

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

**La médiation en santé :
*un nouveau métier
pour lever les obstacles
aux parcours de soin
et de prévention***

Dossier

LA MÉDIATION EN SANTÉ : UN NOUVEAU MÉTIER POUR LEVER LES OBSTACLES AUX PARCOURS DE SOIN ET DE PRÉVENTION

Dossier coordonné par **Professeur Olivier Bouchaud**, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Sorbonne Paris Nord, **Emmanuelle Hamel**, responsable unité personnes âgées et populations vulnérables, **Dagmar Soleymani**, chargée d'études scientifiques, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France.

Introduction

3 _ Yves Géry, Emmanuelle Hamel, Dagmar Soleymani, Olivier Bouchaud

ÉTAT DES CONNAISSANCES

La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention

4 _ Olivier Bouchaud, Emmanuelle Hamel, Dagmar Soleymani

9 _ **Le cadre déontologique de la médiation en santé, défini par la Haute Autorité de santé**

Médiation en santé : concepts, définitions, métiers

10 _ Dagmar Soleymani, Emmanuelle Hamel, Olivier Bouchaud

REGARD CROISÉ DES CHERCHEURS ET DES MÉDIATEURS EN SANTÉ : IKAMBERE ET LA CASE SANTÉ DE TOULOUSE

Association Ikambere : « La médiation en santé permet d'humaniser le parcours de soins »

12 _ Entretien avec Bernadette Rwegera

Médiation en santé à Ikambere : le regard des chercheuses

15 _ Annabel Desgrées du Loû, Julia Eid



© Eric Berthaux / Hans Lucas via AFP

Case de santé de Toulouse :

« La médiation en santé est la porte d'entrée pour accéder aux droits et aux soins »

17 _ Entretien avec Fabien Maguin

Évaluation de la médiation à la Case de santé de Toulouse :

« Renforcer les capacités et pouvoir d'agir en santé des usagers-patients »

19 _ Entretien avec Nadine Haschar-Noé

ANALYSE DES PRATIQUES DE MÉDIATION EN SANTÉ À L'HÔPITAL

« La médiation, interface entre soignants et patients, garantit une meilleure prise en charge médicale, une meilleure prévention en santé sexuelle »

21 _ Entretien avec Sié Dionou

« Le médiateur en santé pair partage la même expérience que le malade »

23 _ Entretien avec Olivia Gross

GROS PLAN SUR LA MÉDIATION TRANSCULTURELLE

Consultation transculturelle :

« Bâtir des ponts entre les langues et cultures d'origine pour la prise en charge la plus adaptée de l'enfant »

25 _ Entretien avec Amalini Simon

Impact d'un dispositif de médiation transculturelle en pédiatrie hospitalière sur l'alliance thérapeutique et coûts de santé

27 _ Serge Bouznah, Jonathan Lachal

L'interprète, médiateur entre le patient et le soignant :

« Comprendre les questions du médecin, exprimer précisément ce que l'on ressent »

28 _ Entretien avec Aziz Tabouri

DANS LES VILLES ET QUARTIERS

Nîmes : des médiatrices en santé accompagnent les personnes les plus éloignées du système de soins

30 _ Entretien avec Souria Moussaoui, Julie Alborghetti

« Les médiatrices en santé font du porte-à-porte »

32 _ Entretien avec Jossier Floch

Profession : médiatrice en santé auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité

33 _ Entretien avec Capucine de Durand

FOCUS SUR LES GENS DU VOYAGE

Un programme national de médiation en santé auprès et avec les Gens du voyage et les habitants de bidonvilles et squats

35 _ Laurent El Ghazi, Frédérique Quirino Chaves

Accompagnement des Gens du voyage face à la pandémie de Covid-19 : l'apport de la médiation en santé

37 _ Élodie Richard, Stéphanie Vandentorren

DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER : L'EXEMPLE DE LA GUYANE

Médiateur à l'hôpital en Guyane : « Les médecins ne nous prennent pas de haut, ils apprécient notre travail »

39 _ Entretien avec Raoul Robert Deul

Île de Cayenne, Guyane : Des médiateurs en santé pairs issus des communautés accompagnées

41 _ Félix Flaux, Estelle Jacoud, Aude Trepont

VU D'AILLEURS : D'ALLEMAGNE, DE BELGIQUE

Clinique LVR de Cologne : un hôpital attentif aux sensibilités culturelles

43 _ Entretien avec Nicola Herbig, Ali Kemal Gün

Belgique : « La médiation interculturelle est un apport crucial dans la prise en charge de la santé des patients »

45 _ Entretien avec Hans Verrept

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

47 _ Sandra kerzanet

Médiateur en santé : un nouveau métier pour réduire les inégalités

3

Yves Géry,

rédacteur en chef,

Emmanuelle Hamel,

responsable Unité Personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France

Dagmar Soleymani

chargée d'étude scientifique, Unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Olivier Bouchaud,

professeur, docteur en médecine, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Avicenne et Jean Verdier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et université Sorbonne Paris Nord ; Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé EA 3412. IMEA-Fondation Internationale Léon Mba

C'est un nouveau métier : la « médiation en santé » consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention. Dans une vision holistique¹ de la santé, l'objectif est d'aider ces personnes – avec une logique de « faire avec », en prenant en compte leurs capacités et leur environnement de vie – à accéder justement aux soins et à la prévention.

Ce numéro spécial n'a aucune prétention d'exhaustivité : l'objectif est de fournir aux professionnels de la santé, du social, de l'éducation – et de tous les autres champs intéressés – un état synthétique et accessible des connaissances scientifiques, et de présenter des pratiques et actions concrètes. La parole est donnée à ces médiatrices et médiateurs en santé : ils expliquent comment ils interviennent, ils partagent leurs satisfactions mais aussi les difficultés qu'ils rencontrent et parviennent – ou non – à résoudre. Des chercheurs livrent également les résultats des évaluations de ces dispositifs de médiation.

Il ressort de ce travail collectif que la médiation en santé est un outil de lutte particulièrement

adapté contre les inégalités sociales de santé, en aidant les personnes dont diverses vulnérabilités les éloignent du soin ou les empêchent d'aller au bout de leurs parcours de santé. Un outil important, mais non reconnu et peu valorisé. Et c'est bien l'enjeu majeur de la médiation en santé : convaincre de son utilité afin qu'elle ne soit plus expérimentale mais pérennisée, intégrée au droit commun. Le lecteur trouvera dans l'article de ce numéro spécial intitulé « *La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention* » tous les éléments pour approfondir l'aperçu présenté ici.

Ce numéro s'ouvre sur un état des savoirs. En préambule, les différents métiers de la médiation sont définis : médiateurs sociaux, en santé, de santé pairs, transculturels, adultes – relais. Le numéro donne ensuite la parole à des médiatrices – de l'association Ikambere et à un médiateur de la Case santé de Toulouse – et, en regard croisé, à des scientifiques qui ont évalué leur démarche et en présentent les résultats.

Place ensuite aux pratiques concrètes de médiation en santé en milieu hospitalier, avec le témoignage d'un médiateur qui intervient dans quatre hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. En complément, une chercheuse analyse le métier de « médiateur en santé pair » en psychiatrie, dans les services de santé avec les équipes soignantes. Une fenêtre est ouverte sur la médiation transculturelle : une psychologue menant quotidiennement des consultations explique comment cette médiation permet de « *bâtir des ponts entre les langues et cultures d'origine pour la prise en charge la plus adaptée de l'enfant* ». Des chercheurs analysent son impact dans un service de pédiatrie de l'hôpital Necker. Un expert décrypte la fonction de l'interprète, véritable médiateur entre le patient et le soignant, et la manière

dont il donne voix au patient pour « *comprendre les questions du médecin et exprimer ce qu'il ressent* ».

La médiation en santé est également à l'œuvre dans le cœur des villes et quartiers. Ainsi, à Nîmes, des médiatrices accompagnent les personnes les plus éloignées du système de soins. À Dunkerque et Grande-Synthe, elles pratiquent l'« aller-vers » en faisant du porte-à-porte dans les immeubles. A Paris, une médiatrice a son bureau adossé à un centre de santé et fait le lien entre la personne, le médecin généraliste, l'infirmière et les autres professionnels de santé et du social.

Ce numéro spécial se poursuit avec une présentation des actions de médiation menées auprès des Gens du voyage depuis de nombreuses années, dans le cadre du Programme national de médiation santé et plus récemment pendant l'épidémie de Covid-19 en Nouvelle-Aquitaine. Il rend également compte de la médiation mise en œuvre dans les départements d'outre-mer, en Guyane : le Centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni emploie quatre médiateurs en santé, l'un d'eux apporte son témoignage : à Cayenne, Médecins du Monde présente l'évaluation de son programme de médiateurs en santé.

Enfin, ce numéro s'intéresse aux innovations mises en œuvre en la matière à l'étranger : en Allemagne, à la clinique psychiatrique de Cologne, le personnel soignant est formé à l'interculturalité et des interprètes médiateurs professionnels sont disponibles pour améliorer la prise en charge des patients issus de différentes cultures : un délégué à l'intégration veille au bon déroulement de leur parcours de soin. En Belgique, un responsable de la médiation explique comment ce pays l'a intégré dans son système de santé. Au final, cette revue des pratiques en France et à l'international démontre l'utilité de la médiation en santé. ■

1. Qui s'intéresse à la santé globale des personnes.

Introduction au dossier
Médiation en santé : lever les obstacles aux parcours de soin

La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention

Olivier Bouchaud,

professeur, docteur en médecine, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Avicenne et Jean Verdier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et université Sorbonne Paris Nord; Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé EA 3412. IMEA-Fondation Internationale Léon Mba

Emmanuelle Hamel,

responsable Unité Personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France

Dagmar Soleymani

chargée d'étude scientifique, Unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

La France bénéficie d'un système de santé plutôt performant mais complexe, que ce soit pour l'accès aux droits ou l'accès aux soins. Cette complexité, couplée aux diverses vulnérabilités dont souffrent certaines personnes, aboutit souvent à des interruptions ou des renoncements dans les parcours de soins, tant curatifs que préventifs. Ces échecs font le lit des inégalités de santé. Les conséquences en sont des pertes de chances pour les individus, et donc la collectivité, mais aussi, même s'il est très difficile à évaluer, un coût considérable pour notre système de santé (problèmes de santé qui auraient pu être évités, retard à la prise en soin...).

Qu'est-ce que la médiation en santé ?

Nouveau métier, la médiation en santé a pour objectif de créer des interfaces entre différents acteurs. Le

but est de permettre aux personnes accompagnées de s'engager dans des parcours de soins et de les mener à bien, en repérant et contournant les obstacles, tout en prenant en compte leur environnement de vie. Cependant, le périmètre et les modalités de fonctionnement de ce métier aux multiples facettes ne sont pas clairement définis. En effet, la culture de la santé est encore trop axée sur le curatif et la gestion « verticale » des problèmes de santé, au détriment d'une vision transversale et globale (holistique).

La difficulté de proposer une définition simple, claire et consensuelle, tient au fait que la médiation en santé a une histoire née empiriquement des besoins du terrain et que sa reconnaissance officielle est récente. En outre, son périmètre est difficile à cerner car par essence, il se situe à l'interface de tous les autres métiers du champ socio-sanitaire. Celle que nous proposons (*voir définition dans encadré ci-contre*) s'inspire du référentiel établi en octobre 2017 par la Haute Autorité de santé¹ et des pratiques des professionnels engagés dans cette démarche.

En pratique, la médiation en santé correspond à une fonction d'interface dont l'objectif est double :

1) améliorer l'accès aux droits et aux soins curatifs et préventifs en favorisant l'autonomie des personnes les plus vulnérables ;

2) sensibiliser les professionnels aux difficultés à réaliser les parcours de santé. Concrètement, la médiation en santé crée du lien en s'appuyant sur « l'aller-vers », le

L'ESSENTIEL

La médiation en santé est un important outil de lutte contre les inégalités sociales de santé. Elle accompagne les personnes – dont diverses vulnérabilités les éloignent du soin ou les empêchent d'aller au bout de leurs parcours de santé – pour accéder aux soins et à la prévention.

« faire avec », l'identification des difficultés, l'accompagnement et la coordination sanitaire et sociale à travers des réseaux identifiés et construits en proximité. Elle mobilise une bonne connaissance des publics

MÉDIATION EN SANTÉ : DÉFINITION ET OBJECTIFS

Le métier de médiatrice et médiateur en santé s'inscrit dans les réductions des inégalités sociales de santé. Dans une vision holistique de la santé, il consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système de santé et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention, du fait de diverses vulnérabilités. L'objectif est d'aider ces personnes, dans une logique de « faire avec ». La médiation en santé favorise ainsi l'*empowerment* (accroissement du pouvoir d'agir des personnes). La finalité est de les accompagner dans leur parcours d'accès aux soins et à la prévention, en prenant en compte leur environnement de vie.



© Inel Saget / AFP

et des capacités d'écoute et de non-jugement, ainsi que des réseaux professionnels, sanitaires et sociaux, de préférence en proximité.

A contrario, la médiation en santé – telle que nous l'envisageons ici – n'est pas l'aide à la résolution de conflits des usagers ou des professionnels du système de soins², n'est pas ou ne se résume pas à de la médiation sociale ou culturelle, ni même à de l'interprétariat. Par ailleurs, si chaque professionnel de santé peut intégrer dans sa pratique des actions de médiation au sens de mise en lien avec d'autres acteurs, ces actions ne peuvent être assimilées à une « vraie » pratique de médiation en santé, laquelle nécessite des compétences spécifiques et une vision globale du parcours de soins.

Médiation en santé : des pratiques très différentes

La multiplicité et le polymorphisme des obstacles aux parcours de santé expliquent que les médiateurs en santé ont des pratiques qui prennent des formes très différentes selon les structures, les besoins, les contextes et... les moyens. Ainsi, si le recours à « l'aller-vers » est indispensable pour replacer dans des parcours de santé les personnes vulnérables les

plus éloignées du soin, le fait qu'elle requiert du temps et des ressources humaines en limite l'emploi. Or, il se trouve qu'un socle commun est nécessaire à la diversité de ces pratiques ; et que le temps disponible est l'un de ses éléments fondamentaux. Donner du temps aux personnes pour les écouter et les guider est bien souvent la condition suffisante pour les remettre sur les rails. Un autre fondamental est le nécessaire « faire avec » (et non pas à la place) qui – conjugué à une reprise progressive de la confiance et de l'estime de soi – permettra l'accroissement du pouvoir d'agir, l'*empowerment*, condition indispensable à l'autonomisation de la personne.

Les multiples exemples de pratiques de médiation en santé proposés dans ce numéro spécial illustrent bien cette diversité des approches, tout en s'inscrivant dans cette même finalité : permettre la mise en œuvre du parcours de soins et de prévention. En réalité, la médiation est encore en construction, avec des points d'ancrage et des approches qui ne sont pas tout à fait stabilisées. À cet égard, certains exemples évoqués dans ce numéro s'apparentent davantage à de la médiation sociale ou de la clinique transculturelle.

