Structures de santé, services de la ville...) ?

La posture de médiateur·rice en santé

- 7- Quelles compétences vous paraissent fondamentales dans l'exercice de votre métier ?
- 8- Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'exercice de votre métier ?
- 9- Éprouvez-vous des difficultés concernant votre posture de médiateur·rice en santé (savoir être, savoir communiquer, faire face à des situations complexes, savoir orienter...) ?
- 10- Travaillez-vous avec d'autres médiateur·rice·s en santé ? Si oui, combien et comment ? Si non, pourquoi ?
- 11- Vous sentez-vous isolé·e dans l'exercice de votre métier ? Au contraire vous sentez-vous bien accompagné·e et entouré·e ?
- 12- En tant que médiateur·rice en santé professionnel, que pensez-vous des médiateurs pairs et des adultes relais pour assurer cet aller-vers (avantages, limites...) ?

La formation des médiateur·rice·s en santé

- 13- Vous sentez-vous assez formé·e pour effectuer ce métier ? Si non pourquoi ? Qu'attendez-vous spécifiquement comme formation ?
- 14- Et concernant la reconnaissance statutaire de votre métier ?
- 15- Est-ce qu'un bagage médical vous manque dans vos accompagnements ?
- 16- Quelle est votre proximité avec les professionnels de santé ? Et avec les acteurs de proximité ?
- 17- Il n'a pas été difficile de légitimer vos actions auprès des acteurs de la ville ?
- 18- Vous paraît-il fondamental d'être rattaché·e à la ville pour exercer votre poste ?

Bilan

- 19- Selon vous, quel est le profil idéal d'un·une médiateur·rice en santé ?

- 20- Concernant votre retour d'expérience, êtes-vous satisfait·e des résultats de la médiation en santé sur votre territoire ? Si oui, de manière qualitative et quantitative ? Si non pourquoi et qu'est ce qui pourrait être amélioré selon vous ?
- 21- Quelles sont les perspectives de la médiation en santé sur le territoire ?

Annexe n°4 : Grille entretien – Chargé·e de mission en santé (Ville)

Présentation

- 1- Pouvez-vous vous présenter et présenter vos missions s'il vous plaît ?

La mise en place de la médiation en santé au niveau de la ville

- 2- Pouvez-vous me raconter l'histoire du projet de médiation en santé au niveau de la ville ?
- 3- Quels sont les enjeux de santé de ce territoire rendant nécessaire de mettre en place la médiation en santé ?
- 4- Comment est appréhendée la médiation en santé au sein de la ville ? Les financements ? Le pilotage ? Le portage ? Les partenaires ?
- 5- Le Contrat Local de Santé (CLS) intègre-il la médiation en santé ? Si oui, de quelle manière ? Quel est l'intérêt que le CLS prévoit un tel dispositif ? Et le Contrat de Ville ?
- 6- Quels sont les autres documents cadres qui intègrent la médiation en santé ?
- 7- Est-ce que le référentiel de la HAS de 2017 vous a aidé dans l'élaboration et le déploiement d'un projet de médiation en santé sur le territoire ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Le poste de médiateur·rice en santé

- 8- Avez-vous choisi de créer un poste de médiation professionnelle ? Pair ? Adulte-relais ? Pourquoi avoir fait ce choix ?
- 9- Concernant le recrutement d'un·une médiateur·rice en santé, comment celui-ci s'est-il concrétisé ? La fiche de poste ?
- 10- Quelles actions avez-vous ciblé lors de l'élaboration de la fiche de poste (accompagnement collectif, individuel, permanence...) ? Ces actions ont-elles évolué dans le temps ? Si oui, qu'est-ce qui a changé concrètement ?
- 11- Quelles sont, selon vous, les actions les plus efficaces ?
- 12- Comment ces actions ont été ciblées ? Comment ont été estimés les besoins en santé ? (Volonté politique, remontées des habitants, diagnostic en santé...) ?
- 13- Quel est le bagage professionnel du·de la médiateur·rice en santé ?
- 14- En plus de son expérience professionnelle, le·la médiateur·rice en santé a il·elle été formé·e spécifiquement à la médiation en santé ?
- 15- L'absence d'une véritable formation diplômante relative à la médiation en santé est-elle une limite selon vous ? Et la non-reconnaissance de la médiation en santé comme une véritable profession ?

Bilan

- 16- Selon vous, quel est le profil idéal d'un·une médiateur·rice en santé ?
- 17- Après retour d'expérience, êtes-vous satisfait·e des résultats de la médiation en santé sur le territoire et à destination de la population ? Si oui, de manière qualitative et quantitative ? Si non, pourquoi et qu'est ce qui pourrait être amélioré selon vous ?
- 18- Quelles sont les perspectives de la médiation en santé sur le territoire ?

Annexe n°5 : Grille entretien – Acteurs Santé Rennes

Présentation

- 1- Pouvez-vous vous présenter et présenter la structure, ainsi que les missions de votre poste s'il vous plaît ?
- 2- Quels sont les problématiques et besoins en santé au sein de votre structure ?
- 3- Faites-vous des actions d'aller-vers ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- 4- Avez-vous des actions de santé en lien avec d'autres acteurs du territoire ?

Médiation en santé

- 5- Comment définiriez-vous la médiation en santé ?
- 6- Développez-vous spécifiquement des actions de médiation en santé ? Si oui, quelles actions spécifiquement ? Si non, pourquoi ?
- 7- Avez-vous développé des postes de médiateur en santé ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- 8- Certains accompagnements et actions mises en place par votre structure se rapprochent-elles de la médiation en santé ?
- 9- La médiation en santé pourrait-elle être déployée au sein de votre structure ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Bilan

- 10- Selon-vous, quels sont les avantages, enjeux et limites au déploiement de la médiation en santé ?
- 11- Pourriez-vous me donner votre avis/perception de la médiation en santé ?

Annexe n°6 : Retranscription Entretien²⁶ - Médiateur·rice en santé

Ana : Pour commencer, est-ce que vous pourriez me présenter la structure dans laquelle vous travaillez s'il vous plaît ?

Médiateur·rice en santé (MS) : *Présentation de la structure d'exercice coordonné²⁷*

Ana : Comment la médiation en santé s'est-elle développée au sein de la structure ?

