

Évaluation de la médiation à la Case de santé de Toulouse : « Renforcer les capacités et pouvoir d'agir en santé des usagers-patients »

Entretien avec Nadine Haschar-Noé,

sociologue, maître de conférences, Centre de recherches sciences sociales sports et corps (CreSco, EA 7419), Laboratoire des sciences sociales du politique (LaSSP, EA 4175) et Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS, Fed. 4142), université de Toulouse.

La Santé en Action : Pourquoi avez-vous évalué scientifiquement la médiation en santé mise en place dans l'organisation de la Case de santé de Toulouse ?

Nadine Haschar-Noé : Lauréate d'un appel du ministère sur l'expérimentation de projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé (2017-2021), la Case de santé de Toulouse, composée d'un centre de santé communautaire de premier recours et d'un pôle Santé-Droits, constitue un système d'innovation sociale en santé territorialisé participatif. En effet, elle milite pour une santé de proximité fondée sur une organisation en auto-gestion, un travail interprofessionnel, la participation des usagers-patients et l'accroissement de leurs capacités d'agir individuellement et collectivement. Ces éléments constituent une approche de santé globale incluant la prévention et la promotion de la santé, mais apportent aussi une dimension sociale et politique en prenant part à la lutte contre les inégalités de santé.

Son projet expérimental repose sur une dynamique de santé communautaire, la médiation en santé et la construction d'un référentiel-métier de médiateur de premier recours. Les

méthodes d'évaluation retenues par notre équipe de recherche s'inspirent de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP). Elles consistent à travailler en interdisciplinarité, selon un mode collaboratif entre chercheurs et porteurs du projet. Sont privilégiées des méthodes qualitatives de recueil de données empiriques et de partage des connaissances. Cette évaluation a été menée chemin faisant ; elle implique aussi les publics bénéficiaires, elle vise à comprendre comment l'approche communautaire, ses pratiques, méthodologies, modes d'intervention et de formation sont susceptibles d'accroître l'autonomie et le pouvoir d'agir en santé des publics vulnérables et des professionnels qui les accompagnent. Quatre focales d'évaluation ont été retenues : les effets du projet sur les personnes accompagnées, les dimensions organisationnelles et innovantes des dispositifs mis en œuvre, leur transférabilité et la qualité du processus de médiation en santé.

S. A : Quels types de dispositifs de médiation en santé ont été concrètement mis en œuvre ?

N. H-N : Le travail des médiateurs en santé s'ancre dans une posture professionnelle fondée sur les critères éthiques de l'accompagnement des personnes, « l'aller-vers » et « le faire avec »¹, en y adjoignant le « être avec » et le « faire ensemble ». Il suit un positionnement politique qui a pour but le changement social et l'évolution des rapports sociaux entre professionnels et usagers-patients.

L'ESSENTIEL

Après évaluation, Nadine Haschar-Noé souligne que le travail des médiateurs en santé à la Case de santé de Toulouse s'ancre dans une posture professionnelle fondée sur les critères éthiques de l'accompagnement des personnes, « l'aller-vers » et « le faire avec », en y adjoignant le « être avec » et le « faire ensemble ». Dans son volet accompagnement individuel, la médiation vise à répondre aux besoins exprimés par les personnes : information sur leurs droits, accompagnement physique à une consultation, prise de rendez-vous avec un professionnel de santé, interprétariat, aide à la constitution d'un dossier d'accès aux droits, fournitures de matériel de prévention, solutions d'hébergement, etc. La sociologue en conclut que cet « accompagnement-maintien » à dominante sociale, sanitaire et relationnelle assure une présence et un soutien inconditionnel à des publics en situation de précarité (85 % de la file active) basés sur la construction d'une relation de confiance interpersonnelle et la capacité des médiateurs à résoudre leurs difficultés d'accès à la santé et au droit commun.

Voici un bref aperçu des dispositifs de médiation accompagnant les usagers-patients dans leurs trajectoires de santé.

« Être avec », ce qui place l'accueil comme dispositif d'entrée dans la médiation : il se veut actif, positif,

inconditionnel et bienveillant selon une logique de sollicitation et pas seulement de sollicitude. Cet accueil se double d'une permanence médiation sans rendez-vous programmé. Nous proposons des entretiens individuels approfondis pour « *prendre le temps de créer un lien de confiance avec de nouveaux usagers* » et écouter leurs demandes « *sans exclusive* ».

« **Aller-vers** » les habitants et acteurs : Nous effectuons une veille sur le quartier par le biais de déambulations en binômes, ce qui nous permet de créer du lien, d'aller à la rencontre des habitants, commerçants, associations et professionnels pour échanger avec eux et recueillir leurs ressentis sur la vie du quartier. Ces actions alimentent un diagnostic des besoins, un repérage de ressources partenariales et la définition de parcours pérennes et réguliers. Enfin, sur la place du quartier, des animations inspirées de l'éducation populaire – murs d'expression, ateliers photo, micro-trottoir, forums, expositions sur la santé globale, pièces de théâtre, jeux sportifs... – nourrissent un « *diagnostic participatif en santé* » qui encourage la participation et la prise de parole des habitants, et qui leur prodigue des informations sur le projet pilote et ses fonctions d'écoute et d'accompagnement.