D'où vient la médiation en santé ?

Historiquement, la médiation en santé vient de la société civile et singulièrement du champ du VIH/sida en dehors de quelques initiatives isolées transversales ou liées à une spécialité médicale. En effet, au début des années 90, la prise en soin – c'est-à-dire le parcours de soins – des personnes atteintes de l'infection VIH en l'absence de traitement antiviral efficace s'est structurée autour d'associations de patients tant en France qu'en Afrique et ailleurs. À l'époque où la maladie était mal acceptée par la société, et parfois mêmes par les soignants, l'accompagnement des patients dans leurs difficiles parcours de soins dont l'issue était alors univoque – le décès – a fait naître un besoin de médiation, notamment pour les patients migrants. L'objectif était déjà de mieux les guider dans leurs droits et leur accès aux prestations de soins tout en facilitant l'interface avec des soignants dont les représentations étaient parfois figées et peu compatibles avec celles de certains patients. Cette première « génération » de médiateurs s'inscrivait aussi dans la dynamique des « adultes-relais » impulsée dans le cadre de la

politique de la ville de cette époque et dans la logique d'*empowerment* et d'autosupport des associations communautaires des personnes séropositives et des usagers de drogues³.

Dans un deuxième temps, et de façon parallèle, certaines disciplines médicales (diabétologie, psychiatrie, etc.) ou organisations de soins (gériatrie, réseaux de santé...) ont développé d'autres formes de médiation sanitaire avec, d'une part, les patients « pairs », proposant notamment un soutien, et d'autre part, des infirmières coordinatrices facilitant l'articulation entre les acteurs de la prise en charge.

Ainsi était née une médiation sanitaire un peu hétéroclite aux compétences peu structurées alimentée par des expériences d'autres pays (Europe du Nord, États-Unis...). Parallèlement, les autorités de santé ont pris conscience de la nécessité de développer l'interprétariat lorsque la barrière de la langue est un obstacle à la prise en soin. Dans un second temps, la reconnaissance du besoin du métier de médiation en santé et la nécessité d'en structurer la formation ont fini par émerger. Cette « institutionnalisation » de la médiation en santé, même encore très préliminaire, a généré le référentiel de la Haute Autorité de

santé (HAS), fruit d'une concertation assez large avec les « précurseurs », essentiellement associatifs.

Pourquoi ce nouveau métier est-il en train de s'imposer comme répondant à un besoin ?

Ce besoin résulte d'un double constat.

D'une part, malgré une technicisation parfois ultrasophistiquée des diagnostics et des traitements dans un système – en tout cas en France – où l'accès aux soins à l'ensemble de la population est théoriquement garanti par la loi, on observe de grandes inégalités de santé au sein du territoire national à l'échelle géographique ou de certaines populations. Elles s'expriment, par exemple, par des différences d'espérance de vie ou d'incidence de certaines pathologies (cancers, diabète, obésité...) [1 ; 2].

D'autre part, au niveau de l'individu, les professionnels de santé constatent au quotidien 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.

Les causes de ces ruptures, souvent cumulées, relèvent de toutes les vulnérabilités des populations éloignées du soin, quel que soit le niveau de cet éloignement. Au-delà de ces vulnérabilités individuelles, dont une liste loin d'être exhaustive est proposée (voir encadré ci-contre), citons comme autres facteurs d'échecs des parcours de soins la complexité d'un système d'accès aux droits sanitaires et sociaux plutôt riche, mais s'apparentant à un maquis aux yeux des néophytes (et parfois des professionnels !), ainsi que l'opacité, et là aussi, la complexité d'un système de soins, où même des individus bien intégrés et au niveau de littératie en santé élevée s'y perdent. Pour être complet, il faut également évoquer l'insuffisante prise de conscience de ces obstacles par les professionnels de santé en général, en tout cas une partie d'entre eux. Ces derniers, souvent en toute bonne foi, n'imaginent même pas que des patients puissent être refoulés d'une structure de soins au seul motif de ne pas avoir de papiers ou de prise

en charge (patients qui deviennent invisibles et donc inexistantes pour le système), ni même qu'ils ne puissent pas prendre leur traitement, faute d'un domicile fixe, ou encore venir à leur consultation, faute d'argent pour prendre les transports en commun.

Cette méconnaissance de la réalité des obstacles aux parcours de soins justifie que le deuxième objectif de la médiation en santé soit l'information des professionnels socio-sanitaires sur l'existence et la diversité de ces obstacles et la tendance naturelle du système à les « occulter ». Une question fondamentale peut être débattue : la médiation en santé est-elle un moyen de répondre à des dysfonctionnements du système... tout en évitant de le remettre en cause ? Autrement dit, plutôt que de promouvoir un nouveau métier, ne vaudrait-il pas mieux s'attacher à faire évoluer les pratiques dans une vision plus globale centrée sur le patient et ses conditions de vie, ce qui réduirait les échecs ? Il nous semble aujourd'hui que la réponse est claire : même dans un système vertueux, un accompagnement et des compétences spécifiques de médiation en santé restent indispensables pour les personnes qui sont les plus éloignées du système de soin, au vu de l'importance des inégalités observées et de la complexité des situations et du système.

Quels champ d'application et périmètre d'action ?

Si l'on considère l'ensemble des vulnérabilités – sources d'obstacles aux parcours de soins –, l'on serait tenté d'avancer que le champ d'application de la médiation en santé est illimité, à l'opposé de la vision très restrictive, contre laquelle il faut lutter, d'une médiation en santé limitée aux migrants et minorités « ethniques ». En effet, cette vision présuppose en creux que les obstacles se réduisent à la barrière de la langue ou à la dimension culturelle. Or, ce champ est bien plus large. Le quotidien des praticiens est jonché d'échecs et de ruptures – encore une fois souvent non repérées – chez des patients – qui ne sont pas des migrants – butant par exemple sur la prise de rendez-vous pour une consultation ou un examen, du fait de la fracture numérique, de

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Les vulnérabilités des personnes sont souvent cumulées, sources d'échecs de parcours de soins. Les principaux facteurs – identifiés par les chercheurs et les acteurs de terrain – sont les suivants : âge, précarité sociale et économique (revenus, logement, statut administratif...), niveau d'éducation faible, barrière de la langue, fracture numérique, isolement géographique, absence de soutien social, handicaps moteurs ou psychiques, perte d'autonomie, troubles de la santé mentale, maltraitance, violences, absence de connaissance ou de maîtrise du système de santé (littératie en santé insuffisante), représentation culturelle de la maladie, du soin, du médicament, chronicité et/ou accumulation des problèmes de santé.



© Jean-François Monier / AFP

l'impossibilité d'accéder aux secrétariats ou de comprendre une ordonnance. Ces populations rencontrent les mêmes écueils pour accéder à des actes de prévention, en raison, par exemple, de petits troubles de la mémoire chez des personnes âgées ou de troubles de la personnalité ou d'un niveau de littératie en santé trop faible chez d'autres. Autant d'obstacles pour comprendre les bénéfices de ces actes de prévention. Les professionnels constatent que nombre de consultations de suivi ne sont pas honorées en milieu rural par des personnes en extrême précarité (souvent bien masquée) du fait de l'inaccessibilité aux transports. Combien de traitements de maladies chroniques sont-ils abandonnés dès lors que les signes gênants ont disparu ? La représentation que se fait un patient d'une maladie « qui n'est plus là » rend pour lui illogique la poursuite du traitement face à la rapide recommandation du médecin, envahi par sa représentation bioclinique de la même maladie. Et en miroir, ces mêmes difficultés de compréhension et d'accès se retrouvent dans le système des droits sociaux.

La médiation peut s'inscrire sur le long terme

Ainsi, si le champ d'application de la médiation en santé est plutôt celui des maladies chroniques, de l'approche transversale dans les situations de multimorbidité (personnes âgées notamment) ou de la

prévention, rien n'empêche un accompagnement ponctuel dans une situation aiguë, comme nous l'a justement montré l'épidémie de Covid-19.

De même, et à l'inverse du référentiel HAS, qui, dans le louable objectif de développer l'autonomie des personnes, n'envisage pas que la médiation en santé se pérennise, il faut bien accepter l'idée que la médiation en santé puisse s'inscrire sur le long terme chez certaines personnes avec des handicaps définitifs ou susceptibles de s'aggraver (personnes âgées ou maladies mentales par exemple), sources répétées d'obstacles aux soins.

En termes de structures de santé, là aussi, et dans l'idéal, la médiation en santé devrait être accessible de façon très large. Ainsi, outre les établissements de santé publics ou privés et les institutions en contact direct avec les patients, les cabinets de groupe, maisons ou centres de santé, voire ponctuellement les praticiens libéraux exerçant isolément devraient pouvoir en faire bénéficier leurs patients, alors que cela reste limité à quelques expérimentations régionales actuellement. Des structures suffisamment importantes en taille devraient disposer d'un médiateur ou d'une médiatrice en santé à temps plein ou partiel. Ce devrait être aussi le cas pour les petites structures grâce à des plateformes pilotes mutualisant des médiateurs en santé – comme l'a fait, par exemple, le département de Seine-Saint-Denis.

Quelles compétences pour ce nouveau métier ?

Le métier de médiateur en santé requiert des qualités et des compétences de savoir, savoir-faire et surtout savoir-être. C'est particulièrement vrai dans cette période « pionnière », où certains professionnels n'ayant pas encore perçu les bénéfices pour eux de ce nouveau métier le vivent comme une forme de concurrence.

Les compétences de savoir et savoir-faire s'inscrivent dans la maîtrise de connaissances techniques et de méthodologies de communication. Les limites du « savoir » technique que doit détenir le médiateur sont difficiles à cerner. En effet, elles dépendent du contexte de l'emploi qu'il occupe mais aussi de ses spécificités, de son parcours professionnel et de sa formation. Il est important que le médiateur maîtrise les bases des métiers avec lesquels il sera en interface – par souci d'efficacité, mais aussi de crédibilité vis-à-vis de son interlocuteur et du bénéficiaire. Il doit ainsi posséder des connaissances médicales simples, mais « robustes » sur les pathologies d'intervention, les bases du soutien psychologique et l'accès aux droits. En outre, il doit connaître les principaux dispositifs d'aides sociales, les acteurs associatifs au niveau local, la structuration du système socio-sanitaire, et notamment le fonctionnement des réseaux de santé, pierre angulaire d'un accompagnement bien ciblé. De même, un

médiateur en santé doit maîtriser et savoir utiliser les grandes règles de la communication, et notamment des entretiens motivationnels, dont l'essence est de prendre en compte les acquis du bénéficiaire. L'entretien motivationnel a pour but d'explorer et de résoudre l'ambivalence des patients face au changement, il a été défini par William R. Miller et Stephen Rollnick (source : *L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement*, mars 2019, éd. Dunod).

C'est le « savoir-être » qui fait la différence

Mais plus encore que le savoir, c'est le « savoir-être » qui fera la différence. La première règle est de considérer que, comme pour tout métier de santé, les règles éthiques et déontologiques sont incontournables. La confidentialité reste un devoir absolu, le médiateur en santé ne devant révéler, y compris dans le nécessaire travail en équipe, que ce que le bénéficiaire l'a autorisé à dire.

Le sens de l'altérité⁴, l'empathie et la capacité d'écoute sont évidemment des qualités/compétences aussi incontournables, même si le médiateur devra apprendre à mettre des limites pour se protéger, car il est très exposé à la surcharge émotionnelle et à l'épuisement professionnel (*burn-out*). Plus difficiles à maîtriser, le non-jugement, et surtout, la capacité de décentrage (capacité à considérer que son propre modèle culturel de fonctionnement n'est ni le seul ni le meilleur) qui constituent une plus-value considérable.

Lorsque le médiateur est lui-même issu d'une communauté très spécifique (LGBT, par exemple) ou dans le cadre particulier de la pair-aidance, le fait pour lui de remplir une fonction de médiation en santé pose plus spécifiquement la question de cette capacité de décentrage, le risque étant de considérer inconsciemment que son modèle de fonctionnement, notamment avec sa maladie dans la pair-aidance, est la meilleure solution, voire la seule. Aussi, la formation est-elle particulièrement importante pour permettre à chaque futur médiateur d'acquérir l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires, en fonction de son parcours (s'il est issu d'une communauté ou professionnel de santé).

La structuration de la formation à un niveau suffisant pour prendre en compte la complexité et les exigences en compétence de ce nouveau métier est désormais une étape indispensable. Elle facilitera sa reconnaissance par les autres professionnels et son inscription dans la grille des emplois reconnus, qui n'existe pas encore au niveau institutionnel. Cette reconnaissance permettra de valoriser la plus-value apportée par le métier de médiateur à notre système de santé.

Un outil de lutte contre les inégalités sociales de santé

En conclusion, un système de santé et des professionnels plus ancrés dans une vision transversale et globale du soin réduiraient certainement les échecs et les ruptures de parcours de soins. Toutefois, même dans un tel dispositif vertueux, un accompagnement et des compétences spécifiques propres au métier de médiation en santé resteraient indispensables pour celles qui sont les plus éloignées du parcours de soins et de la prévention.

La médiation en santé est un outil particulièrement pertinent de lutte contre les inégalités sociales de santé, en aidant les personnes dont les diverses vulnérabilités les éloignent du soin ou les empêchent d'aller au bout de leurs parcours de santé. Si les migrants en sont le champ historique, toutes les populations vulnérables et tous les domaines de la santé – autant dans une approche transversale comme en gériatrie que ciblée sur une pathologie – peuvent en bénéficier. Une vision holistique de la santé associée à un sens équilibré de l'altérité et au non-jugement soutiennent le nécessaire *empowerment* qui permettra aux personnes entravées par des vulnérabilités d'accéder à l'autonomie, « graal » ultime de la médiation en santé.

La généralisation de la médiation en santé pose les problèmes du financement. Ceux-ci devraient être résolus par le développement de méthodes d'évaluation adaptées montrant les bénéfices individuels et collectifs considérables. En d'autres termes, le développement de ces méthodes permettra d'orienter les financements vers des actions efficaces. Cette généralisation passe aussi par la reconnaissance

officielle du métier, grâce à une formation certifiante exigeante qui n'exclut pas le savoir expérimentiel. ■

1. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve...pdf

2. Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/le-dispositif-national-de-mediation>

3. Gerbier-Aublanc M. La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant-e-s vivant avec le VIH en France. *Working Paper du Ceped*, 2020, n° 45, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD, ERL 1244 Inserm), Paris, Mai 2020. En ligne : <https://www.cepced.org/IMG/pdf/wp45.pdf>

4. Avoir le souci de l'autre au sens de Paul Ricoeur.

Pour en savoir plus :

- Les inégalités sociales et territoriales de santé. Saint-Maurice : *Santé publique France*, mai 2021. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>

- Houzelle N., Arcella-Giroux P., Saïas T. (coord.), Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance [dossier].