MS : Les professionnels de santé ont identifié au fil des années un certain nombre de difficultés qui ont conduit à l'élaboration d'un projet de médiation en santé. C'est notamment le fait que les soignants sont très souvent confrontés à des problématiques qui les dépassent, qui ne font pas parties du métier de soignant. Ça peut être des problématiques d'accès aux droits santé, d'accès aux droits sociaux mais aussi des problématiques liées plus spécifiquement à l'acte soigné, ne pas comprendre de quoi il s'agit, ne pas savoir vers qui s'adresser, comment prendre rendez-vous chez un spécialiste, ne pas savoir comment s'orienter dans l'espace pour aller à ce rendez-vous, voir pouvoir prendre ce rendez-vous chez un spécialiste et puis d'autres éléments, plus liés à l'ordre des croyances mais aussi des craintes. Ça prenait beaucoup de temps pour les professionnels de santé qui sentaient bien qu'ils n'avaient pas les compétences et les connaissances nécessaires pour offrir cet accompagnement au patient et que l'accès aux soins et le parcours de santé étaient fortement impactés par ces lacunes. Toute la construction de ce projet autour de la médiation en santé avec un projet assez clair au départ et qui n'a pas énormément bougé. La partie la plus importante quand le poste a été conçu était de faire 80% sur l'accompagnement individuel et garder 20% sur des actions de prévention et des actions d'aller-vers. Ensuite il a y eu la pandémie, donc les actions d'aller-vers ont été suspendues pour se concentrer sur la vaccination et remédier aux fausses informations qui circulaient à cette époque-là. Et puis beaucoup de tentatives de supplanter l'absence des institutions sur le terrain quand tout a fermé. Ça s'est quand même bien passé. On peut dire que depuis un an, les actions ont bien été reprises sur le quartier. Donc on a environ un an de recul sur l'accompagnement collectif, un recul pas très important et on a à peu près trois ans de recul sur l'accompagnement individuel. On a pu constater que ce qui avait été conçu au démarrage fonctionne plutôt bien. Importance primordiale des partenaires pour expliquer la médiation en santé et faire comprendre sa nécessité et sa fonction complémentaire avec d'autres acteurs. On a environ une trentaine de dossiers dans la file active. Le choix a été de limiter à une trentaine notamment pour laisser du temps pour les actions collectives.

Ana : Est-ce que le projet de médiation a mis du temps à se mettre en place lors de son élaboration dans la structure ?

MS : Ça a été assez rapide. Les constats étaient partagés et la décision a vite été prise. Juste un petit mot également sur les financements, au démarrage un financement expérimental à 100% de l'ARS et ensuite il fallait trouver d'autres sources de financement. Là, on a épuisé les deux ans et on est parti sur le

²⁶ Retranscription partielle – Anonymat Médiateur·rice en santé.

²⁷ Retranscription partielle – Anonymat Structure.

financement d'AMI²⁸, dont la médiation en santé est un axe obligatoire. Ça reste des financements précaires. Dans 18 mois, on ne sait pas si ça va être pérennisé. Ce n'est pas très confortable.

Ana : Concernant plus spécifiquement votre recrutement, comment les choses se sont-elles concrétisées ?

MS : Alors c'était un métier nouveau, il n'y avait pas complètement de standards. Il y avait quand même le référentiel de la HAS qui a permis de construire la fiche de poste, et qui n'a pas beaucoup évolué dans le temps.

Ana : Pourriez-vous me raconter votre parcours et comment vous êtes devenu médiateur·rice en santé ?

MS : Les médiateurs en santé viennent de tous les domaines. Tout dépend de ce qu'ils recherchent et de la structure dans laquelle ils exercent. Il y a des médiateurs en santé pairs, il y a des médiateurs qui étaient avant sage-femme ou infirmière. Il y a plein de choses différentes. Moi de mon côté, je viens d'un parcours universitaire de médiation interculturelle pendant lequel j'ai fait un stage pour développer un projet de médiation en santé pair. Ça m'a permis de voir les coulisses de la médiation en santé, voir comment ça pouvait fonctionner ou être mis en échec aussi. Ce n'est pas du tout le même fonctionnement que ce qui a été imaginé ici mais voilà. Après moi, j'ai été formé·e pendant deux jours à la Place santé de Saint-Denis qui est centre de formation.

Ana : Cette formation de deux jours portait sur quoi spécifiquement ?

MS : Le rôle du médiateur en santé au quotidien, parce que pas mal de villes, de structures, l'expérimentaient. On avait tous des fiches de postes très très différentes, des parcours très différents aussi. Donc l'idée était de nous harmoniser sur les droits en santé et puis sur la posture du médiateur qui ne peut pas tout faire et qui ne peut pas répondre à tous, donc nous cadrer dans ce qui est faisable ou pas.

Ana : Cette formation a-t-elle été bénéfique pour vous ?

MS : Oui oui, je l'ai faites peu de temps après mon arrivé·e, donc pile au bon moment, avec plein de gens qui démarraient aussi.

Ana : Concernant les personnes qui suivaient avec vous la formation, quels étaient les profils identifiés ?

MS : Je pense que je ne me souviens pas de tout le monde mais je sais qu'il n'y avait pas de médiateur en santé professionnel de santé. Il y avait d'anciennes assistantes sociales et des gens qui n'avaient pas de diplôme du tout, voilà, il y avait vraiment de tout niveau.

²⁸ Appel à Manifestation d'Intérêt.

Ana : Pour vous, quel est le profil idéal d'un médiateur·rice en santé ?

MS : Il n'y en a pas. Ça dépend vraiment du projet et de la population à laquelle ça va s'adresser, euh... ça dépend des professionnels avec qui on va travailler. Je ne pense pas qu'il y a de profil idéal sincèrement. Je ne saurais pas trop dire s'il y en a un. Ça dépend aussi des attentes du médiateur sur le poste.

Ana : En tant que médiateur·rice en santé, quelles sont vos missions quotidiennes ?

MS : Alors...ça change tous les jours c'est ça qui est bien. Euh... ça peut être...bah typiquement là aujourd'hui, savoir-faire un retour sur les actions mises en place, savoir présenter un projet au sein d'un COPIL²⁹, et puis savoir écouter car j'ai quatre rendez-vous avec des patients orientés par la structure, que je rencontre dans un cabinet médical où travaille leur médecin, comme ça le médecin n'est pas très loin. Comme ça, je suis dans un lieu qu'ils connaissent déjà. Je n'ai plus en tête les demandes de ces personnes mais... je crois qu'il y a une personne pour des droits de santé et une autre personne pour un suivi de PMA.

Ana : Comment la mise en relation est-elle faite avec ces personnes que vous accompagnez ?

MS : Alors ça dépend. Au sein de cette structure, on a imaginé une fiche de saisie de demande de médiation pour un peu clarifier par écrit la demande du professionnel de santé. C'est toujours le professionnel de santé qui fait la demande, sauf exception. Par exemple, il y a deux semaines, il y a une femme, que j'avais suivi il y a quelques mois, qui m'a rappelé·e parce qu'elle était en difficulté sur quelque chose et elle ne savait pas à qui s'adresser. Voilà, je l'ai réorienté mais ça arrive qu'une personne déjà suivie revienne, soit juste pour un petit coup de main mais aussi pour prendre des nouvelles. Donc là par exemple, imaginons Docteur R rencontre Madame F. Madame F n'a plus de C2S³⁰, elle ne comprend pas pourquoi et le médecin n'arrive pas trop à démêler ce qui se passe, donc il lui propose de me joindre et que je vois ça avec elle. Madame F est d'accord, donc soit il m'envoie une demande par écrit, soit il m'appelle parce qu'il est avec madame F et du coup c'est plus facile de faire le lien tous ensemble, soit il m'écrit un mail, enfin voilà, il y a plein de façon de me saisir, la plus simple pour moi étant qu'on m'adresse une fiche en bon uniforme, mais ils n'ont pas toujours le temps et il n'y a pas mort d'homme. Une autre solution, enfin une autre possibilité, ça peut être euh... Monsieur C qui va voir son orthophoniste ou sa psychologue et qui lui dit voilà j'ai des papiers administratifs à faire, je ne sais pas trop comment m'en sortir, est-ce que vous auriez un conseil à qui m'adresser. Donc là, la demande est un peu renversée et là la psychologue ou l'orthophoniste, peu importe, peut faire le lien en m'appelant ou en m'envoyant une fiche de demande pour ce monsieur-là, qui de même, sera informé que j'aurais quelques informations sur son suivi médical pour m'aider à avancer avec lui.