Le « **faire-avec** », par le biais de deux types d'accompagnements, individualisés et collectifs : individualisés, ils visent à répondre aux besoins exprimés par les personnes : informations sur leurs droits, accompagnement physique à une consultation, prise de rendez-vous avec un professionnel de santé, interprétariat, aide à la constitution d'un dossier d'accès aux droits, fournitures de matériel de prévention, solutions d'hébergement, etc. À dominante sociale, sanitaire et relationnelle, cet « *accompagnement-maintien* » assure une présence et un soutien inconditionnel à des publics en situation de précarité (85 % de la file active) basés sur la construction d'une relation de confiance interpersonnelle et la capacité des médiateurs à résoudre leurs difficultés d'accès à la santé et au droit commun.

Collectifs, ils s'appuient sur la conception et la mise en œuvre de cycles d'ateliers généralistes

(déterminants de santé, accès aux droits, etc.) ou spécifiques (vivre avec une maladie chronique, préparer une visite médicale, etc.) visant à renforcer les capacités et pouvoirs d'agir en santé des usagers-patients. Conçus en interprofessionnalité, ces ateliers reposent sur des jeux de plateaux (supports pédagogique de questions/réponses autour d'un plateau de jeu, NDLR) ou de rôles, des interviews mutuelles, des échanges et débats collectifs, des mises en situation de résolution de problèmes ainsi que des livrets d'accompagnement et grilles d'évaluation remis aux participants. Cet « *accompagnement-visée* » équipe de façon active le travail de santé des participants dans sa triple dimension biographique, liée à la maladie et à la vie quotidienne, et constitue à la fois une instance de socialisation politique aux inégalités de santé et de formation thérapeutique à l'auto-gestion de leur santé.

« **Faire ensemble** » des projets collectifs en santé : à partir de thématiques choisies par les participants aux ateliers, des groupes de travail « *autonomes* » peuvent s'engager dans des projets collectifs en santé. Animés par des « *patients-intervenants* » usagers de la Case de santé et/ou partenaires, les projets portent sur les déterminants et freins à la santé et les solutions pour les lever. Des projets tels que « *discriminations en santé* », « *relations soignants-patients précaires* », « *logement et santé* » etc. sont discutés en réunions collectives avec, si besoin, le soutien méthodologique d'un médiateur en santé et la mise en œuvre d'actions de plaidoyers ou d'animations dans différents espaces publics.

S. A : **Comment pérenniser ce modèle économique encore expérimental ?**

N. H-N : Les modalités de financement de la Case de santé sont multiples, aléatoires et peu pérennes. Le modèle dominant du paiement à l'acte engendre une situation financière délétère pour les centres de santé intégrant le travail social dans le travail de santé comme levier de lutte contre les inégalités sociales de santé. Engagés dans l'expérimentation de l'arrêté du 9 juillet 2021² et ayant participé à la construction de son cahier des charges, la Case de santé et cinq autres centres

de santé communautaire³ participent au défi de tester d'autres modes de financements complémentaires et un modèle économique pérenne et soutenable pour une médecine et une santé sociales et collaboratives ajustées aux situations des personnes et territoires les plus défavorisés. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Haute Autorité de santé, 2017

2. Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatives ». Ministère des solidarités et de la santé, expérimentation d'innovation en santé, centres et maisons de santé « participatifs » (également appelés « communautaires ») qui « visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers et généralement implantée dans des territoires défavorisés ». https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=HaOxIv5H3unH0jmszUfYUit_ejmUnGb-1vajHvWTA6w

3. Portée par la DPLP et le ministère de la santé, les partenaires de cette expérimentation sont : la CNAM, l'ANCT, l'IGAS et six centres de santé communautaires: La Place de santé (Saint-Denis), Village 2 Santé (Échirolles), la Case de Santé (Toulouse), Le Château en santé (Marseille), La Maison urbaine de santé de Neuhof (Strasbourg), la Santé Commune (Vaulx-en-Velin).

Pour en savoir plus

● Basson J.-C., Haschar-Noé N., Lang T., Maguin F., Boulaghaf L. Recherche interventionnelle en santé des populations et lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les partenariats « en train de se faire » de la Case de Santé de Toulouse, France. *Global Health Promotion*, 2021, vol. 28, suppl.1 : p. 24-30.

● Boulaghaf L. De la politisation des questions de santé à la mobilisation politique des usagers précaires. Les ateliers d'accompagnement à l'autonomie en santé de la Case de Santé à Toulouse. *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 4 : p. 159-178.

● Haschar-Noé N., Basson J.-C. La médiation comme voie d'accès aux droits et aux services en santé des populations vulnérables. Le cas de la Case de Santé et de l'Atelier santé ville des quartiers Nord de Toulouse.

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2019, 67 (Suppl 1), p. S58-S59.

● Haschar-Noé N., Basson J.-C. Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social. Un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de Santé de Toulouse, France.

Revue Innovations, 2019, vol. 3, n° 60 : p. 121-144.

● Haschar-Noé N., Basson J.-C. Devenir médiateur.ice dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur.ices pair.es de la Case de Santé de Toulouse. Dossier La fabrique des inégalités sociales de santé. *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 3 : p. 253-273.