La Santé en action, 2013, n° 426 : p. 18-53.

En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140461/document_file/43266_spf00001016.pdf

- Moquet M-J., Potvin L. (coord.), Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention [dossier]. *La Santé de l'homme*, 2011, n° 414 : p. 7-43.

En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369794/document_file/43244_spf00001004.pdf

- Lang T. (coord.), Les inégalités sociales de santé. *ADSP*, 2010, n° 73 : p. 7-57.

En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113#82>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1] Crouzet M., Carrère A., Laborde C., Breton D., Cambois E. Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français. *Revue Quetelet/Quetelet Journal*, 2020, n° 8 : p. 73-101. En ligne : <https://ojs.uclouvain.be/index.php/Quetelet/article/view/18903/59013>

[2] Cambois E., Laborde C., Robine J-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés*, n° 441, 2008 : p. 1-4.

Le cadre déontologique de la médiation en santé, défini par la Haute Autorité de santé (HAS)

Le référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS) a été élaboré dans le cadre des articles L. 1110-13 du Code de la santé publique et L. 161-37 du Code de la sécurité sociale. Il précise les compétences requises et le socle minimal de formation pour l'exercice de la médiation en santé, ainsi que les bonnes pratiques à respecter. Ce référentiel fixe le cadre déontologique de la médiation en santé. En voici les éléments essentiels :

« Dans l'attente d'une charte spécifique de la médiation en santé élaborée de façon consensuelle par les acteurs de ce champ, la HAS retient trois grands principes déontologiques devant s'appliquer à la médiation en santé, à savoir : la confidentialité et le secret professionnel ; le non-jugement ; le respect de la volonté des personnes. Ces trois grands principes déontologiques n'exonèrent pas les professionnels de santé travaillant également comme médiateurs en santé du respect des exigences propres du code déontologique auquel ils sont soumis le cas échéant. Il n'existe pas, au jour de la rédaction de ce référentiel, de cadre déontologique spécifique à la médiation en santé, établi dans une charte et adopté par les acteurs de la médiation en santé. Pour autant, différents textes méritent d'être cités dont la charte de référence de la médiation sociale et la charte de la médiation en santé élaborée par l'Atelier Santé Ville de Marseille. »

La confidentialité et le secret professionnel

« Le médiateur en santé a un devoir de confidentialité concernant toute information recueillie, venue à sa connaissance ou comprise relative à une personne prise en charge. Conformément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, il est soumis au secret

professionnel de la même manière que les professionnels de santé auprès desquels il est amené à intervenir. Néanmoins, un médiateur en santé peut dans la mesure où il est professionnel de santé au sens du Code de la santé publique ou un professionnel mentionné au 2° de l'article R. 1110-2 du Code de la santé publique échanger ou partager avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, aux conditions cumulatives suivantes : qu'ils participent tous à sa prise en charge ; qu'ils agissent dans le périmètre de leurs missions ; que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable.

Dans tous les cas, le médiateur doit informer la personne prise en charge de son droit de s'opposer à tout moment à l'échange ou au partage d'informations la concernant. »

Le non-jugement

« Le médiateur en santé exerce ses fonctions sans jugement dans une posture de retrait. Le médiateur en santé n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Le médiateur peut utilement s'appuyer sur les travaux de Carl Rogers qui établissent le « non jugement » parmi l'un des critères fondamentaux de la relation d'aide. »

Le respect de la volonté des personnes

La médiation en santé s'inscrit dans le respect absolu de la volonté de la personne et de sa liberté de

choix. Le consentement aux soins est formulé à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique en ces termes : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. » L'objectif global du référentiel est de préciser le cadre d'intervention de la médiation en santé afin d'en permettre une meilleure appropriation par les publics et les partenaires, et de faciliter l'ancrage de la médiation en santé dans les territoires et dans le système de santé. ■

Pour en savoir plus

- La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. HAS, Service évaluation économique et santé publique, octobre 2017. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

Médiation en santé : concepts, définitions, métiers

Dagmar Soleymani

chargée d'étude scientifique, Unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Emmanuelle Hamel,

responsable Unité Personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France

Olivier Bouchaud,

professeur, docteur en médecine, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Avicenne et Jean Verdier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et université Sorbonne Paris Nord; Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé EA 3412. IMEA-Fondation Internationale Léon Mba

La médiation est un terme polysémique utilisé dans de nombreux domaines aujourd'hui : social, sanitaire, culturel, numérique, juridique, etc. Cet article apporte un éclairage sur cette notion en se focalisant sur le champ sanitaire et social, et en s'appuyant notamment sur les cadres officiels et réglementaires disponibles, ainsi que sur des repères historiques permettant de comprendre la construction de ces approches de la médiation. Les différents métiers de la médiation en santé ne sont pas encore totalement stabilisés et cohabitent du fait de situations plurielles, d'acteurs et de milieux d'intervention différents, de cadres administratifs et financiers hétérogènes. Et ces différents métiers souffrent d'un manque de reconnaissance.

Médiateur social

La médiation sociale est historiquement apparue dans les années 1980-1990, dans un contexte de crise socio-économique et de premières émeutes urbaines qui ont conduit en 1982 à la création d'une « politique de la ville » spécifiquement dédiée à

ces quartiers en difficulté¹. Un premier axe d'actions pour la médiation sociale s'est traduit par des interventions dans l'espace public des quartiers en difficulté, classés prioritaires dans la politique de la ville et dans les transports.

Progressivement, la médiation sociale s'est professionnalisée², et désormais, ces missions et activités sont exercées dans le cadre déontologique de la médiation sociale, en référence à la charte visée par le comité interministériel des villes du 1^{er} octobre 2001 et à celle définie dans la norme AFNOR, « cadre du métier de la médiation sociale ». Le médiateur repère les difficultés des personnes à accéder aux droits et aux services dématérialisés afin de leur permettre d'y remédier. En position de tiers impartial, il contribue à faciliter les échanges ou à rétablir le dialogue entre les personnes, ou entre les personnes et les institutions. Il porte à la connaissance des institutions les questions et les problématiques auxquelles est confrontée la population.

La médiation sociale prend donc en compte l'ensemble des domaines de la vie quotidienne. Elle peut ainsi porter sur l'accès aux droits et l'accompagnement au sein du système de santé, mais elle n'est pas spécialisée dans ce domaine.

La dynamique des « femmes-relais » dans les années 1980-1990 a également initié la médiation sociale : en mettant à profit leur expérience personnelle et leur connaissance des parcours d'immigration, des habitantes se sont peu à peu organisées pour faciliter la compréhension entre des familles et les administrations et services de l'État (préfecture, PMI, écoles...). Cette logique et ce dispositif d'adultes-relais ont à leur tour inspiré, conjointement à

L'ESSENTIEL

■
▶ **Médiateurs sociaux, médiateurs en santé, médiateurs de santé pairs, médiateurs transculturels : définitions des différents métiers de la médiation qui ont émergé au cours des dernières décennies.**

d'autres facteurs, le développement de la médiation en santé à partir des années 1990.

Médiateur/médiatrice en santé

Les médiateurs de santé sont des professionnels exerçant un métier qui s'inscrit dans la réduction des inégalités sociales de santé. Dans une vision holistique, la médiation en santé consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention du fait de diverses vulnérabilités. L'objectif est – dans une logique de « faire avec » – d'aider ces personnes à s'engager dans ces parcours et à les mener à bien, tout en tenant compte de leur environnement de vie.

La médiation en santé participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Elle a émergé dans les années 1990, notamment en lien avec l'épidémie de sida. Elle a été progressivement définie et affinée, en particulier dans le référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2017³, en concertation avec les différentes parties prenantes. La médiation en santé (ou médiation sanitaire) y est définie comme un processus temporaire de « l'aller-vers » et du « faire avec », dont les objectifs sont de renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun,

Association Ikambere : « La médiation en santé permet d'humaniser le parcours de soins »

Entretien avec

Bernadette Rwegera, directrice de l'association Ikambere.

La Santé en action : Au sein de l'association Ikambere, vous figurez parmi les premiers à avoir développé la médiation en santé dans l'hexagone. Comment la définissez-vous et pourquoi y avez-vous recours ?

Bernadette Rwegera : Tout d'abord, il me faut préciser qu'Ikambere apporte son accompagnement et soutien aux femmes vulnérables, en situation de précarité touchées par la maladie, avec le VIH ou d'autres pathologies (diabète, obésité, hypertension artérielle, etc.). Nous sommes convaincues que la médiation en santé permet d'humaniser le parcours de soin et les relations entre les malades et leur environnement, que ce soit avec les professionnels de santé, la famille, ou les aidants. Mais au-delà du concept, c'est avant tout une réalité humaine. Des médiatrices ou des médiateurs formés et ayant des qualités personnelles sont indispensables pour créer un lien de confiance avec les patients, ceci afin de favoriser l'accès aux soins et leur suivi.

Pour les femmes en situation de précarité et vivant avec une maladie chronique (VIH, diabète, obésité, hypertension...) que nous accompagnons à Ikambere, la médiation est un plus pour les amener à comprendre leur pathologie, l'accepter et la « maîtriser ». Nous transportons également la médiation « hors les murs », à l'hôpital et dans les foyers de travailleurs migrants ou les centres d'hébergement d'urgence. Nous touchons ainsi des publics éloignés du

système de soin auprès desquels nous menons des actions de prévention et de promotion de la santé. Car pour les populations migrantes fuyant les conflits ou venues chercher du travail, la santé ne figure pas parmi les priorités.

S. A. : Rose, arrivée du Cameroun sans papiers et sans ressources, est aujourd'hui médiatrice en santé : que vous inspire son parcours ?

B. R. : Tout d'abord, il ne m'appartient pas de raconter le parcours personnel de Rose ; elle seule a la liberté de le faire. Je peux toutefois souligner un point : Rose a été enseignante au Cameroun avant d'arriver en France. En plus d'être une femme dynamique et intelligente, elle sait être pédagogue. Et je pense que c'est une compétence importante dans le champ de la médiation en santé, qui requiert par ailleurs des qualités d'écoute, d'empathie et de communication.

À Ikambere, nous travaillons beaucoup sur la notion de « *pair aidance* », que l'on peut définir comme l'aide mutuelle que s'apportent des personnes concernées par une problématique commune. L'histoire de Rose peut davantage légitimer son action auprès des femmes qu'elle soutient au quotidien, parce qu'elle est en mesure de partager sa propre expérience.

S. A. : Comment s'exerce concrètement le travail de médiation entre les malades et le système de soin ?

B. R. : Pour accéder à la santé, il faut être en capacité d'exercer ses droits, connaître son corps, faire confiance aux soignants, se faire comprendre... Autant de conditions qui sont hors de portée des personnes

L'ESSENTIEL

▣ **L'association Ikambere prend en charge, à Saint-Denis (93), des femmes qui affrontent d'important problèmes de santé et sont dans une situation économique et sociale d'une grande vulnérabilité. Elle figure parmi les toutes premières associations à avoir intégré en son sein des médiatrices en santé. Bernadette Rwegera souligne que ce type de médiation entre les professionnels et ces femmes est incontournable afin de créer un lien de confiance, condition préalable pour favoriser l'accès aux soins et le suivi sur la durée.**

en situation de vulnérabilité. C'est là qu'intervient la médiation en santé proposée par Ikambere dans les hôpitaux. Car au sein du centre d'accueil de jour, nous accompagnons des personnes qui font la démarche de venir dans nos locaux. Dans les structures hospitalières, nous touchons un autre public.

Nos cinq médiatrices sont présentes dans une douzaine d'établissements parisiens et franciliens (Pitié-Salpêtrière, Cochin, Poincaré, Saint-Antoine, Tenon, Kremlin-Bicêtre, Villeneuve-Saint-Georges, etc.). Pendant une journée ou une demi-journée par semaine, elles s'installent à l'accueil des services des maladies infectieuses et/ou proposent un espace dans la salle d'attente, avec thé, café, et petits gâteaux. C'est là qu'elles prennent contact avec les patients qui viennent en consultation, dans un moment convivial, qui permet d'échanger dans



un premier temps de menus propos, sur tout et rien. Dans d'autres cas, ce sont les médecins, l'équipe médicale ou l'assistante sociale qui les dirigent vers les médiatrices.

Grâce à une écoute attentive et une bonne connaissance des sujets, les médiatrices favorisent ensuite le dialogue entre les soignés et les soignants. Le stress, l'émotion, le contexte, le médecin en blouse blanche dans sa « toute puissance », les différences de culture, font que de nombreux malades se sentent perdus et ne comprennent pas ce qui leur est dit. Les interventions des médiatrices ouvrent la porte à une meilleure prise en charge, notamment grâce à une meilleure compréhension interculturelle. Les médiatrices agissent aussi en complémentarité directement auprès des professionnels, par exemple pour les sensibiliser sur certains obstacles pouvant être spécifiques aux femmes migrantes.

S. A. : Quelles compétences doivent développer les médiatrices ? Comment sont-elles formées ?

B. R. : Elles ont d'abord et surtout des compétences « humaines » d'écoute, de non-jugement, d'entraide et de solidarité. Car si ces dernières années, il y a eu des avancées scientifiques importantes dans les traitements du sida, certaines choses n'ont pas changé, comme le rejet

des personnes atteintes du VIH. Les médiatrices, en créant une relation avec la patiente, en instaurant le dialogue, lui permettent aussi de sortir de l'isolement.

Mais les connaissances sont indispensables : sur les modes de transmission du VIH, les traitements, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, etc. Il est également possible de travailler sur la manière de communiquer. À Ikambere, nos intervenantes ont suivi des formations diplômantes (diplômes universitaires) de médiation en santé, en droits humains, en santé sexuelle, elles maîtrisent donc leur sujet.

S. A. : Comment, pour les médiatrices, « établir une relation de confiance » avec les femmes ? Quel est le type de lien qui est tissé ?

B. R. : Le lien de confiance s'établit grâce à la présence et à l'écoute des médiatrices. Celles qui ont des parcours similaires peuvent le partager avec les malades. Mais cette expérience personnelle n'est pas une compétence, même si elle est un atout qui complète la formation. La relation qui est tissée repose sur un échange dans un cadre professionnel par des personnes formées. C'est cet ensemble qui permet la relation de confiance, dont l'empathie demeure un point central selon moi.

Une fois ce pont bâti, les médiatrices peuvent orienter les patientes vers des structures et des professionnels du champ médico-social. De même, les soignants peuvent faire appel à elles pour débloquer certaines situations. Et cette proximité est un réel avantage dans une bonne prise en charge et un bon suivi des soins.

S. A. : Selon la charte d'Ottawa, il est crucial de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer : vous reconnaissez-vous dans cet objectif ?