Ana : Il y a donc toujours un lien avec le professionnel de santé ?

²⁹ Copil ou Comité de Pilotage.

³⁰ CSS ou C2S : Complémentaire Santé Solidaire.

MS : Toujours. Euh... et donc à partir de là, je prends contact avec la personne. On essaye, soit de fixer un rendez-vous, soit de démêler les choses au téléphone. Ça dépendra du coup des besoins et des envies de la personne que j'accompagne. On constate aussi souvent que les priorités qui ont été trouvées par le professionnel de santé ne sont pas forcément les mêmes que la personne qu'on va accompagner. Peut-être que prendre rendez-vous chez le dermatologue ça vient après ouvrir des droits à la complémentaire santé ou rencontrer une assistante sociale. A partir de là, pour cadrer un peu mon action, on rédige un plan d'accompagnement avec cette personne-là. En tout cas, on l'oralise pour qu'on est un fil directeur et puis bah voilà l'accompagnement s'étale selon les besoins de la personne, son rythme, ses priorités ailleurs, il y a quand même le travail, les enfants, qui peuvent impacter. Ça s'arrête au besoin ou à l'envie de la personne. On va pas continuer à forcer si la personne n'a plus envie ou d'intérêt à la médiation, et à la fois ça peut aussi s'arrêter quand moi je vois qu'il n'y a plus grand-chose qui rentre dans mes compétences. Bon là, je réoriente au maximum. Faut pouvoir arrêter sa mission quand on est plus compétent.

Ana : Quand vous parlez d'un plan d'accompagnement, comme se concrétise il ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

MS : Ça peut être comment prendre rendez-vous chez un professionnel de santé, donc ça peut être à partir de là, aider Madame B à se servir de Doctolib, mais il y a des gens qui ne s'en serviront jamais. Ça peut être aussi aider Madame B à trouver dans l'annuaire le numéro pour appeler, sauf quand c'est urgent. Dans plein de situations, c'est urgent. Dans ce cas-là, on appelle ensemble les structures où les rendez-vous vont être pris. Ça peut être aussi, bah là voilà, je n'ai plus de complémentaire solidaire, comment est-ce que je faisais avant pour ouvrir ces droits-là, comment je peux faire maintenant pour comprendre pourquoi je ne l'ai plus et à qui je m'adresse, quels papiers j'apporte... Voilà, c'est vraiment tout déconstruire pour tout rassembler.

Ana : Vous vous déplacez souvent avec les personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas aller seules à une consultation médicale ?

MS : Il y a des personnes qui ne sortent pas du quartier, qui ne s'approprient pas du tout la cité. Ça peut donc être accompagner chez le cardiologue dans un quartier vers lequel ils ne se sont jamais dirigés. Là j'accompagne une dame qui est dans un parcours de santé particulier. Elle doit rencontrer un psychiatre et cette dame-là est terrorisée de devoir parler à un psychiatre. Je l'accompagne donc vendredi matin pour qu'elle découvre déjà une nouvelle ligne de bus, c'est bête mais ça peut perdre quelqu'un. Donc je l'accompagne pour qu'elle se repère aussi, j'en profiterai pour lui montrer d'autres arrêts qui pourront lui être utiles aussi. Après je l'accompagne jusqu'au bureau du psychiatre et on verra bien si elle a toujours envie. Sa demande initiale c'était que je sois avec elle et le psychiatre mais peut être qu'à 8h30 vendredi matin, elle préférera être seule avec le professionnel. On réévalue à chaque point avec la personne ce qui la met à l'aise ou pas.

Ana : Donc chaque plan d'accompagnement s'adapte vraiment à la personne ?

MS : Oui à ce qu'elle a su faire, à ce qu'elle ne peut pas faire, à ce qu'elle souhaite faire...enfin voilà ça dépend vraiment des gens. Et puis ça évolue aussi en fonction du niveau d'autonomie de la personne.

C'est toujours essayer d'amener la personne à ce qu'elle fasse elle-même, ce n'est que dans quelques situations complexes que je vais être amenée à appeler la personne. L'idée c'est vraiment de permettre aux gens d'être indépendants la prochaine fois. Par exemple dans le cadre des rendez-vous sur Doctolib, il y a des gens pour qui on voit bien que ça ne va pas être possible mais c'est pas grave on trouve une autre entourloupe (*rire*). On trouve autre chose et il y a plein de gens qui continuent à se déplacer dans les cabinets pour prendre rendez-vous et ça fonctionne. C'est juste que des fois il faut passer par Doctolib pour être connu du professionnel de santé, pour après pouvoir appeler et prendre rendez-vous directement. Revoir à chaque fois les conditions pour chaque rendez-vous, pour chaque professionnel...

Ana : Dans cet accompagnement vers l'autonomie, les résultats sont-ils là ?

MS : Bah on considère que les résultats sont là parce que sur je sais pas, sur 100 personnes, il y en a 20 qui reviennent mais pour d'autres problématiques. Donc 20 personnes qui sont réorientées vers nous pour d'autres problématiques, soit qui reviennent d'elles-mêmes comme cette dame qui m'a rappelé-e mais pour complètement autre chose, pour être réorientée en fait. On clôt les accompagnements. Les objectifs sont atteints.

Ana : Ça arrive souvent qu'une personne décide d'arrêter en plein accompagnement ?

MS : Pas souvent. Ça arrive chez les personnes qui ont double foyer je dirais, qui vivent dans les DOM-TOM et ici et qui bah finalement une raison pour une autre retourne dans leur résidence principale dirons-nous (*rire*) et qui ne reviennent pas. Souvent, ce sont les enfants qui sont restés ici qui me préviennent ou eux qui m'envoient un message. Ça arrive. Après il y a des gens qui sont d'accord, qui ne le sont plus trop, qui ont des pathologies psychiatriques complexes mais c'est pas grave la posture du médiateur c'est de dire tant qu'on travaille dans le respect de chacun, il n'y a pas de problème à vouloir arrêter un suivi et à le reprendre plus tard si là c'est trop. Dans ce cas-là, je ne considère pas avoir clos un accompagnement. Je le mets en attente parce que je sais que cette personne peut choisir à tout moment d'être à nouveau accompagnée.

Ana : Dans tous les cas, le lien de confiance est déjà établi avec la personne.