B. R. : Évidemment que nous nous reconnaissons dans cet objectif qui priorise la « santé globale » ; celle-ci est au cœur de notre démarche. La méthodologie d'accompagnement d'Ikambere repose sur une prise en charge globale et pas seulement médicale. Elle vise à répondre simultanément aux besoins exprimés par les femmes. La médiation me paraît un outil essentiel pour répondre à cet objectif ambitieux, en particulier auprès des publics les plus vulnérables pour lesquels les institutions demeurent lointaines. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.



Médiation en santé à Ikambere : le regard des chercheuses

Annabel Desgrées du Loû,
directrice de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Cepad,
Julia Eïd,
doctorante Cifre, Ikambere et Cepad.

La promotion de la santé repose sur deux piliers : reconnaître le caractère holistique de la santé (un bien-être complet de l'individu qui suppose qu'il ait accès à toutes les ressources nécessaires : logement, éducation, nourriture, justice, revenu, environnement sain et stable...) et donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer, ce qui passe par une participation concrète et effective des communautés¹.

La médiation en santé est un des piliers pour améliorer cette autonomie et cette capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé [1]. En instaurant une interface entre les personnes vulnérables éloignées du système de soins et les professionnels de leur parcours de santé [2] ; [3], elle permet de surmonter les barrières financières et administratives, ainsi que les barrières linguistiques et culturelles pour accéder à des soins de qualité.

Elle prend place dans le concept plus global d'*empowerment*, ou le renforcement du pouvoir d'agir. Le pouvoir d'agir implique non seulement d'avoir accès à des ressources, mais aussi de pouvoir décider de les utiliser, puis de pouvoir agir en fonction de ces décisions [4]. Le processus par lequel une personne va pouvoir passer par ces différentes étapes implique la participation de l'individu à un collectif. C'est en effet par la participation que chaque personne se rend compte de ses compétences et de ses connaissances, acquiert l'estime d'elle-même

nécessaire pour se sentir autorisée et légitime à décider pour elle-même, puis agit en fonction de ses décisions. C'est en reconnaissant son appartenance à un groupe de « pairs », de personnes qui lui ressemblent et qui connaissent les mêmes difficultés, que la personne prend conscience de ses droits et de ses capacités à améliorer à la fois sa situation et celle de ses pairs [5].

Ce processus fait intervenir la notion de littératie qui désigne les compétences personnelles, cognitives et sociales déterminant la capacité d'un individu à avoir accès à l'information, la comprendre et l'utiliser [6]. Souvent utilisée en promotion de la santé, la littératie vise à dépasser une vision d'éducation en santé selon l'approche strictement comptable dénoncée par Paolo Freire [7] : apporter de l'information ne suffit pas, celle-ci doit être aussi appropriée et utilisée, ce qui implique de s'intéresser à la conception et aux usages de cette information, ainsi qu'au contexte de représentations, de normes sociales et de contraintes structurelles dans lesquelles elle prend place. On peut ainsi distinguer trois niveaux de littératie : la littératie basique ou fonctionnelle (lire, écrire, avoir accès aux messages) ; la littératie interactive (capacité à participer aux activités, à extraire l'information dont on a besoin et à l'appliquer selon ses besoins et sa situation) ; la littératie critique (capacité à analyser l'information de manière critique et à l'utiliser pour exercer un meilleur contrôle sur sa vie). La médiation en santé va jouer un rôle à ces trois niveaux : elle va mettre à disposition l'information dans une langue et un format adapté (littératie basique), créer de l'interaction, de la participation pour que la personne se saisisse de cette

L'ESSENTIEL

▣ **La médiation en santé est un pilier pour améliorer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé. Prendre en compte les communautés auxquelles ces personnes appartiennent et créer une interface entre celles-ci et le système de santé contribue à cette amélioration. L'association Ikambere crée cette interface, d'une part, en permettant à des femmes qui partagent les mêmes difficultés d'échanger, et d'autre part, en leur apportant des connaissances et savoir-faire pratiques.**

information (littératie interactive) et permettre une décision libre et autonome (littératie critique).

Médiation en santé et accompagnement des personnes précaires

Les programmes d'accompagnement de personnes précaires ou issues de minorités et vivant avec des maladies chroniques s'ancrent dans la médiation en santé, même si cela n'est pas formulé. Ces programmes visent à améliorer la santé physique, mentale et l'accès aux soins, et pour cela, s'appuient sur des activités de formation, une participation active des personnes concernées et un soutien adapté au cas par cas.

La formation des personnes vise à mettre à leur disposition les connaissances techniques nécessaires sur leurs maladies et sur la santé en général. Leur participation active comme acteur de leur santé – *via* des ateliers pratiques, des sessions de partage d'expériences au sein de groupes de pairs ou des jeux de rôles – permet l'acquisition de compétences pratiques et de savoirs expérientiels, mais également le renforcement de la confiance en soi. Un soutien adapté au cas par cas, *via* une aide pratique et adaptée aux besoins (accompagnement aux rendez-vous, interventions adaptées au niveau de littératie, suivi et soutien motivationnel) permet

de développer la confiance en soi et en ses capacités d'agir. Dans ces trois types d'activité, les intervenants sont majoritairement des personnes issues de la communauté ciblée par l'intervention, ils partagent la même langue et la même culture. Ce sont des membres ou des leaders de la communauté formés à l'éducation thérapeutique du patient, ou des pairs éducateurs (c'est-à-dire des personnes elles-mêmes concernées par la maladie) appartenant à la communauté et formés eux aussi à l'éducation thérapeutique, ou encore des professionnels de santé issus de la communauté.

Tous ces éléments sont constitutifs de la médiation en santé : celle-ci peut en effet faire intervenir différents types de personnes, pour différents types d'activité, avec comme fil directeur l'inscription dans une démarche globale de renforcement de la capacité d'agir des personnes. Cela passe par la prise en compte des communautés auxquelles elles appartiennent et la création d'interface entre ces communautés et le système de santé en général.

L'exemple d'Ikambere

L'association Ikambere crée cette interface (voir l'interview de B. Rwegera ci-avant), d'une part, en permettant à des femmes qui partagent les mêmes difficultés de se rencontrer et d'échanger, d'autre part, en apportant à ces femmes des connaissances techniques et des savoir-faire pratiques pour vivre avec leur maladie. Cela est possible *via* un accompagnement par une équipe professionnelle diverse en termes d'origine, d'expérience par rapport à la maladie et d'expertise, mais qui part toujours d'une approche empirique (quels sont les besoins des femmes ? Comment y répondre ?) pour construire les actions à mener.

Lors d'un travail mené dans la maison d'Ikambere à Saint-Denis, qui accompagne des femmes vivant avec le VIH [8], ces femmes ont clairement exprimé la révélation qu'a été pour elles le fait de voir d'autres femmes, arrivées là avant elles, qui avaient connu les mêmes épreuves (se découvrir infectées par le VIH, être complètement isolées, par rejet ou crainte du rejet) et s'en étaient sorties. Rencontrer, au cours des repas ou dans des groupes de paroles, d'autres femmes qui vivent avec le VIH

et n'en ont pas moins une vie pleine et entière, avec compagnons ou maris, enfants, métier, amies, c'est le premier élément qui convainc les nouvelles arrivantes qu'un avenir est possible pour elles, bien plus que les discours rassurants des médecins, des psychologues ou des assistantes sociales. Comme le dit Aïssatou, arrivée du Burkina Faso en 2012 : « *Quand on voit toutes ces jolies femmes qui sont là, on se dit : si les autres vivent avec (le sida), pourquoi pas moi ? C'est le soleil qui revient.* »

C'est aussi pourquoi, parmi les personnes engagées à Ikambere, il y a des anciennes bénéficiaires de l'association, car, comme le dit Bernadette Rwegera, la directrice, « leur nous est plus fort que notre vous ». Ces anciennes bénéficiaires, quand elles intègrent l'équipe de l'association, transforment ces savoirs expérimentiels en expertise professionnelle reconnue et salariée. C'est ainsi que Rose, arrivée du Cameroun en 2010 en France, sans papiers et sans ressources, est aujourd'hui médiatrice en santé et conseillère en santé sexuelle et droits humains. Chaque jour, elle anime des causeries, lors du repas, autour de divers sujets de santé, et en particulier de santé sexuelle.

En 2020, l'équipe d'Ikambere a été sollicitée par le Crips (Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes) Île-de-France pour participer à l'élaboration de cartes dessinées, outils afin d'accroître l'autonomie, les capacités et le pouvoir d'agir des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Chaque carte illustre

une situation de contrainte et d'exposition à des risques sexuels et donne au verso des indications sur les droits, les lieux et les personnes ressources².

Ce jeu de cartes est un parfait outil et symbole de la médiation en santé : il a été construit avec des femmes à la fois directement concernées et devenues expertes du sujet ; il est utilisé par ces femmes pour former d'autres personnes, qui elles-mêmes pourront sensibiliser, former et informer des personnes de leur communauté ou de leur entourage aux risques pour s'en protéger.

L'activité de médiation en santé d'Ikambere se déroule également en dehors de ses murs, dans une réelle démarche « d'aller-vers ». Les médiatrices en santé de l'association assurent toutes les semaines des permanences hospitalières dans de nombreux services d'infectiologie d'Île-de-France. Leur rôle est d'aller à la rencontre des patients et patientes de ces services, de favoriser le lien et le dialogue avec leur médecin, d'entamer une relation de confiance qui pourra se poursuivre pour celles qui le nécessitent au sein du centre d'accueil de jour de Saint-Denis. Les médiatrices en santé réalisent également dans cette même logique des actions de dépistage de rue (dépistage des maladies infectieuses par test rapide d'orientation diagnostique, TROD) et des actions de préventions en santé sexuelle dans les foyers de travailleurs, par exemple. ■

1. Charte d'Ottawa, 1986.

2. <https://www.lecrips-idf.net/search?keys=r%C3%A9ponses%20pour%20elles>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins – Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. HAS, octobre 2017 : 70 p.
- [2] Haschar-Noé N., Bérault F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publique*, vol. 31, n° 1, 2019 : p. 31.
- [3] Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.
- [4] Kabere N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's

Empowerment. *Development and Change*, vol. 30, n° 3, 1999 : p. 435-464.

[5] Bacqué M.-H., Biewener C. *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte, 2015 : 176 p. <https://doi.org/10.3917/dec.bacqu.2015.01>.

[6] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, vol. 15, n° 3, 2000 : p. 259-267.

[7] Freire P. *Pédagogie des opprimés suivi de : Conscientisation et révolution*. Paris : Francois Maspero, 1974.

[8] Desgrées du Loû A., Dupont J. *Ikambere : la maison qui relève les femmes*. Ivry-sur-Seine : Ed. de l'Atelier, 2019 : 144 p.

Case de santé de Toulouse : « La médiation en santé est la porte d'entrée pour accéder aux droits et aux soins »

Entretien avec Fabien Maguin,
coordinateur de la médiation en santé,
Case de santé, centre de santé
communautaire, Toulouse.

La Santé en action :

**Quelle est la place de la médiation
en santé au sein de votre centre
de santé communautaire ?**

Fabien Maguin : La Case de santé de Toulouse est une structure particulière à plusieurs titres. Nous sommes un centre de santé communautaire, le premier en 2006 à faire émerger un nouveau modèle ; d'autres ont ensuite suivi (Saint-Denis, Échirrolles, Marseille, Lorient...). Nous sommes implantés dans des quartiers populaires de Toulouse et les populations avec lesquelles nous travaillons sont essentiellement des immigrés et/ou des personnes en situation de grande précarité. La Case de santé, c'est aussi un Pôle Santé-Droits, constitué de trois travailleurs sociaux et deux médecins généralistes qui n'ont pas vocation à être des médecins traitants : l'équipe accueille pour ensuite orienter vers le droit commun, c'est-à-dire les médecins traitants libéraux de ville. Nos cinq médiatrices en santé travaillent en totale collaboration avec cette équipe.

**S. A. : Comment les personnes
arrivent-elles jusqu'à votre centre
de santé ?**

F. M. : Les personnes qui poussent la porte du centre sont le plus souvent « en bout de course » : sur le point de renoncer à essayer d'accéder

aux droits et à la santé/aux soins, ou ayant renoncé. Nous prenons en compte en premier lieu les déterminants sociaux de la santé de ces personnes qui ont déjà des parcours de santé longs mais chaotiques avec des échecs et impossibilités d'accès aux soins. Des trajectoires très marquées par les inégalités sociales de santé. Nos médiatrices en santé doivent donc très souvent commencer par un travail de restauration d'estime de soi pour que ces personnes retrouvent de la confiance en elles. Nous travaillons en individuel avec elles et nous les accompagnons *via* notamment des ateliers collectifs.

Nous positionnons la médiation en santé non pas comme un outil pour accompagner des populations spécifiques – sur la santé mentale, le VIH, les pathologies – mais dans le système de « premier recours » d'accès à la santé, aux soins et aux droits. En effet, nous constatons depuis quinze ans que ce premier niveau ne fonctionne pas, ou très mal, dans les quartiers déshérités comme les nôtres : parce que les professionnels de santé n'ont pas le temps disponible pour retravailler ce lien de confiance, travailler avec le patient pour lui permettre d'être écouté et entendu, d'accéder à la connaissance et l'autonomisation. C'est ici que se situe l'apport crucial des médiatrices en santé : elles interviennent à la croisée de tous ces professionnels et le travail de ces derniers s'en trouve amélioré. Les médiatrices apportent une meilleure compréhension par les

L'ESSENTIEL

■
▶ **À la Case de santé de Toulouse, cinq médiatrices en santé travaillent sur deux quartiers déshérités : elles sont à la croisée et en appui des professionnels de santé pour accompagner les patients et leur permettre de développer leur pouvoir d'agir. L'évaluation démontre que les patients y gagnent en capacité pour accéder aux informations, se les approprier et construire des décisions. Et que le travail des professionnels de santé s'en trouve amélioré.**

professionnels des représentations, et donc des choix et manières d'être et de faire des patients : elles aident ces professionnels à comprendre les réticences et refus des patients. Elles y parviennent parce que la nature de leurs relations avec les patients est différente – plus proche, plus accessible – de celles des professionnels.

**S. A. : Comment travaillent
les médiatrices ?**

F. M. : Pendant longtemps nous avons pu positionner les médiatrices en santé à l'accueil – cela avait un sens. Toutefois, depuis cinq ans, la surcharge des tâches à l'accueil ne permettait plus d'offrir ce temps d'écoute, ce qui nous a conduit à modifier notre organisation. Les médiatrices interviennent en continu, mais plus à l'accueil, elles font partie d'une catégorie professionnelle peu marquée et catégorisée – à l'inverse

des médecins, infirmières, psychologues qui font l'objet de représentations précises de la part des patients. Les médiatrices sont plus accessibles, on leur parle plus facilement. Nous nous inscrivons dans une démarche de santé communautaire, donc une stratégie privilégiée et au cœur de la promotion de la santé, même si en France cette démarche est peu développée et peu reconnue.

L'article 92 de la loi Touraine a permis d'expérimenter l'accompagnement de l'autonomie en santé des publics : c'est dans ce cadre que nous avons déposé un projet, qui se déroule depuis cinq ans, sur la capacité des personnes à prendre la main sur leur santé, prendre le pouvoir, s'autonomiser autrement que suite à une injonction. Pour atteindre cet objectif, nous avons expérimenté cet accompagnement vers l'autonomie en santé sur deux terrains : l'un est le centre de santé communautaire place Arnaud Bernard à Toulouse, qui se caractérise par une population immigrée très précaire, avec notamment une population en situation de clandestinité qui travaille et vit sur cette place : les médiatrices en santé officient au cœur du centre et font entre autres un travail d'« aller vers ». L'autre « terrain » est dans un quartier au nord de Toulouse, Les Izards, d'habitat social actuellement en rénovation urbaine : l'équipe de médiatrices est installée en son cœur et travaille avec les structures locales existantes. Cette expérimentation de cinq ans s'est achevée en avril 2022, nous travaillons sur son évaluation et rédigeons le rapport final.

S. A. : Comment évaluez-vous l'impact du travail des médiatrices ?

F. M. : Doublement, en interne et en externe. En interne, la Case de santé de Toulouse a une culture particulière, l'autogestion : l'équipe n'est pas hiérarchisée, il n'y a pas de supérieur hiérarchique qui pose un cadre, nous mettons en œuvre une culture de responsabilité individuelle et collective. Chaque médiatrice s'évalue en solo et en groupe. C'est un collectif fort et interdépendant, avec une réunion d'équipe tous les jours, où l'on partage et analyse ensemble

les situations, et d'autres réunions hebdomadaires : les médiatrices en santé sont totalement parties prenantes de ces échanges. Elles n'ont d'ailleurs pas de file de patients qui leur sont réservés : elles peuvent être référentes mais elles travaillent toutes les situations en commun.

En externe, c'est une autre particularité de notre travail de médiation en santé : une équipe de recherche est associée à ce projet depuis cinq ans (voir l'interview de Nadine Haschar-Noé ci-après), nous l'avons intégrée de manière la plus ouverte possible, elle a produit un premier travail d'évaluation sur la dimension organisationnelle de la médiation en santé chez nous, ils ont réalisé des entretiens avec les professionnels de l'équipe, observé les ateliers collectifs, interviewé des personnes accompagnées. L'un des axes forts de leur recherche est d'analyser les trajectoires de vie des personnes pour repérer ce qu'elles ont pu acquérir grâce à la médiation et l'accompagnement global de la Case de santé via les ateliers collectifs, repérer et objectiver ce qui bouge dans leur vie, leur choix face à leur santé, l'amélioration de leur niveau de littératie c'est-à-dire voir ce qu'elles gagnent en capacité pour accéder aux informations, se les approprier et construire des décisions.

S. A. : Comment les médiatrices en santé sont-elles formées ?

F. M. : Nous avons travaillé pendant cinq ans dans le cadre de cette expérimentation sur un programme de formation professionnelle, et nous avons en 2021 pu en faire bénéficier nos cinq médiatrices. Nous sommes des artisans et sommes partis du constat qu'il n'y avait pas d'offre de formation suffisamment adaptée aux caractéristiques socio-démographiques du territoire de ces quartiers populaires de Toulouse. Certes, de nombreuses formations en médiation sociale et interculturelle existent, ainsi que des diplômes universitaires comme celui d'Avicenne, mais tous les médiateurs en santé ne vont pas aller à l'université parce qu'une partie d'entre eux sont des médiateurs pairs qui ont une autre

trajectoire et ont acquis leurs compétences par l'expérience, le terrain, leur propre vécu.

À la Case de santé, nous constatons que ces médiateurs pairs apportent beaucoup et nous leur proposons de se professionnaliser à partir de leurs propres parcours et compétences déjà acquises. Sur les cinq, deux sont des médiatrices paires et les trois autres sont des professionnels de santé ou du social qui se sont réorientés – une infirmière, une psychologue et une intervenante sociale – vers ce nouveau métier que constitue la médiation en santé. Le contenu de la formation inclut fortement le positionnement et le périmètre des missions, il a été élaboré non pas de manière académique mais de façon empirique : en faisant des allers-retours entre le terrain et les temps de formation, nous avons identifié les thématiques et les contenus incontournables et prioritaires à nos yeux. La formation est étalée sur deux mois en vingt-quatre demi-journées.

S. A. : Quels sont les profils de vos médiatrices de santé paires ?

F. M. : Singuliers. L'une est une enfant d'immigrés qui connaît bien les quartiers populaires, a fait des études universitaires, est entrée dans l'équipe du centre de santé comme remplaçante sur la fonction d'accueil ; rapidement, nous avons observé et repéré sa capacité de médiation en santé. L'autre est une femme immigrée qui a un parcours de santé très riche, qui a elle-même été prise en charge et accompagnée par la Case de santé, et dont nous avons repéré rapidement les compétences lors des ateliers collectifs, dont sa capacité à partager son parcours et à créer des interactions. Dans un premier temps, nous lui avons proposé d'animer des ateliers collectifs sur les déterminants de la santé et les conditions de vie. Elle a aussi été fortement encouragée à devenir médiatrice par l'ensemble des femmes, son recrutement et sa prise de poste sont donc un aboutissement naturel à la valorisation de ses compétences. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

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.ices 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.

« La médiation, interface entre soignants et patients, garantit une meilleure prise en charge médicale et une meilleure prévention en santé sexuelle »

Entretien avec Sié Dionou,

médiateur de santé publique spécialisé en pédagogie de la santé, Corevih d'Île-de-France, AP-HP, services « Maladies infectieuses » (Pitié-Salpêtrière, Tenon, Saint-Antoine et Trousseau).

La Santé en action : Quel parcours vous a amené à exercer cette fonction de médiateur de santé publique au sein du Corevih d'Île-de-France et dans les services maladies infectieuses de quatre hôpitaux parisiens ?

Sié Dionou : Je suis originaire du Burkina Faso, où j'étais infirmier spécialisé dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du VIH. Au début des années 2000, j'ai intégré un centre de traitement ambulatoire au Burkina Faso soutenu par l'hôpital de la Croix-Rouge française, pour animer des programmes d'éducation thérapeutique, ce qui m'a fait voyager dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique francophone. En 2007, j'ai souhaité approfondir mes connaissances en éducation à la santé, en suivant un cursus de Master en santé publique de l'université Paris 13. Celui-ci m'a amené à faire un stage dans le service de médecine interne de la Pitié-Salpêtrière, où étaient traitées des personnes atteintes du VIH et d'hépatites virales. Les soignants rencontraient des difficultés avec les malades originaires d'Afrique

subsaharienne. Avec l'assistante sociale, je me suis mis spontanément à les aider avec ces populations, pour qu'elles comprennent la maladie, la nécessité d'un traitement, la manière de le prendre, etc. Et ce, malgré leurs croyances culturelles et personnelles, qui pouvaient les rendre rétives. Quand je suis parti à la fin de mon stage, le service a été de nouveau confronté au même problème. Les soignants se sont dit qu'une médiation entre eux et les patients était incontournable. Sauf que le métier de médiateur en santé n'existe pas dans la nomenclature de l'hôpital !

S. A. : Comment cette fonction de médiateur a-t-elle fini par trouver sa place et son financement ? Quel est l'intérêt pour les services hospitaliers ?

S. D. : Dans un premier temps, une subvention de Sidaction a permis de pérenniser mon poste pendant deux ans. Ensuite, le Corevih Île-de-France a pris le relais. J'ai accompagné l'équipe chargée du programme de dépistage gratuit du sida, qui allait vers les populations dans les foyers de migrants. Ayant réussi ce parcours clinique à l'hôpital, je pouvais les aider dans cette démarche, en opérant d'une autre manière pour qu'elle soit mieux acceptée : présenter le projet aux gestionnaires des foyers, rencontrer et écouter les délégués des résidents qui se sentaient stigmatisés par le lien immigrés-populations à

L'ESSENTIEL

▣ **Originaire du Burkina Faso, infirmier, Sié Dionou est médiateur en santé dans quatre hôpitaux parisiens. Avec l'assistante sociale, il aide les patients à se faire comprendre des soignants... et les soignants à prendre en compte les patients étrangers avec leurs spécificités culturelles. Du côté des soignés, les retours sont positifs : « Enfin, on prend en compte notre culture dans la prise en charge médicale. » Du côté des équipes médicales, il observe un changement dans la pratique professionnelle, avec davantage d'écoute et d'attention à l'importance des représentations culturelles.**

risque de VIH, alors qu'ils sont confrontés à d'autres pathologies (diabète, hypertension, surpoids...), etc. Ceci a permis de faire évoluer le projet vers une approche de santé globale.

Aujourd'hui, mon poste est pris en charge par le Corevih d'Île-de-France et l'association SOS Hépatite. Je me rends une journée par semaine dans chacun des services de maladies infectieuses de Tenon, la Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine et Trousseau, pour les enfants contaminés par le VIH. Ces services me font intervenir, car la médiation, cette interface entre soignants et patients, garantit une meilleure prise en charge médicale et une meilleure prévention grâce à

la compréhension des croyances et représentations des patients qui font parfois obstacle.

S. A. : De quelle façon intervenez-vous concrètement ?

S. D. : Il y a deux possibilités : la consultation conjointe patient-soignant-médiateur ou la consultation patient-médiateur. Pour la première, si elle est à l'initiative d'un soignant, il faut l'accord du malade. Pour la seconde, les soignants ont accès à mon agenda et proposent au patient un rendez-vous dans ma plage de consultation, souvent parce qu'ils constatent des problèmes dans la prise du traitement. Pour l'une comme l'autre, mon travail consiste à cerner les besoins de la personne et évaluer ses difficultés, en l'écoutant et en lui permettant d'exprimer ses émotions. Dans quelle mesure ses croyances religieuses ou sa culture sont-ils un frein au traitement ? Son entourage, est-il au courant de sa maladie ? Quelles sont les difficultés sociales qui l'empêchent de venir à un rendez-vous médical ou de prendre un médicament ?

Ces consultations sont aussi l'occasion d'expliquer comment se déroule la prise en charge médicale ici en France, qui n'est pas la même que dans les pays dont viennent les migrants. Mais aussi comment dire sa maladie à son conjoint, la partager avec son entourage et la vivre au quotidien... Cette médiation permet d'élaborer avec l'infirmier qui fait de l'éducation thérapeutique un programme adapté à la vie du patient intégrant ses représentations culturelles, mais aussi les contraintes de sa vie de tous les jours. Par exemple, on peut proposer un régime alimentaire équilibré pour quelqu'un qui fait ses courses dans les épiceries des quartiers de Barbès et Château Rouge, à Paris, où l'on trouve les denrées de son pays d'origine.

S. A. : Qu'apportez-vous précisément à la relation soigné/soignant ? Quel est le retour des patients sur votre médiation ? Et qu'en retire le personnel médical qui y fait appel ?

S. D. : Tout d'abord, restons modeste ! La médiation ne résout pas tout. Et tous les malades n'ont

pas besoin de médiation. J'ai le souvenir d'une patiente qui, lorsque je l'ai reçue en consultation, s'exprimait ainsi : « *Mon médecin me réduit à une charge virale ; il ne s'intéresse pas à ma vie.* » Celui-ci s'inquiétait d'un niveau qui ne baissait pas, malgré un traitement prescrit depuis plusieurs années. Je lui ai fait part du sentiment de Mme Y. et, à la consultation suivante, ce médecin a pris le temps de l'écouter sur la façon dont elle avait contracté le VIH ; elle a pu lui dire ses difficultés quotidiennes. Quelques mois plus tard, sa charge virale est devenue indétectable. « *Quelle magie !* », m'a dit le médecin. Or, il n'y a pas de « magie » ! Mon intervention a permis de créer cette alliance thérapeutique, qui repose sur l'établissement de la confiance et qui ouvre la voie à une meilleure observance des traitements.

Du côté des soignés, les retours sont positifs. « *Enfin, on prend en compte notre culture dans la prise en charge médicale* », me disait récemment une femme originaire du Cameroun. Du côté des équipes médicales, j'observe un changement dans la pratique professionnelle, avec davantage d'écoute et d'attention à l'importance des représentations culturelles. Au début, il pouvait y avoir des attitudes un peu condescendantes : « *Il sait qu'il a le VIH ; il n'a qu'à prendre ses médicaments.* » Maintenant, la vie personnelle de chacun est davantage prise en compte : par exemple, si le conjoint n'est pas au courant de votre pathologie, il est plus compliqué de prendre un traitement régulièrement.

La position de médiateur n'est pas toujours simple. D'un côté, le corps médical se plaint : « *Vos compatriotes ne viennent pas aux rendez-vous. Ou ils n'arrivent pas à l'heure...* » De l'autre, les patients se réjouissent : « *Enfin un Noir ! On va enfin nous considérer et arrêter de nous engueuler.* » Mais ma fonction m'impose d'être impartial. Je dis aux malades : « *Si vous avez un empêchement pour vous rendre à la consultation, il faut prévenir le service.* » La médiation sert aussi à fluidifier l'organisation des soins.

S. A. : Votre travail de médiateur a-t-il fait l'objet d'une évaluation ? Si oui, quels ont été ses résultats ?

S. D. : Une analyse des données conduite par une unité de la Pitié-Salpêtrière a porté sur 210 malades pris en charge pendant trois ans : Il en résulte que sur ce laps de temps, la charge virale de ces patients s'est améliorée suite à la mise en place de la médiation¹. Bien entendu, il faut être prudent, car de multiples facteurs sont en jeu. Une évaluation réalisée en 2013 auprès de 41 patients a par ailleurs montré une diminution des consultations d'urgence, passant de 278 en 2009 à 178 en 2010, ainsi qu'une baisse des jours d'hospitalisation de 16 à 6. De même, les rendez-vous manqués non excusés ont diminué. Cette évaluation a aussi permis de montrer les apports de la médiation sur certains indicateurs : les connaissances acquises sur la maladie, une amélioration de la compréhension du vocabulaire médical, le traitement, le système de soin ; la communication qui s'améliore avec l'équipe médicale, mais aussi le conjoint et la famille. Il y a en outre des progrès pour la qualité de vie : moins de douleur, plus de vitalité, une meilleure santé psychique, des relations avec l'entourage plus sereines, etc.