MS : C'est peut-être aussi dû au fait qu'on soit trois dans ce parcours-là. Il y a aussi le professionnel de santé qui s'est inquiété d'une difficulté de la personne qui n'osait peut-être pas le dire. La personne qui a réussi à s'ouvrir au professionnel de santé et le médiateur qui vient juste soutenir, faire un tiret entre les actions du parcours. Donc d'emblée, il y a peut-être un lien de confiance qui est déjà favorisé. La personne connaît en général assez bien la personne qui l'oriente. Ça borde un parcours. C'est peut-être pour ça qu'il y a peu d'abandon. Ce n'est pas du tout forcé. C'est qu'en fait il y a toujours un lien, les gens se sentent assez libre d'aller et venir.

Ana : On est vraiment dans une relation tripartite.

MS : Voilà. C'est ça qu'on tient vraiment à garder parce que je pense que ça participe au succès des accompagnements.

Ana : Donc ça arrive rarement qu'une personne s'adresse à vous, indépendamment du professionnel de santé ?

MS : C'est arrivé mais c'est rare. Déjà, il n'y a pas mes coordonnées sur internet. En fait, c'est arrivé que des personnes, que j'ai déjà aidé, m'appellent pour un membre de leur famille. Ces situations se sont réglées en général par téléphone parce qu'il n'y avait pas un gros besoin derrière. Jusqu'ici, on n'a jamais eu le cas euh... par exemple pour une personne qui est en grosse difficulté pour un suivi, je sais pas, d'un parcours de chirurgie et qui a absolument besoin de quelqu'un. Peut-être que ça arrivera, mais ça n'a pas encore été le cas aujourd'hui. Après, sur l'ensemble des accompagnements, il y a à peu près un tiers des personnes qui auraient eu possibilité d'accéder à des droits sociaux et qui n'ont pas accès. Donc on a aussi vu que la médiation en santé est quelque part le moyen de repêcher les personnes pour lesquelles on peut faire une orientation vers des aides sociales.

Ana : Il y a vraiment un transfert entre la santé et le social.

MS : Complètement, ce sont des personnes qui sont hors radars pour le CDAS³¹ et que nous on a réussi à trouver et à orienter pour des accès aux droits sociaux.

Ana : Comment ce transfert se fait-il dans la pratique ?

MS : Justement c'est toute l'utilité de travailler avec les partenaires des quartiers, ils me connaissent et je les connais bien et du coup il n'y a aucune difficulté. Par exemple, j'ai appelé l'information sociale du CDAS pour lui poser une question généraliste pour un monsieur qui n'ose pas du tout y aller parce qu'il ne pense pas être légitime à une aide sociale, même administrative. Du coup, on a discuté un peu de la situation de ce monsieur. Elle m'a dit ce monsieur on ne le connaît pas, sa situation ne me dit rien. Si tu veux, viens avec lui dans la semaine, sur un temps où le CDAS est ouvert, et puis tu nous le présente, moi je viendrai, soit je le verrai tout de suite, soit on lui mettra rendez-vous avec le collègue de l'accueil. Ce sont des petites fourmis. Je vais accompagner quelqu'un qui vient ici à mon bureau avec qui je vais en discuter, avec qui je vais aller me balader jusqu'au CDAS et avec qui on va discuter avec les professionnels du social qui y travaillent. Dire juste rendez-vous au centre social, on voit bien que ça ne fonctionne pas, surtout chez des gens qui ne se sentent pas légitime à y aller en fait.

Ana : Est-ce que ça peut aller dans le sens inverse, c'est-à-dire des personnes qui ont des aides sociales et qui sont orientés vers la médiation en santé ?

MS : Alors pas vraiment puisqu'on s'est coordonné·e·s avec l'infirmier·ère du CDAS, qui du coup elle, reçoit les sollicitations de ses collègues travailleurs sociaux et du coup moi je reçois en échange les sollicitations de mes collègues professionnels libéraux du quartier. Ça ne veut pas dire qu'elle ne reçoit plus aucune sollicitation des professionnels de santé du quartier mais elle en recevait beaucoup moins depuis que la médiation était en place, ce qui favorisait son travail avec les personnes orientées par les professionnels du social.

³¹ Centre Départemental d'Action Sociale.

Ana : Dans tous les cas, vous êtes toujours en lien avec l’infirmier·ère du CDAS ?

MS : Bah on est en lien sur certaines situations où on est deux parce que deux professionnels, sociaux et santé, il y a besoin de ces deux missions-là et dans ce cas-là, on arrive à se dispatcher les missions et à rendre les choses claires aussi pour les personnes. Mais c’est très rare car plus on rajoute d’intervenant plus ça peut être difficile des fois. On teste des choses. C’est vraiment du sur-mesure pour les accompagnements individuels.

Ana : Est-ce que ça vous convient dans votre quotidien professionnel d’exercer seul·e comme médiateur·rice en santé au sein de la structure ?

MS : Oui. S’il y avait plus de demandes je pense que ça ne serait pas suffisant mais je réserve vraiment 24 heures pleines pour les accompagnements individuels, hors temps administratif, ce qui est important à noter parce que l’administratif ça prend du temps aussi, euh... et puis le reste du temps c’est les réunions d’équipe, avancer sur les projets d’aller-vers sur le quartier, les mettre en place et y participer. Après c’est en théorie, quand il y a des moments où il y a beaucoup plus de demandes et c’est déjà arrivé, il arrive que je bascule la plus grande majorité du temps sur les suivis individuels. Donc 24 heures en temps normal, mais pour une personne qui démarre je pense qu’il faut 35 heures, il faut vraiment se concentrer sur ça, je pense.

Ana : Il y a donc les accompagnements individuels et après il y a le collectif. Comment s’organisent les actions et accompagnements collectifs ?

MS : Alors le poste de médiation ici a la chance d’être dans un quartier hyper actif avec des collègues hyper actifs qui font plein de choses, donc la médiation, elle se glisse là où ça peut être intéressant pour moi sur des sujets qui m’intéressent et là où ça peut être intéressant pour les populations qui vont y participer. Par exemple, dans un des collèges du quartier, ça fait un moment qu’il y a un partenariat avec le quartier, du coup on organise un rallye vie affective et sexuelle qui est organisé au sein d’un groupe de travail au niveau du quartier avec animateurs, sages-femmes, médiatrices...pleins de gens et donc sur le rallye, j’ai accompagné les ados dans le quartier pour rencontrer différents professionnels de santé et donc construire leur propre vision de la vie affective et sexuelle, appuyée par des professionnels, des animateurs, des enseignants, enfin voilà. Après ça peut être...on a mis en place un marché de la santé où on se met à disposition, une journée par mois, des habitants qui font le marché et on répond à leurs questions. Soit on répond à leurs sollicitations, on les écoute parce qu’ils peuvent nous apporter des constats ou bien ça peut être des renseignements. Il y a tellement de projets... La semaine prochaine le quartier a mis en place toute une action sur la lutte contre les violences faites aux femmes donc j’y serais aussi et là mon rôle va varier selon les horaires.

Ana : D’accord, donc la dynamique du quartier a toute son importance ?

MS : Oui. J’ai vraiment l’habitude de travailler avec les acteurs du quartier sur des actions mises en place depuis très longtemps et ça marche super bien.

Ana : D’un quartier à l’autre, cette dynamique doit beaucoup varier ?

MS : Oui, et puis aussi la dynamique des professionnels de santé du quartier, qui ont l'habitude de travailler ensemble et qui ont envie de faire plein plein de choses.