S. A. : Selon vous, que faudrait-il faire pour améliorer la médiation en santé en France ?

S. D. : La question la plus importante me semble porter sur la reconnaissance du métier. Imaginez qu'aujourd'hui, ma fonction est... ingénieur d'études hospitalières ! Cette reconnaissance doit s'appuyer sur une véritable appellation dans la classification des métiers du soin et sur un diplôme spécifique. D'autre part, il faudrait sans doute davantage sensibiliser les équipes médicales aux apports de la médiation. Personnellement, j'ai eu la chance d'être accepté dans un service qui avait un besoin et qui a vu une opportunité dans mes compétences. Ce n'est pas forcément le cas partout. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Le pourcentage de patients ayant une charge virale inférieure à 50 est passé de 53 % en 2009, à 71 % en 2010.

« Le médiateur en santé pair partage la même expérience que le malade »

Entretien avec Olivia Gross,

Maîtresse de conférence et titulaire de la Chaire de Recherche sur l'Engagement des patients (Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé-UR3412) Responsable de la licence 3 Sciences Sanitaires et Sociales, parcours « médiateurs de santé pairs » Université Sorbonne Paris Nord

La Santé en action : Avant de devenir chercheuse, vous étiez « patiente experte » et représentante des usagers. En quoi cette expérience influence-t-elle le regard que vous portez sur la médiation en santé ?

Olivia Gross : Ma vision du système de santé est enrichie par cette double appartenance. Pendant plusieurs années, j'ai été présidente d'une association regroupant des personnes ayant une maladie rare, la Fédération des maladies orphelines. J'y ai été très engagée, car il fallait des intermédiaires pour se faire entendre des pouvoirs publics et repenser l'organisation du système de soin. Depuis 2016, je suis mandatée par l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France pour représenter les usagers dans un hôpital. La recherche m'est apparue comme un autre moyen d'agir, avec le cadre, les outils et la rigueur universitaires ; elle mobilise d'autres compétences, mais mon objectif reste d'améliorer les parcours de soins des malades et de leurs proches.

J'ai pu entendre des critiques sur cette double expérience – qui est la mienne –, dont on dit qu'elle « biaiserait » mon regard. Mais le rapport au monde est pour chacun d'entre nous singulier. Et mon regard n'est pas plus biaisé que celui des acteurs de santé

qui voient les choses avec leur culture professionnelle, l'expérience de leur parcours de formation, etc.

À mes yeux, il est au contraire utile de réunir des personnes aux visions différentes, sans privilégier un prisme particulier, pour permettre une lecture globale des situations. La médiation en santé, justement, le permet, en ce sens qu'elle aussi vise à élargir les perspectives et à améliorer les parcours.

S. A. : Comment définissez-vous la médiation en santé ?

O. G. : Il est nécessaire de créer des ponts entre, d'un côté, l'offre de soins, et de l'autre, les attentes et besoins des patients. Certains acteurs sont plus susceptibles que d'autres de parvenir à le faire, dont le médiateur en santé. Ce dernier agit comme un navigateur ; il permet aux personnes les plus en difficulté, celles qui renoncent aux soins, que ce soit pour cause d'ignorance ou pour des raisons culturelles ou psychologiques (par exemple, à l'occasion d'un traumatisme provoqué par de précédents soins), d'exprimer leurs besoins et leurs attentes. Il leur permet d'accéder aux ressources en santé, en commençant par faire valoir leurs droits.

S. A. : Comment définissez-vous le « médiateur en santé pair » ?

O. G. : D'emblée, il est effectivement important de clarifier les deux catégories existantes de médiateurs pairs, car ils n'ont pas les mêmes missions et modalités d'intervention. En clair, ils n'interviennent pas tout à fait aux mêmes étapes du parcours de soin.

Le « médiateur en santé » au sens large, qui est l'objet de ma contribution ici, renvoie à la médiation en

L'ESSENTIEL

Olivia Gross analyse ici le métier de « médiateur en santé pair » qui travaille en psychiatrie dans les services de santé avec les équipes soignantes. Elle souligne ce qu'apporte ce médiateur : il agit pour faciliter le rétablissement des personnes accompagnées, « grâce au partage d'une même expérience », laquelle permet « une proximité, un lien, une sensibilité à l'autre qui fait qu'on le comprend mieux ». Elle décrypte aussi les obstacles au recours à ce type de médiateurs, qui souffrent d'un manque de reconnaissance, et le paradoxe de vouloir évaluer l'efficacité de ces médiateurs en santé pair avec des outils quantitatifs qui ne sont pas adaptés.

santé telle que définie par la Haute Autorité de santé (HAS). La plupart du temps, il agit soit en amont, soit en aval du système de santé. Quand il est en amont, il est dans une posture « d'aller-vers » pour toucher les personnes éloignées du système, leur donner des informations par rapport à leurs droits, les accompagner aux guichets, etc. Quand il est en aval, il accompagne les personnes vers des ressources. Il peut aussi avoir d'autres missions, comme identifier les difficultés des personnes et les partager avec ceux qui le mandatent. Quand il s'agit d'un pair, il dispose d'une corde supplémentaire à son arc, car il présente une ou des similitudes avec la personne accompagnée. Ces similitudes peuvent être culturelles, ethniques, religieuses, géographiques ou médicales (quand on partage la même pathologie). Il semble d'ailleurs

que les similitudes comme l'origine ethnique ou la culture jouent un rôle plus important. La confiance est plus facile à établir quand on possède les mêmes codes.

S. A. : À ne pas confondre donc avec l'autre catégorie de médiateurs, les « médiateurs de santé pair » ?

O. G. : Exactement : le « médiateur de santé pair » (MSP), tel qu'on l'observe dans le champ de la santé mentale, est en quelque sorte une autre « appellation contrôlée », un statut qui provient d'un programme initié par le Centre collaborateur de l'OMS pour la psychiatrie (CCOMS). Cela désigne les travailleurs pairs dans le champ de la santé mentale. Nous en formons 35 par an, au niveau Licence. Ils sont recrutés dans les équipes de soins pour accompagner leurs pairs, et leur formation se déroule en alternance, ce qui permet de faire des allers-retours entre la théorie et la pratique. Ils travaillent dans les services de soins ou d'accompagnement, où ils complètent ces accompagnements à partir de leurs compétences propres. Ils vont s'appuyer sur les forces des patients, dans l'objectif de développer leur pouvoir d'agir et leur rétablissement. De plus, le partage de leur propre expérience occupe une place importante, ce qui est sans doute moins le cas que pour le médiateur en santé pair. Mais surtout, on ne trouve le médiateur de santé pair qu'en psychiatrie, et on est dans le cadre de la pair-aidance.

S. A. : Ces deux types de médiateurs ont donc en commun le fait d'avoir vécu des situations similaires à celles des personnes qu'ils accompagnent ?

O. G. : Effectivement, au-delà de leurs missions spécifiques, il est important de souligner que pour ces deux catégories, la proximité créée par le travailleur pair est sans équivalent dans le système de santé. C'est un mouvement que l'on fait spontanément dans notre vie quotidienne : lorsque nous rencontrons des difficultés, nous nous tournons vers des proches qui ont traversé la même chose, parce que l'on recherche leur expérience. Dans les associations, les « pairs aidants » existent depuis plusieurs années. Dans les pays en

voie de développement, les agents de santé communautaires jouent ce rôle de médiation en santé, et la plupart du temps, ce sont des pairs. C'est ce type de levier que l'on mobilise aujourd'hui au sein du système de santé et que l'on essaie d'articuler avec les autres pratiques professionnelles.

S. A. : Vous plaidez pour une reconnaissance du médiateur de santé pair (MSP), dont vous avez écrit qu'il n'était « ni un mirage, ni un poison ». Pour quelles raisons ?

O. G. : Cet article répondait à un psychiatre, un détracteur des MSP qui considère que la pair-aidance bénévole est une bonne chose, mais qui en critique sa professionnalisation. Or, la professionnalisation est la garantie du professionnalisme. De plus, intégrés à un service, les MSP doivent se plier à une déontologie d'équipe, comprendre la posture des uns et des autres et articuler leur action avec celle des soignants. Cette éthique de l'interstice, nous la travaillons en formation. Enfin, cela permet d'installer la pair-aidance durablement.

D'aucuns rétorquent que, à trop former les pairs, ceux-ci vont perdre leur singularité. Je ne peux entendre cette crainte. Ce n'est pas ce qui se passe dans les cursus universitaires, qui mettent à disposition des ressources et où l'on apprend à complexifier sa pensée. La formation, ça émancipe, ça n'enferme pas ! D'autre part, comme c'est un métier en création, les pratiques ne sont pas encore stabilisées ; on est donc loin du formatage. De plus, il n'y a pas d'équivalent ailleurs. Depuis quand préfère-t-on avoir des acteurs non formés dans le système de santé ?

S. A. : Au regard de l'évaluation que vous avez menée et publiée dans une revue scientifique, comment mesurer les résultats de la médiation en santé et son impact auprès des bénéficiaires ?

O. G. : Cette recherche portait sur une politique publique spécifique ; il s'agissait d'évaluer l'accompagnement à l'autonomie en santé. D'ailleurs, à cette occasion, j'ai réalisé qu'il était

difficile d'évaluer les interventions complexes. Il y a peu d'évaluations sur la médiation en santé – pair ou pas. Aux États-Unis, les études réalisées sur les médiateurs de santé pairs (MSP) ont démontré la réduction du nombre d'hospitalisations et celle de la durée d'hospitalisation. Mais je m'interroge... est-ce que tous les métiers sont soumis à de telles évaluations ? Est-ce que tous les acteurs du soin ont été évalués sur leurs résultats ? Non. Et l'on voudrait que ce soit le cas pour les médiateurs en santé. Ce sujet est complexe. Chaque patient est accompagné individuellement, mais il y a des effets systémiques dans l'action d'une équipe soignante. Un parcours de soins réussit à des raisons plurifactorielles. Et puis, un recours aux soins qui augmente, est-ce un indicateur positif ou négatif ? Dans le cas d'une personne éloignée du système de santé, c'est une bonne chose qu'elle recoure davantage aux soins.

Dans cette question d'évaluation, il me semble que nous devrions accorder davantage d'attention à la notion de « valeur d'usage ». Autrement dit, si un malade a bénéficié de l'appui d'un médiateur de santé ou en santé une première fois et qu'il redemande son intervention, cela en montre l'utilité. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, cette valeur d'usage n'est pas assez prise en compte. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

Gross O. Les défis associés à la fonction de médiateur de santé : enjeux pour leur formation initiale et continue. *Les Cahiers de Rhizome*, n° 75-76, 2020 : p. 164-173. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2020-1-page-164.htm>

Consultation transculturelle : « Bâtir des ponts entre les langues et cultures d'origine pour la prise en charge la plus adaptée de l'enfant »

Entretien avec Amalini Simon,

psychologue, intervenante au sein de deux consultations cliniques transculturelles, Maison de Solenn de l'hôpital Cochin (Paris), hôpital Avicenne (Bobigny).

La Santé en action : **Vous travaillez au sein d'équipes intégrant la médiation dite transculturelle. Pouvez-vous définir cette approche clinique ?**

Amalini Simon : La consultation transculturelle est une intervention en « deuxième intention », qui n'est pas sectorisée. C'est-à-dire que toute équipe soignante en France rencontrant des difficultés à progresser avec un patient originaire d'un autre pays, qu'il soit enfant, adolescent ou adulte, peut y avoir recours. Cette consultation a pour but d'aider les soignants et les familles concernées. Par exemple, que ce soit pour un enfant autiste ou souffrant de dépression, il est nécessaire d'abord de travailler avec la famille à l'aide d'un interprète pour comprendre ce qui se passe et permettre à l'équipe soignante de faire l'évaluation et d'établir un diagnostic si besoin. Quand l'équipe soignante constate un blocage, une difficulté à comprendre les représentations ou la situation familiale, elle peut alors faire appel à la consultation transculturelle.

Cette consultation se déroule d'une façon particulière, puisqu'elle fait intervenir un groupe de professionnels : psychologues, psychiatres,

infirmiers, éducateurs spécialisés, traducteurs, médiateurs culturels. Un thérapeute principal mène l'entretien, avec le patient, sa famille et la première équipe soignante, donnant tour à tour la parole aux co-thérapeutes, afin que chacun exprime sa perception de la situation à partir de son champ disciplinaire et culturel. En pédiatrie, la présence de la famille est un élément essentiel, puisque les parents, même démunis par rapport à la souffrance de leur enfant ou adolescent, ont des connaissances. La notion de groupe est aussi importante, car dans de nombreuses cultures, l'enfant malade n'est pas seulement l'affaire ou la responsabilité de la famille, mais aussi du village.

S. A. : **Quelles sont les principales finalités de la consultation transculturelle ?**

A. S. : Le but de cette intervention est de construire un récit commun, « understandable » par tous les acteurs réunis dans le cercle de l'entretien. Il s'agit de bâtir des ponts entre les langues, la culture d'origine et la culture française, entre le monde de la maison, de l'école, du soin, etc. Je pense à un adolescent souffrant de violentes crises d'épilepsie entraînant des troubles neurologiques importants. La famille, parce qu'elle avait « réussi », pensait qu'il était victime de la jalousie des proches restés au pays. Selon elle, contre ce « mauvais

L'ESSENTIEL

▣ **La psychologue Amalini Simon analyse la consultation transculturelle qui inclut plusieurs niveaux de médiation : l'un avec l'interprète, lorsque le patient et ses proches ne maîtrisent pas suffisamment le français pour s'exprimer précisément dans cette langue, le deuxième entre l'équipe soignante et le patient ainsi que son entourage, le troisième entre les membres de la famille, au sein du couple, entre parents et enfants, etc. Enfin, il y a la médiation culturelle, entre la culture d'origine et la culture française.**

œil », il fallait faire des prières et des offrandes. Entre le point de vue des médecins, qui veulent un traitement médical adapté à ce type d'épilepsie, et celui de la famille, tournée vers ses traditions, il n'y a pas d'incompatibilité. L'un n'exclut pas l'autre et l'essentiel est de proposer une démarche de soin cohérente pour le patient.

S. A. : **Quelle est la place de la médiation en santé dans votre activité professionnelle quotidienne ? Vous considérez-vous comme une « médiatrice » et, si oui, entre qui et qui ?**

A. S. : Dans la consultation transculturelle, je vois plusieurs niveaux de médiation. Il y a celle avec l'interprète,



lorsque le patient et ses proches ne maîtrisent pas suffisamment le français pour s'exprimer précisément dans cette langue. Il y a celle entre l'équipe soignante et le patient, ainsi que son entourage. Et puis celle entre les membres de la famille, au sein du couple, entre parents et enfant, etc. Enfin, il y a la médiation culturelle entre la culture d'origine et la culture française. Dans toutes les cultures, le passage de l'adolescence à l'âge adulte est important, mais le concept d'adolescence n'est pas universel. De même, les représentations de la parentalité diffèrent. Partout dans le monde, les PARENTS aiment et veulent protéger leur enfant, certes ; mais, si en Europe, regarder son bébé est fondamental, dans d'autres cultures, c'est la façon dont on le porte ou le touche qui prime.