Ana : Malgré cela, ce sont plus les suivis individuels qui vont prendre le plus de temps pour vous ?

MS : C'est le cœur du métier. Mais aussi ce double objectif, à la fois faciliter le travail des professionnels de santé et leur permettre de se recentrer sur leur métier de soignant et pas prendre du temps à faire de l'administratif ou chercher des solutions dans des domaines où ils n'ont pas de connaissances en fait. Et puis là avec les tensions sur l'offre médicale c'est sûr que la médiation en santé est un très bon support, ils me le disent d'ailleurs. Et un deuxième objectif qui est de faciliter l'accès aux soins pour des populations qui sont parfois très éloignées du soin. Et je pense que si on garde cet objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins, l'approche très personnalisée est vraiment indispensable. Je pense que c'est un dispositif qui ne peut pas être universalisé. On ne peut pas avoir une procédure standard appliquée chaque fois, il faut vraiment avoir de la souplesse et avoir un accompagnement gradué entre les personnes, mais non seulement un parcours de patients.

Ana : Et pour le collectif aussi ? J'imagine qu'ils sont adaptés aux besoins et demandes des personnes ?

MS : Oui, surtout des besoins de la population. Ça sert à rien de venir plaquer un projet qui nous semble important en terme de prévention mais qui ne va pas du tout aux habitants.

Ana : C'est donc tout un travail préalable de diagnostic au niveau du quartier ?

MS : Les discussions que l'on peut avoir au marché de la santé ou en se déplaçant à un gala de danse aussi, à l'invitation d'une compagnie de danse pour faire un peu de prévention... tout ça, c'est prétexte à rencontrer des gens qu'on ne verrait pas dans le quartier, qui viennent pas forcément vers le soin, soit parce qu'ils n'en n'ont pas besoin, soit parce que ce n'est pas leur priorité et voir avec eux qu'est-ce qui les intéresse, qu'est-ce qui peut les bloquer, ou voir si la santé c'est une question aussi parce que ce n'est pas toujours une question non plus. Beaucoup de gens ont beaucoup d'autres priorités.

Ana : Avant la mise en place de la médiation en santé au sein de la structure, il y a eu une étude de terrain ?

MS : En fait, les professionnels de santé sont aux premières loges pour identifier les problématiques de santé du terrain, donc c'est vraiment basé sur les constats de ce qui remonte lors des consultations et le fait qu'ils travaillent de manière concertée, collégiale. Ils parlent entre eux, donc les constats sont partagés rapidement et on fait des diagnostics de terrain très facilement comme ça.

Ana : Ce qui permet de mettre assez vite des mesures en place.

MS : Oui complètement. Et après, chaque année on dit la même chose c'est qu'il y a une problématique autour de la fracture numérique qui empêche les personnes d'être autonomes en matière de santé et une problématique autour de la langue aussi. Et de plus en plus, on va avoir un souci de populations de soignants par rapport à la population à soigner. Il y a vraiment des soins qui deviennent très très difficiles à mettre en place.

Ana : Lesquels par exemple ?

MS : Les dents. Mais de toute façon c'est même plus dans le quartier que ça se passe. Il y a des choses auxquelles la médiation en santé ne pourra pas pallier pour autant. C'est ça le message aussi à garder, on peut aider les gens à accéder à leurs droits, les défendre avec eux, les aider à comprendre comment et pourquoi on les défend. On peut faciliter l'accès aux soins mais on ne pourra pas inventer des dentistes (*rire*). Voilà il y a des limites à ces actions-là. Mais tant mieux parce que les médiateurs peuvent faire le plaidoyer que les gens ne pourraient pas individuellement faire. Recenser toutes les fois où dans une année on m'a dit j'ai besoin en urgence d'un dentiste, là tout de suite, et on ne peut pas laisser les gens souffrir mais à la fois il n'y a pas de place. Donc voilà, il y a plein de choses comme ça que l'on peut faire remonter.

Ana : Si je prends l'exemple d'une personne qui a vraiment besoin d'un accompagnement dentaire, c'est possible pour vous de l'orienter vers un professionnel de santé qui exerce au sein d'un autre quartier ?

MS : Oui. Bah de toute façon on n'a pas le choix. On essaye de se débrouiller avec le centre de soins dentaires ou avec des cabinets dentaires qui ont ouvert récemment et qui acceptent encore de nouveaux patients et on appelle plusieurs dentistes avec la personne en disant je suis avec Madame B, elle a besoin de soins, comment on peut faire ? Voilà, c'est aussi comme n'importe qui le ferait pour soi-même s'il avait la capacité de le faire je pense. C'est soutenir une capacité qui semble normal à tout le monde mais qui parfois suite à un accident de vie ou un trop plein n'est plus possible pour la personne.

Ana : Est-ce que vous faites des actions de porte à porte, directement aux domiciles des personnes ?

MS : Ça serait beaucoup trop. En fait, on a une double porte d'entrée, il y a vraiment le soutien aux patients reçus qui ont des difficultés mais il y a aussi soutenir l'activité de la structure en venant en aide aux professionnels de santé qui sont en difficultés et qui « perdent du temps médical » et de l'énergie à réorienter. Donc pour garder cette porte là, il faut prioriser les demandes. Et puis au niveau du quartier il y a énormément d'habitants, ce n'est pas possible, ça fait beaucoup de portes (*rire*). Et puis déjà, pour avoir fait des cafés de bas de tour, ça peut déjà être considéré comme intrusif donc je ne me verrai pas aller toquer, mais de mon expérience. Et puis comme par hasard c'est toujours dans des quartiers prioritaires que l'on va faire ce genre d'actions, on ne va pas aller dans le centre. Je pense que les gens ne sont pas si heureux. D'ailleurs ils le disent. Il y a des gens qui me disent qu'ils sont bien tristes d'avoir eu besoin de la médiation, qu'ils sont contents qu'il y ait quelqu'un mais qu'ils ont hâte de se débrouiller tout seul. L'objectif ce n'est pas d'être aidé ou assisté donc ça permet de travailler sur le côté estime de soi en disant aux gens que ce n'est pas très grave de demander de l'aide.

Ana : Les personnes accompagnées ont vraiment cette impression d’être assistées ?

MS : Exactement, d’où les difficultés à accéder à l’aide sociale je pense... malgré le super travail que font les centres sociaux et les acteurs du social, c’est juste qu’il y a un truc plus grand qu’eux.

Ana : Est-ce que vous avez instauré un système de permanence ?

MS : Pas encore. A voir si ça sera tout venant par rapport aux associations qui font déjà ça sur le quartier, comment ils imagineraient ça. Est-ce que ça serait une permanence sur laquelle pourraient venir malgré tous des gens orientés par des associations mais qui n’auraient pas besoin ou envie de se voir en individuel et qui préféreraient se voir en mode ouvert. Ça reste à réfléchir.

Ana : Si cela devait se faire, quel serait l’emplacement de ces permanences ?

MS : Euh...pas ici³². Sur un lieu ouvert au public, comme des maisons de quartier par exemple.

Ana : Avez-vous d’autres actions ou accompagnements en étude actuellement ?