Dans la consultation transculturelle, le thérapeute principal est un peu le chef d'orchestre de ces différents niveaux de médiation. Quand j'occupe cette place, je suis la médiatrice qui permet le bon déroulement de l'entretien avec toutes les parties impliquées, ouvrant la voie vers une prise en charge psychologique et médicale adaptée. Comme je suis d'origine tamoul et que je parle cette langue, il

m'arrive aussi d'être médiatrice culturelle lorsque nous recevons des personnes venant d'Inde ou du Sri Lanka.

S. A. : *Au-delà du transculturel, qu'apporte la médiation thérapeutique en pédopsychiatrie ?*

A. S. : C'est un outil intéressant à utiliser avec les enfants et les adolescents en souffrance, qui ont des difficultés à mettre des mots sur leurs maux : les images, les dessins, les chants et les contes deviennent des supports à l'expression pour faire jaillir la parole. Cette médiation leur permet de parler d'eux indirectement. Je pense à l'exemple d'une adolescente diabétique. Dans sa tête, elle comprenait l'importance de se soigner – mesurer sa glycémie, prendre de l'insuline – mais dans son cœur, elle vivait mal de ne pouvoir vivre comme tout le monde. Il lui fallait faire un chemin pour s'accepter et trouver sa place.

S. A. : *Quelle posture éthique est requise pour les professionnels qui pratiquent la médiation transculturelle en santé ?*

Pour votre part, sur quelles exigences êtes-vous intransigeante ?

A. S. : La pluridisciplinarité me paraît incontournable, chaque métier apportant sa propre vision des choses sur une situation particulière. Donner la parole aux parents me paraît tout autant capital. La souffrance d'un enfant ne sort pas de nulle part !

Au-delà des pratiques collectives, la pratique individuelle doit faire place à la bienveillance, à l'écoute, à l'hospitalité. C'est une posture éthique qui relève du savoir-être. Ce sont des exigences que chaque rencontre avec un nouveau patient questionne, dans une sorte de travail intérieur continu. S'il est difficile de se « former » à être bienveillant, il est possible de travailler sur les savoir-faire : comment inter-réagir avec un interprète – ce tiers dans la relation thérapeutique à qui il faut apprendre à faire confiance – comment donner une place aux parents, etc. De nombreux séminaires ou formations existent, destinés à tous publics : éducateurs, médecins, enseignants, etc., tel celui-ci, intitulé « Pratiques avec les familles dans le cadre de la

protection de l'enfance. Approche transculturelle »¹ pour les professionnels de l'aide à l'enfance, ou celui-ci : « Approche transculturelle de la maladie. La médiation transculturelle dans la pratique du soin »².

S. A. : *Quelles propositions feriez-vous pour améliorer la médiation en santé dans le champ interculturel de la prise en charge psychologique ou psychiatrique ?*

A. S. : La formation me semble être un volet à développer³. Un très bon professionnel qui s'adresse à un enfant en difficulté en lui disant « Regarde-moi », alors que dans la culture de celui-ci, cela ne se fait pas de fixer quelqu'un dans les yeux, n'est pas « malveillant » ; c'est juste qu'il ne sait pas. De même, il me semble indispensable d'avoir davantage de moyens financiers pour l'interprétariat.

Un élément me tient à cœur : je trouve qu'il y a un manque global de « supervision » ou d'analyse de la pratique, ce temps qui permet aux soignants de prendre du recul et de s'interroger sur leur pratique, ceci afin de se repositionner et de s'ajuster. De plus, la crise sanitaire de la Covid-19 a entraîné un grand mal-être chez les enfants et les adolescents⁴. C'est assez lourd. Pour un professionnel, disposer d'un espace pour parler avec un autre professionnel que l'on ne connaît pas, à raison d'une heure et demie tous les deux mois, serait une avancée. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Maison de Solenn, *Centre Babel*. Consulter en ligne : <http://www.mda.aphp.fr/reseau/quel-reseau/centre-babel/>

2. Centre Babel. *Approche transculturelle de la maladie – La médiation transculturelle dans la pratique du soin*. Consulter en ligne : https://www.transculturel.eu/Approche-transculturelle-de-la-maladie-La-mediation-transculturelle-dans-la-pratique-du-soin_a431.html

3. Parmi les ressources pour se former à l'approche culturelle de la médiation en santé : https://odf.paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STs/du-mediations-en-sante-approche-transculturelle-proces-sus-de-mediations-XUM4_121.html

4. Parmi les ressources sur la dégradation de la santé mentale des jeunes, voir sur le site internet de Santé publique France le lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>

Impact d'un dispositif de médiation transculturelle en pédiatrie hospitalière sur l'alliance thérapeutique et coûts de santé

Serge Bouznah,
médecin de santé publique,
directeur du centre Babel de Paris,
Dr Jonathan Lachal,
Maître de conférence universitaire,
praticien hospitalier MCU-PH,
pédopsychiatre,
université Clermont Auvergne,
CHU Clermont-Ferrand et CESP-
Inserm 1018.

Les migrants confrontés aux maladies chroniques payent un lourd tribut : retards de dépistage ou de prise en charge, difficultés d'accès aux soins, problèmes de communication liés à la langue ou à la distance culturelle, discrimination... Les situations de blocage du soin sont fréquentes et elles mettent en péril le pronostic vital des patients.

Pour lutter contre cela, un dispositif de médiation transculturelle a été mis en place dans le cadre associatif depuis 1998 dans les hôpitaux d'Île-de-France. La médiation transculturelle est sollicitée par les médecins, pour des patients migrants ou leurs enfants, dans des situations où le projet de soin est gravement entravé par des malentendus culturels et où le pronostic vital est engagé.

La médiation transculturelle est un dispositif original et unique sur le plan international qui associe un médiateur-interprète et un médecin-animateur formés à la clinique transculturelle, permettant ainsi un double lien vers la culture d'origine du patient et vers la culture médicale de l'équipe de soin. Elle est modulable et s'adapte à des situations cliniques très diverses, pédiatriques ou adultes, aiguës ou chroniques.

Le dispositif proposé en pédiatrie dans le cadre d'une convention entre le centre Babel et l'hôpital Necker a

pour objectifs de rendre les parents concernés actifs dans la prise en charge médicale et de donner au médecin spécialiste hospitalier de nouveaux éléments de compréhension sur le sens donné à la maladie par les familles. La médiation transculturelle permet ainsi une meilleure adaptation du projet de soin et un renforcement de l'alliance thérapeutique.

Recherche évaluation sur la médiation transculturelle

Une recherche monocentrique évaluant la médiation transculturelle a mis en évidence son efficacité et son adaptabilité à des situations très diverses (VIH de l'enfant, leucémies, maladies métaboliques complexes, maladies neurodégénératives...). Sa méthodologie mixte associe à l'évaluation de critères cliniques une évaluation de l'impact sur les coûts de santé [1].

L'analyse médico-économique rétrospective (réalisée par l'équipe de l'unité de recherche clinique en économie de la santé de l'Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris dirigée par Isabelle Durand-Zaleski [1]) du parcours de 15 patients met en évidence une réduction très importante des coûts hospitaliers, en lien avec une diminution de la durée des hospitalisations et de nombreux passages en urgences évités.

L'analyse qualitative de neuf situations (réalisée par l'équipe du CESP-Inserm 1018, dirigée par Bruno Falissard [1]) met en évidence des bénéfices immédiats sur la relation thérapeutique, basés sur une amélioration de la compréhension et de l'écoute pour les soignants comme pour les familles, une amélioration de la confiance entre les acteurs en

L'ESSENTIEL

Un dispositif de médiation transculturelle a été mis en place dans les hôpitaux d'Île-de-France, associant un médiateur-interprète et un médecin-animateur. L'évaluation menée par des chercheurs a mis en évidence son efficacité et son adaptabilité. Elle souligne des bénéfices immédiats sur la relation thérapeutique, basés sur une amélioration de la compréhension et de l'écoute pour les soignants comme pour les familles, une amélioration de la confiance entre les acteurs en présence et la mise en place de négociations de compromis pour trouver une issue aux impasses de soins. Focus sur le dispositif en pédiatrie de l'hôpital Necker.

présence et la mise en place de négociations de compromis – respectueux des identités en présence – pour trouver une issue aux impasses de soins.

L'augmentation des flux migratoires a des conséquences importantes sur les systèmes de soins, qui doivent s'adapter. La médiation transculturelle répond à cet enjeu car elle est relativement simple à mettre en place et peu coûteuse au regard des économies de santé qu'elle permet. Elle peut s'adapter à de multiples contextes de soin. ■

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Lachal J., Escaich M., Bouznah S., Rousselle C., Lonlay P.-D., Canoui P., *et al.* Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ Open*, vol. 9, n° 11, 2019 : e032498.

L'interprète, médiateur : « Comprendre le médecin, exprimer ce que l'on ressent »

**Entretien avec
Aziz Tabouri,**

directeur de l'association ISM Interprétariat.

*La Santé en action : Comment
définissez-vous l'interprétariat ?*

Aziz Tabouri : Le recours à l'interprète permet de lever la barrière linguistique entre professionnels de santé et patients qui ne parlent pas la même langue. Il s'agit de comprendre les questions du médecin, de pouvoir exprimer précisément ce que l'on ressent. Le bénéfice est évident en termes de diagnostic posé, de compréhension d'un protocole et de bonne observance des prescriptions. C'est donc un outil de communication qui contribue à assurer le respect de la dignité, l'égalité des chances et la non-discrimination pour les malades non francophones. Dans le milieu médical, la traduction mot à mot n'est pas toujours possible, pour des raisons liées à la complexité du sujet médical abordé et au vocabulaire. Il s'agit souvent davantage d'expliquer que de traduire, par des périphrases ou par des images. En gynécologie, par exemple, se rajoutent les questions de la pudeur, de la gêne et des tabous. Souvent dans ce cas, l'interprète adéquate est une femme.

Par son intervention, l'interprète crée un climat de compréhension, étape préalable à l'établissement de la confiance. Sa connaissance fine des codes et différences culturelles favorise cette mise en confiance du patient et permet d'éviter les malentendus. En cela, il s'inscrit dans la médiation en santé : d'une part, il rapproche, démystifie, participe à la prévention et aux soins pour des personnes fragiles et, d'autre part, il aide les soignants à mieux comprendre certains freins et comportements. Bien souvent, la médiation en santé s'effectue au sein et avec une équipe soignante elle-même sensibilisée à cette question et au rôle de l'interprète. Évidemment, seuls des interprètes formés peuvent assurer un tel rôle.

L'interprétariat en santé revêt toujours une forme de « médiation ». Le contexte médical est par nature marqué par l'anxiété et l'angoisse de la maladie et de la mort, amplifiées par la barrière de la langue et de l'incompréhension (y compris d'ailleurs pour des francophones). L'interprète professionnel va alors rassurer les deux parties : par son savoir linguistique (il traduit et aide à communiquer), par sa connaissance du sujet médical (il comprend, explique), par son savoir culturel (il contextualise, décode, rend intelligible par un aller-retour entre le soignant et le patient dans un climat de confiance) et par sa présence, l'interprète rassure le patient dans sa solitude face à l'angoisse du diagnostic. Pour toutes ces raisons, l'interprète professionnel rapproche le soignant de son patient.

formé au métier d'interprétariat et ayant acquis des connaissances médicales. Il apporte la compétence, la distance, la neutralité. La compétence, c'est la fidélité et la précision de la traduction : les messages sont restitués dans l'intégralité du sens, sans addition, omission, distorsion. Ce qui n'est pas toujours le cas de l'assistance apportée par un autre tiers, comme un membre de la famille parlant français, un ami, ou un professionnel de santé bilingue. On évite ainsi les risques de censure des propos ou de confusion des rôles.

Par son travail, l'interprète offre une plus grande autonomie au patient non-francophone, en réduisant l'inégalité de rapport avec le professionnel de santé, ce dernier pouvant de son côté mieux remplir sa mission. De façon plus globale, la personne allophone (qui a une langue maternelle autre que le français, NDLR) est en mesure d'accéder à ses droits, elle gagne en pouvoir d'agir dans les démarches relatives à sa santé : elle peut exprimer sa douleur, poser des questions sur le diagnostic et les soins proposés, et ainsi donner son consentement éclairé.

Le métier d'interprète est encadré par des règles précises en matière de compétences, de déontologie et d'éthique (précision, neutralité, impartialité, confidentialité, secret médical et professionnel). Les obligations professionnelles de nos interprètes sont regroupées dans une « charte d'engagement qualité ISM » interne, annexée au contrat de travail de chacun.

S. A. : Qu'apporte le traducteur aux malades ?

A. T. : L'interprète ne maîtrise pas seulement la langue française et celle du patient. C'est un professionnel

S. A. : Dans quelles circonstances l'interprète est-il sollicité ?

A. T. : Les soignants des hôpitaux partenaires d'ISM peuvent solliciter notre association de façon simple

L'ESSENTIEL

► Dans une relation patient-soignant, l'interprète est, par définition, un médiateur en santé. Le recours à l'interprète permet de lever la barrière linguistique entre professionnels de santé et patients qui ne parlent pas la même langue. Aziz Tabouri plaide pour que les hôpitaux et les lieux de soins recourent systématiquement à des professionnels formés, et non pas à un proche ou membre de la famille qui n'a ni la distance nécessaire ni les compétences médicales. Il alerte aussi sur le recours à des interprètes non professionnels et non formés, une solution de facilité parce qu'à bas coût, mise en place au détriment du patient.

et directe par voie téléphonique. Les interprètes peuvent intervenir de trois manières : A distance, par téléphone, en direct, ou sur rendez-vous, et ceci 24 heures sur 24, dans un choix de 185 langues et dialectes. En présentiel, sur rendez-vous, en se déplaçant pour un entretien ou une consultation. Et enfin par visio-conférence, sur rendez-vous, procédé qui se développe dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19.

Les soignants apprécient de travailler avec les interprètes qui les aident à bien faire leur travail. Les interprètes sont considérés comme un « moyen » d'assurer des soins de qualité. Ils interviennent au plus près de ceux qui accueillent et soignent. Pour autant, il y a un grand besoin d'informer et de sensibiliser les soignants à la relation avec l'interprète, pour qu'ils ne s'inquiètent pas de certains apartés ou du temps que peut prendre une traduction.

S. A. : Comment sont formés les interprètes de votre association ?

A. T. : Nous les recrutons d'abord pour leurs compétences linguistiques et leur connaissance de la France. Une fois choisis, testés et recrutés, les interprètes suivent une période d'intégration et de tutorat assurée par des « tuteurs » plus expérimentés. Une formation de base complète leur est dispensée et permet d'acquérir les fondamentaux théoriques et pratiques du métier d'interprète de service public. Deux axes sont importants : les aspects techniques et éthiques de l'interprétariat en milieu médical et social, et les champs professionnels d'intervention (santé, droit d'asile, etc.)