MS : Non, entre l’accompagnement individuel et peut être les permanences en plus de toutes les actions de prévention, d’animation...c’est déjà beaucoup et ça n’a pas beaucoup de sens parce que là ça couvre vraiment le métier. Ça serait s’éparpiller et moins bien faire les choses pour en faire plus. En tout cas de mes capacités dans ce poste là (*rire*). Peut-être que quelqu’un d’autre arriverai à tout faire mais moi je ne pense pas arriver à le faire. Il faut aussi garder en tête qu’on peut multiplier les accompagnements et tout ça, multiplier les actions mais le cœur du travail et du quotidien c’est quand même se retrouver souvent face à des gens qui sont très fragiles, alors ils ne vont peut-être pas le dire comme ça mais qui peuvent arriver très attristés ou très fragilisés en entretien et mine de rien c’est à nous de mettre en place la distance nécessaire mais aussi la proximité nécessaire à l’accompagnement. Ça prend de l’énergie, un temps de réflexion important, donc il faut se ménager du temps aussi pour ça.

Ana : Mettre en place trop d’actions et d’accompagnements peut impacter sur le temps passé avec les personnes.

MS : Il y a aussi des séances d’analyses de pratiques au sein de la structure, et ça aussi c’est très important d’avoir accès à ce genre de soutien sur ce métier-là. La supervision également. C’est pas un métier qu’on peut faire tout seul.

Ana : Est-ce que vous rencontrez des difficultés particulières dans votre quotidien ?

MS : (*rire*). Le plus important c’est la fracture numérique, la démographie médicale et paramédicale qui est en baisse. J’insiste et j’insisterai toujours sur la formation ou l’ouverture à la possibilité de se former à la santé mentale parce que c’est vraiment quelque chose qui est partout, dont on parlait pas beaucoup avant, euh mais qui se ressent dans les accompagnements individuels et c’est nécessaire de se former à

³² Un autre lieu que la structure de santé.

ces questions-là, à l'accueil, sans préjugés hein, sans se dire la personne que j'ai orienté je voudrais savoir quelle pathologie psychiatrique elle a, mais savoir se mettre dans une posture de bon accueil pour les gens qui sont fragiles et/ou malades d'une pathologie psychiatrique. C'est vraiment super important surtout que tous les médiateurs ne sont pas rattachés à une structure de santé, il y en a qui sont rattachés aux villes ou aux associations par exemple, donc il n'y pas forcément de lieux dédiés, de lieux calmes. Enfin voilà c'est aussi des choses à penser en termes d'accueil des personnes qu'on est amené à rencontrer, savoir à peu près où se situer, voir à accueillir tout le monde en gardant en tête la formation sur la santé mentale, mais qu'il y ait vraiment cette qualité d'accueil pour ces personnes qui se retrouvent d'emblée avec des difficultés dans leur parcours de soins à cause de ça.

Ana : Vous avez déjà été confronté·e à accompagner des personnes souffrant de pathologies psychiatriques ?

MS : Plein de fois, pour plein de raisons différentes, à des degrés très différents.

Ana : Ces accompagnements ont-ils été difficiles pour vous ?

MS : Pas forcément mais j'espère que ça ne l'a pas été pour les gens que j'ai accompagné. C'est aussi comme ça que je réfléchis.

Ana : En faisant le lien avec la santé mentale, j'ai beaucoup entendu parler du développement de la médiation en santé pair, qu'en pensez-vous ?

MS : Ça dépend de tout, quand et pourquoi (*rire*). Pour un projet pour lequel j'ai travaillé il y a quelques années ça a bien fonctionné parce que c'était un projet en périnatalité demandé par les femmes qui allaient être accompagnées ou qui souhaitaient accompagner en périnatalité. Donc là ça a fonctionné et ça ne fonctionnera peut-être pas toujours. Ça a fonctionné à sa mise en place, est-ce que ça fonctionnera encore dans cinq ans, je ne sais pas. Après des médiateurs en santé mentale, il y en a beaucoup, on en parle beaucoup en tout cas. J'en ai jamais rencontré. On peut faire le parallèle aussi avec l'interprétariat, ça peut être une solution de proximité qui peut être intéressante mais après on a cette confusion de rôle entre les uns et les autres et les liens qui peuvent être familiaux, amicaux, de voisinage. Est-ce qu'on a envie de rencontrer à la boulangerie la personne avec qui on a été... euh... enfin pour un soin compliqué. Il peut avoir un peu de mélange de genre qui n'est peut-être pas très confortable pour la personne, et ni pour l'accompagnant d'ailleurs. Puis, il y a aussi cette relation de confiance qui s'établit aujourd'hui entre le professionnel de santé, le médiateur et le patient. C'est vraiment un triangle qui fonctionne, donc si on ajoute encore un interlocuteur dans cette chaîne là... parce que là techniquement on pourra se dire que là c'est juste quelqu'un qui a besoin de prendre le bus pour prendre un rendez-vous médical mais en fait c'est beaucoup plus que cela. Il se passe beaucoup plus de choses que de composer son ticket. Parfois la demande peut paraître très simple. Ça se prépare des semaines avant parfois, sur plein d'aspects différents et ça se prépare de son point de vue aussi, comment je vais accompagner ce monsieur, comment je peux anticiper la situation, comment je peux me protéger, le protéger. Il y a des choses qui peuvent paraître simple mais... même dans une situation simple, en général, je me prépare, je les appelle avant, j'envoie un petit sms la veille, voir le jour même, m'assurer que les droits sont ouverts, préparer les papiers nécessaires... Et puis sur la route reprendre, discuter sur tout ça.

Ana : L'accompagnement est vraiment complet.

MS : Donc mettre en place d'éventuels médiateurs pairs qui seraient reliés à une ou un médiateur en santé, ça veut dire que le médiateur en santé, malgré tout, serait responsable de toute cette organisation là avant de pouvoir laisser les médiateurs pairs faire leur travail à eux, qui serait l'accompagnement physique. Mais sur le chemin de cet accompagnement physique, il serait plus là. En plus, ça ne serait pas la même personne qui aurait pris contact, qui aurait préparé tout le boulot...comment dire, toute l'anticipation d'un rendez-vous et qui serait là le jour même, ce qui peut être très frustrant pour les personnes accompagnées.

Ana : La personne ne comprendrait peut-être pas ce changement. J'imagine que ça doit être rassurant d'avoir une personne référente. Ça fait partie de la médiation en santé de rendre simple l'accès à la médiation en santé.

MS : Oui, c'est ça. Après je pense il y a des endroits où ça peut et ça doit fonctionner, c'est sûr, mais il faut que le rôle des médiateurs pairs soit encadré et rassurant pour eux.

Ana : Oui, il ne faut pas que ça devienne stressant pour les personnes d'aller-vers le médiateur en santé.

MS : Oui.

Ana : Et dans ce sens, quel est votre avis sur les adultes-relais ?

MS : Alors j'ai vu passer des offres d'emploi sous ce contrat là pour des postes de médiation en santé, je ne sais pas s'ils ont été finalement « remplis » par ce contrat là ou par autre chose finalement. Mais oui effectivement, c'est une des solutions de financement que l'ARS nous avait proposé à un moment donné, mais ça semblait peut-être pas le plus adapté, en tout cas par rapport aux besoins de notre structure. C'était étudié comme une des pistes pour financer le dispositif.

Ana : Donc dès le début du projet de médiation en santé, l'ARS a tout de suite été intéressée par le développement d'un tel dispositif ?

MS : Oui oui, très très intéressée, très intéressée oui. Ils ont un pôle de lutte contre la précarité santé, ce qui est plutôt bien engagé sur le terrain et on va régulièrement pour un point d'avancement sur le dispositif. Donc plutôt soutenant mais il faut qu'on ait les sous à partir de 2024 (*rire*).

Ana : Vous êtes confiant·e ?

MS : Il ne faut jamais être trop confiant avec les financements qui ne sont pas pérennes. Surtout là, avec les fragilités des systèmes de soins, c'est pas gagné...c'est contre ni personne, ni l'ARS, mais au niveau de l'État, on voit plein de choses qui sont amenées à changer. Enfin ne serait-ce que ce matin, j'entendais qu'on parlait à nouveau de remodeler l'application et la mise en instruction des OQTF, des obligations

de quitter le territoire français, mais ça influe énormément sur la santé et ça change tous les jours et on ne peut vraiment pas voire très loin.

Ana : Sur votre retour d'expérience, êtes-vous satisfait·e des résultats ? De manière qualitative et quantitative ?

MS : Moi je pense que quantitativement c'est assez impressionnant déjà. C'est quand même des personnes qui n'avaient pas accès aux soins avant et tous ces gens-là ont pu être accompagnés sur plein plein de démarches. En 2022, on est à 144 personnes accompagnées dont à peine une dizaine qu'on connaissait déjà. Donc ça fait 134 nouvelles têtes rencontrées, nouvelles histoires menées, enfin voilà, c'est pas mal. Parfois ça peut être des accompagnements un peu flash, de type... ben j'avais eu ça une fois avec un médecin généraliste. Un monsieur qui ne savait pas que le covid ça existait mais qui présentait tous les symptômes. En fait c'était aujourd'hui absolument qu'il fallait l'accompagner faire un test. Ce n'était pas un monsieur suivi au cabinet et ce monsieur ne voulait pas être accompagné au-delà de ça, donc je l'ai déjà accompagné pour ça. Déjà il y a eu ça, donc quelqu'un d'autre a reçu ses résultats et a pu le rappeler. Mais ça peut être des choses comme ça ou des choses encore plus longues, des suivis opératoires beaucoup plus long. Ça dépend des besoins des gens.

Ana : Il y a des personnes qui sont suivies depuis le début du projet de médiation en santé et encore aujourd'hui ?

MS : Oui trois personnes. Ça reste très minoritaire. La plupart ce sont des accompagnements où les objectifs sont atteints et ce qui avait été prévu a été mis en place et puis ça s'est arrêté là.

Ana : Donc globalement, les accompagnements durent quelques semaines ?

MS : Oui c'est ça. On essaye de faire des bilans mais faire une moyenne n'a aucun sens. Ça ne préjuge pas ce qui a été utile à la personne. C'est pas parce qu'une personne ne sera disponible qu'une fois tous les deux mois ou se sentir suffisamment à l'aise pour venir demander de l'aide qu'une fois par an que son accompagnement sera plus efficace que quelqu'un dont l'accompagnement s'est fait de manière hyper dense pendant trois semaines et à qui on a répondu à toutes ses questions et c'est super et on avance. C'est vraiment du sur-mesure.

Ana : Ce n'est pas possible d'anticiper sur la durée de ces accompagnements ?

MS : Non, on ne peut pas dire dans trois mois c'est fini, c'est pas possible. Et ça va bloquer la personne, et puis même moi, quelle pression de me dire dans trois mois il faut que ça soit fini. On va pousser, on va mettre dans l'urgence une personne qui n'a pas besoin d'y être. La seule chose qu'on a un peu cadré dans le temps c'est d'avoir un premier contact assez rapide. Une fois que le patient est d'accord pour la mise en relation, c'est d'avoir un premier contact pour dire on se voit dans 15 jours et après on a cadré aussi le petit contrat d'accompagnement et le bilan à la fin. Mais du coup il y a une vraie procédure de prise en charge dans le sens où on a des étapes clés avec des validations où on va chercher le consentement de la personne à chaque fois mais en dehors de ça il n'y a rien d'écrit sur ce qui se va se passer pendant l'accompagnement. On imagine des étapes ensemble et puis si ces étapes sont amenées

à bouger ou si elles ne sont plus utiles ou finalement on veut les rehiérarchisées, c'est pas grave on rechange.

Ana : Est-ce qu'il y a souvent eu des situations dans lesquelles le professionnel de santé souhaitait orienter une personne vers la médiation en santé mais que cette personne lui dise non ?

MS : Ça je ne sais pas, ça doit arriver. De temps en temps, on me dit j'ai vu une dame ce matin, on lui a proposé mais elle a dit qu'elle voulait un peu attendre. Ça doit arriver je pense. Mais il arrive aussi que des gens disent oui, et puis finalement je les appelle une fois, deux fois, trois fois, je me laisse six semaines, comme ça je les appelle une fois toutes les deux semaines, s'il n'y a pas de contact je vérifie mon numéro quand même et je transmets au professionnel de santé que voilà j'ai appelé sur six semaines et qu'il n'y a pas eu de retour, que si la personne a un souci de téléphone, le professionnel peut me rappeler pour elle ou avec elle surtout. Mais je laisse la personne tranquille.

Ana : Vous êtes un·une médiateur·rice en santé rattaché·e à une structure de santé. Par exemple, dans un quartier qui ne bénéficie pas de structure de santé, comment développer la médiation en santé ?

MS : Je n'ai pas d'exemple en tête. J'ai deux, trois collègues médiateur·rice·s qui sont à Paris ou dans la région de Strasbourg, qui ne sont pas rattaché·e·s à des structures de santé mais a minima à des CPTS³³.

Ana : Donc le lien avec les professionnels de santé vous paraît fondamental ?

MS : Comme c'est un nouveau métier, je pense que c'est bien d'être rattaché à des professionnels de santé parce qu'ils se rendent compte que c'est pas juste quelqu'un qui va débarquer dans leur cabinet, accompagner un patient, ce qui peut lever de la méfiance mais c'est aussi quelqu'un qu'il peuvent appeler en soutien. En fait c'est un échange, je pense que ça aide beaucoup cette confiance-là de se dire bah même si moi je suis toujours allé·e à l'hôpital, chez le dentiste, au laboratoire et personne ne m'a jamais interdit le droit d'accompagner mais ça pourrait arriver. Je pense qu'il y a des professionnels qui pourraient se méfier. Donc une fois qu'on a ces échanges-là, je suis médiateur·rice pour ce patient là mais je suis aussi joignable par les professionnels de santé, ça peut être pas mal. Au moins équilibrer les choses. Il y a des médiateur·rice·s en hôpital aussi, après des médiateur·rice·s un peu libres, ils·elles sont au moins rattaché·e·s à une association.

Ana : Et aux villes directement également.

MS : Oui aussi.

Ana : J'imagine que votre lien avec les professionnels de santé doit se faire plus facilement aujourd'hui ?

³³ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

MS : C'est nouveau à chaque personne mais oui maintenant il y a moins de difficultés à rappeler un médecin pour une ordonnance. C'est aussi des choses beaucoup plus simples.

Ana : Tout à l'heure, vous parliez du fait que la partie administrative prenait beaucoup de temps, qu'entendez-vous par là ?

MS : Le côté administratif c'est mettre en forme les plans d'accompagnement parce que si la personne en est d'accord j'aime bien l'adresser au professionnel de santé qui m'a orienté la personne, comme ça il est un peu informé de ce qu'on va essayer de mettre en place. Après le suivi, on le fait entre le patient et moi et parfois on rappelle le professionnel si besoin. Il y a aussi le suivi de projet qui prend énormément de temps, remplir les données chiffrées, les données qualitatives, suivre dans chaque dossier les démarches déjà mises en place pour la personne. Enfin il y a pas mal de choses à faire. Au-delà de ça, il y a des recherches aussi à faire, des recherches de postures du médiateur, il y a des recherches sur parfois un comportement qui peut m'intriguer ou me poser question, dans ce cas-là c'est en analyses de pratiques. Sincèrement il y a plein de chose à traiter tout seul, enfin soi-même médiateur·rice dans son petit bureau et il ne faut pas négliger ce temps-là.

Ana : Et justement quand vous parlez des difficultés de posture ou des cas qui vous questionnent, vers qui vous tournez vous au sein de la structure ?

MS : Généralement, s'il y a vraiment un souci immédiat et si la personne est d'accord, je m'adresse à un professionnel de santé qui me l'a orienté et qui souvent la connaît beaucoup mieux et qui peut un peu me dépanner. Sinon pareil, j'en informe les gens, je propose de présenter leur situation à une concertation psychologique qui est animée par un·e psychologue de la structure, à laquelle tout le monde peut venir et en gros à cette personne là et aux gens de la concertation, on présente une situation qui nous intrigue nous dans notre posture. C'est une fois par mois.

Ana : Ce qui est suffisant selon vous ?

MS : Oui, en tout cas c'est suffisant pour moi là aujourd'hui, peut-être qu'il y a des moments où ça ne le sera peut-être plus. Les professionnels qui m'adressent des gens sont toujours dispo donc c'est vraiment trop chouette. Donc pour l'instant on fonctionne comme ça et on verra.

Ana : La médiation en santé est bien installée dans votre structure, j'imagine que c'est difficile de l'imager sans aujourd'hui ?

MS : Ce n'est pas que j'ai peur mais le ministre de la santé actuel a dit qu'il voulait développer la médiation en santé. C'est très bien, et évidemment que c'est un métier qui est utile mais il ne faut pas que ça soit au détriment des structures administratives et institutionnelles qui existent déjà et dont on aimerait qu'elles continuent d'exister aussi longtemps que possible, vraiment. Parce que les gens du quartier ne se disent pas j'ai un problème de sécurité sociale je vais rester chez moi. Non ils vont à l'antenne de la sécurité sociale enfin voilà et ils aimeraient continuer à le faire et pareil pour les droits sociaux. Donc la médiation c'est très bien et je pense sincèrement qu'il y en aura toujours besoin parce qu'il y aura toujours des gens qui ont un accident de parcours, il y aura toujours des gens qui d'un coup

sont découragés, enfin voilà, il y a aura toujours des besoins spécifiques mais on ne peut pas mettre de la médiation partout, pour tout, en remplacement de choses qui fonctionnent et qui découlent de l'État et de sa responsabilité. Ils pourraient mettre en difficulté les gens qui pourraient la solliciter et mettre en difficulté les médiateurs. Ça serait trop bête de mettre des gens en difficulté et de décréter que du coup en fait ça ne marche pas. Il faut aider tout le monde, par la médiation, aider les usagers, éventuellement les professionnels qui en ont besoin pour soutenir leur activité mais il faut aussi aider les médiateurs qui se mettent en place.

Ana : En plus de cela, ça peut mettre du temps pour que la médiation en santé soit acceptée au sein d'un territoire, d'un quartier.

MS : Être accepté dans un milieu, dans un quartier. On n'est ni professionnel de santé, ni professionnel du social. A partir de là on est déjà un peu objet de méfiance ou objet de curiosité.

Ana : Vous avez déjà ressenti de la méfiance envers vous ?

MS : Non, quand je suis arrivé·e le projet était déjà en place depuis plusieurs mois. Du coup, j'ai un peu récolté les billes de la personne qui était là et ça m'a beaucoup aidé à avancer.

Ana : Merci pour votre disponibilité et pour cet échange très intéressant !

MS : Merci à vous, je pense que ça serait intéressant pour vous de rencontrer d'autres médiateur·rice·s en santé qui auront encore un autre point de vue sur la médiation en santé, que ça soit en milieu urbain ou rural.

Fin de la retranscription.

KERARVRAN	Ana	10 juillet 2023
<p align="center">MASTER 2 PILOTAGE DES POLITIQUES ET ACTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE Promotion 2022 -2023</p>		
<p align="center">Le déploiement du dispositif de médiation en santé dans les villes / municipalités en France</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES</p>		
<p><u>Résumé :</u></p> <p>La médiation en santé consiste en la création d’interface entre d’une part, les acteurs du système de santé et d’autre part, toutes les personnes en difficulté dans leur parcours de santé du fait de diverses vulnérabilités. Pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et dans une logique de promotion de la santé, la médiation en santé est une approche particulièrement adaptée, permettant ainsi de remédier à l’insuffisance de notre système de santé en ce qui concerne l’accompagnement sanitaire de tous, et particulièrement des personnes les plus vulnérables.</p> <p>Ce sont majoritairement les villes qui se sont emparées de la médiation en santé, pour répondre aux spécificités et besoins en santé de leurs territoires et de leurs populations. Cette appropriation illustre une véritable diversité dans son déploiement et sa mise en œuvre. Cet aspect révèle également une hétérogénéité quant aux profils des médiateurs en santé, qui varient d’un territoire à un autre, voire au sein d’un même territoire, impactant directement la posture professionnelle de ces derniers mais qui révèle une certaine similitude dans les accompagnements et actions déployés en la matière.</p> <p>La médiation en santé a fait ses preuves, se traduisant par des résultats satisfaisants, autant de manière quantitative que qualitative. Malgré une reconnaissance récente de la pratique, à travers la loi de 2016 et le référentiel de la HAS de 2017, il est nécessaire de convaincre de son utilité pour que cette démarche ne soit plus seulement expérimentale mais bénéficie, à une plus grande échelle, d’une généralisation au niveau national.</p>		
<p>Mots clés : Médiation en santé ; Aller-vers ; Accès à la santé ; Accès à la prévention ; Accès aux droits ; Accès aux soins ; système de santé ; personnes vulnérables ; précarité ; Médiation en santé pair ; Adulte-relais ; Inégalités sociales et territoriales de santé.</p>		
<p align="center"><i>L’École des Hautes Études en Santé Publique n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		