Dans le domaine de la santé, les modules sont assurés par des professionnels reconnus : médecins, directeurs d'hôpitaux, membres du Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (Crips Île-de-France) Ces modules visent à permettre aux interprètes d'acquérir des connaissances médicales, de mieux appréhender certaines problématiques comme l'annonce d'une maladie, le suivi du traitement ou la prévention et de bien se positionner par rapport aux soignants et aux patients, ainsi qu'à

leur famille. Il y a aussi des formations sur différentes pathologies (diabète, IST, tuberculose, cancer...), sur la prévention en matière de santé sexuelle et sur la santé mentale. Ce cursus est complété par l'apport de connaissances sur notre environnement professionnel : les migrations, l'intégration, l'interculturalité.

S. A. : Constatez-vous une dévalorisation de la fonction d'interprète dans le milieu du soin ?

A. T. : Plus qu'une dévalorisation, il n'y a pas encore eu de réelle valorisation de ce métier, principalement par manque de connaissance et de reconnaissance de sa complexité, des multiples enjeux qui s'y jouent (linguistiques, éthiques, techniques, culturels...) et des nombreuses compétences nécessaires pour l'exercer. Notre association est fondatrice de ce métier dans le secteur médico-social. Depuis 2012, en association avec l'université Paris-VII, un diplôme universitaire existe, validant une centaine d'heures de formation dans l'année pour cette formation d'interprète dans le milieu de soins. D'autres facultés en proposent, mais il n'y a pas de titre au niveau national.

C'est assez paradoxal, puisqu'il y a eu en la matière des avancées législatives, notamment grâce à la loi Touraine de 2016. La Haute Autorité de santé a publié un référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques pour l'interprétariat dans le champ de la santé. Le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) de 2019 souligne que les moyens financiers investis dans la traduction sont des dépenses utiles et recommande que soit généralisé le recours à des « interprètes-médiateurs en santé ». Les besoins sont identifiés, le corps médical y est favorable : désormais, la balle est dans le camp des pouvoirs publics, en particulier pour mettre en œuvre un service national d'interprétariat, tel que préconisé par l'IGAS.

S. A. : Les besoins en interprétariat sont-ils suffisamment couverts aujourd'hui ?

A. T. : Clairement, non. Dans le rapport de l'IGAS, réalisé à la demande du ministère de la Santé, il est précisé

qu'en comparaison avec d'autres pays « la France est en retrait en matière de recours à des interprètes professionnels, tant du point de vue du droit que de la pratique ».

Depuis quelque temps, nous assistons à l'émergence de prestataires d'interprétariat *low cost* avec des entreprises privées type « plateforme numérique », qui cassent les prix et n'ont aucune démarche qualité, ni envers leurs « clients », ni envers les patients non francophones, ni même envers les interprètes. Ces derniers ne sont ni salariés, ni formés, ni accompagnés. Des structures hospitalières qui passent des appels d'offres sont tentées par la recherche des prix les plus bas ; certaines ont essayé mais ont ensuite arrêté.

Toutefois, des progrès dans l'accès à l'interprétariat professionnel ont été réalisés et doivent être mentionnés. C'est le cas de l'initiative de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, qui soutient un dispositif de médiation destiné aux professionnels de santé libéraux (médecins, sages-femmes, etc.).

En conclusion, le Code de la santé publique inscrit l'obligation de respecter le secret médical et de préserver les informations concernant le patient. Ceci suppose le recours à des interprètes professionnels quand le patient ne parle pas le français. Il en est de même du recueil du consentement libre et éclairé du patient (article L1111-4 du Code de la santé publique). On peut également rappeler l'obligation de donner au patient une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'on lui propose, et l'obligation de veiller à la compréhension des explications données. Le même Code de la santé publique valorise « l'interprétariat linguistique comme outil d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les personnes éloignées des systèmes de santé ». L'ensemble de ces principes doit être respecté dans la pratique de l'interprétariat professionnel. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Nîmes : des médiatrices en santé accompagnent les personnes les plus éloignées du système de soins

Entretien avec Souria Moussaoui, médiatrice santé,
Julie Alborghetti, directrice du développement, Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard.

La Santé en action : Quelles sont les missions des médiatrices en santé ?

Julie Alborghetti : Depuis 2016, le Comité d'éducation pour la santé du Gard (Codes 30) déploie sur le quartier de Pissevin-Valdegour à Nîmes une mission de médiation en santé. Ce quartier compte plus de 10 000 habitants.¹ En 2015, un diagnostic local en santé réalisé par l'agence régionale de santé (ARS) avait fait émerger d'importantes difficultés d'accès à la santé, notamment un moindre recours aux soins de prévention, un moindre recours aux soins de spécialité et des ruptures dans les parcours de soins. Il avait identifié des besoins importants d'accompagnement et de soutien.

C'est sur la base de ces constats et en liens étroits avec l'ensemble des partenaires du contrat de ville que l'expérimentation s'est mise en place. La mission est assurée par une médiatrice santé salariée sous le statut d'adulte-relais. Une fiche de poste a été réalisée en partenariat avec la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) du Gard et validée par le Préfet de département. Les trois grands objectifs de la médiation en santé sont d'« améliorer l'accès aux droits, aux soins, à la prévention ; de faciliter les relations des usagers et les professionnels ; d'accroître les capacités d'agir et l'autonomie des personnes. »

La mission s'est progressivement étendue et nous avons actuellement trois médiatrices en santé : sur Nîmes-Ouest (Pissevin-Valdegour), Nîmes-Est (Chemin-bas d'Avignon et Mas de Mingue) et sur la ville de Beaucaire. Le Codes 34 développe aussi une mission similaire dans un quartier prioritaire de Montpellier. L'association ne dispose pas de locaux au sein des quartiers d'intervention, la mission de médiation est donc « nomade », ancrée dans son environnement. Elle se déroule là où vivent les habitants, au sein des lieux qui les accueillent et les accompagnent au quotidien. Elle s'inscrit dans une dimension partenariale forte avec tous les acteurs du quartier et notamment les différentes structures qui accueillent la mission pour les permanences, les centres sociaux et les associations de proximité.

S. A. : Comment intervenez-vous ?

Souria Moussaoui : Mon premier travail a été d'aller vers les structures du quartier pour recenser les besoins des habitants. Ensuite, nous avons commencé à décliner la mission de médiation en santé en proposant de l'accueil et de l'accompagnement individuel, avec cinq permanences hebdomadaires réalisées dans les locaux de deux centres sociaux et d'associations de proximité du quartier.

La médiation santé s'inscrit dans la durée et constitue un fil rouge dans les parcours des patients, car la médiatrice est aux côtés de la personne dans tous les aspects de sa santé globale, elle l'accompagne face aux difficultés administratives et à la

L'ESSENTIEL

À Nîmes et Beaucaire (Gard), trois médiatrices en santé vont vers les populations les plus fragilisées pour les accompagner vers un accès aux droits et aux soins. Les missions des médiatrices sont d'améliorer l'accès aux droits, aux soins, et à la prévention, de faciliter les relations des usagers et des professionnels, et d'accroître les capacités d'agir et l'autonomie des personnes. La médiatrice est aux côtés de la personne dans tous les aspects de sa santé globale, elle l'accompagne face aux difficultés administratives et à la barrière de la langue dans certains cas, et dans son parcours de soins.

barrière de la langue dans certains cas. Lors de chaque permanence, je rencontre deux à cinq personnes. Notre première démarche est d'accompagner les personnes vers l'accès aux droits en liens étroits avec les services sociaux du Conseil départemental du Gard (CD30), de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la Mutualité sociale agricole (MSA), etc. Nous travaillons aussi étroitement avec la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du centre hospitalier universitaire CHU de Nîmes : nous y orientons des personnes pour rendre possible leur parcours de soin dans l'hôpital. Pour faciliter ces orientations, nous utilisons des outils de liaison partagés.



Nous accompagnons aussi en partenariat des trajectoires plus complexes, qui représentent environ 10 % des situations que nous suivons ; des personnes qui cumulent les difficultés, ce qui requiert de mobiliser davantage de temps pour réaliser un accompagnement de proximité et des accompagnements physiques si besoin. Ce peut être, par exemple, accompagner une personne âgée dans ses démarches de soins, ou un enfant en situation de handicap et ses parents pour son orientation vers un établissement médico-social. Nous intervenons ici aussi en soutien des familles et des proches aidants, ils se sentent soutenus et peuvent poser toutes les questions, nous les rassurons, nous aidons les personnes et les professionnels à faire évoluer leurs représentations : ce travail de médiation permet de lever les freins qui peuvent constituer des facteurs de renoncement.

La médiatrice participe aussi activement à mobiliser les publics pour faciliter l'accès à la prévention. Ainsi, nous proposons des interventions en collectif avec les professionnels de santé auprès de groupes d'habitants. En 2021, des habitantes rencontrées au sein des associations ont exprimé le souhait d'avoir des informations, des conseils et un accompagnement autour de la santé féminine (connaissance de leur corps, du cycle de la femme de la puberté à la ménopause, des aspects

psychologiques). Elles ont choisi les thèmes des ateliers, qui ont été animés par une sage-femme qui est venue répondre à leurs questions. Dans ce cas, la médiatrice prépare la rencontre avec l'intervenante et facilite les échanges. Ces demandes correspondent aussi à des besoins qui avaient été identifiés lors du diagnostic local de santé, qui avait en particulier pointé des taux d'accès au dépistage des cancers féminins bien plus faibles que la moyenne de la ville ou du département².

S. A. : **Quel bilan dressez-vous de l'action des médiatrices ?**

J. A. et S. M. : Le bilan de nos actions est partagé au sein d'un comité de pilotage qui réunit l'ensemble des partenaires du contrat de ville, il est globalement positif. En 2016, date de la première année de l'expérimentation, nous avons accompagné une cinquantaine de personnes. Aujourd'hui, nous accompagnons 200 habitants par an sur le quartier de Pissevin-Valdegour, ce qui témoigne du développement de la mission. Les résultats obtenus sont concrets avec des avancées visibles en matière d'ouverture de droits de santé.

En conclusion, la mission de médiation santé a trouvé sa place dans le quartier, car les questions de santé y sont très présentes. Elle permet d'apporter un soutien individuel aux plus fragiles et constitue un outil

puissant de mobilisation des publics pour impulser des dynamiques collectives de prévention dans une dimension partenariale forte. Les médiatrices ne sont pas seules, elles sont intégrées à l'équipe pluridisciplinaire du Codes 30³ et à un réseau de proximité qu'elles tissent avec les partenaires. Elles bénéficient aussi du dispositif d'accompagnement des adultes relais proposé par la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Cependant, nous souhaiterions consolider la mission et pouvoir mobiliser les compétences d'un coordonnateur – professionnel de la santé ou du social – pour les soutenir au quotidien, car elles sont en première ligne, confrontées parfois à des situations difficiles. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. ARS, Profil Santé – Quartiers prioritaires de la ville – octobre 2016 – Nîmes <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/8349/download?inline>

2. Voir aussi à ce propos :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2019-2020-et-evolution-depuis-2005>

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/articles/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

3. Codes 30, Médiation en santé sur le quartier de Pissevin-Valdegour. En ligne : <http://www.codes30.org/a/1281/mediation-en-sante-sur-le-quartier-de-pissevin-valdegour/>

« Les médiatrices en santé font du porte-à-porte »

Entretien avec Josseran Floch,

directeur,
Espace Santé du Littoral,
Dunkerque et Grande-Synthe.

La Santé en action : **Qui sont les médiatrices en santé ?**

Josseran Floch : À l'Espace Santé du Littoral (ESL)¹, nous avons deux médiatrices en santé : la première intervient dans les quartiers de la « politique de la ville » (QPV), c'est-à-dire défavorisés, et l'autre dans les autres quartiers. La médiatrice en santé qui intervient dans les QPV y habite depuis plus de vingt-cinq ans, elle connaît donc bien le quartier et ses habitants. Leur mission est d'accompagner les plus isolés et vulnérables pour qu'ils accèdent à leurs droits et aux soins. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos financeurs : en premier lieu, l'État, via la préfecture et l'Agence régionale de santé (ARS), mais aussi les collectivités territoriales, la communauté urbaine de Dunkerque (CUD), Grande-Synthe et Dunkerque. Le financement de l'État via la préfecture a permis de créer ces deux postes d'adultes-relais en médiation sociale². L'ARS a complété ce financement, ce qui a permis aux médiatrices d'acquiescer une spécialisation en santé en étant formées par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), l'ARS et l'IREV (centre de ressources de la politique de la ville des Hauts-de-France) sur l'accès aux droits et aux soins.

S. A. : **Comment interviennent-elles ?**

J. F. : La médiatrice en santé des quartiers QPV organise des permanences dans des structures comme les centres communaux d'action sociale (CCAS) : elle y intervient en appui des professionnels, aide les personnes à ouvrir des droits, à contacter la Caisse d'allocations familiales (Caf),

la CPAM et, par exemple, leur conciliateur pour accéder à un médecin traitant, une mutuelle, etc.

La survenue de la pandémie de Covid-19 a bouleversé nos pratiques : nos médiatrices ont considérablement développé leur démarche d'« aller-vers » : elles font donc du porte-à-porte dans les immeubles et présentent nos activités. Cette démarche a fait ses preuves et a notamment permis d'établir un lien avec des personnes très âgées, isolées et en situation de fragilité. Les médiatrices sont identifiables avec des vêtements estampillés « Espace Santé du Littoral », elles ont une carte de visite numérique avec un QR code qui montre leur appartenance à l'ESL. C'est cette activité qui nous a entre autres permis d'aider 700 personnes à se faire vacciner : ces personnes souhaitaient le vaccin, mais n'y avaient pas accès. La préfète à l'égalité des chances des Hauts-de-France nous a accompagnés dans ce porte-à-porte et a constaté à quel point cette démarche permettait d'atteindre des personnes particulièrement éloignées du système de santé et de prévention. Par ailleurs, quand nous constatons un défaut manifeste de soins, nous orientons la personne vers les urgences et autres structures hospitalières publiques comme l'établissement public de santé mentale (EPSM).

Outre le porte-à-porte, nos équipes installent des tentes devant les hall d'immeuble, nous y proposons un café, on crée une convivialité. Nous recueillons aussi les doléances de la population dans tous les domaines : santé, sécurité, accès difficile aux transports, à l'activité physique, etc. Nous centrons l'essentiel de nos moyens dans les QPV, là où les inégalités de santé sont les plus

L'ESSENTIEL

À Dunkerque et Grande-Synthe (Nord) une médiatrice en santé arpente les quartiers défavorisés pour aider les populations les plus isolées à accéder à leurs droits et aux soins.

importantes. Un deuxième médiateur est en cours de recrutement dans ces mêmes quartiers.

S. A. : **L'activité des médiatrices est-elle évaluée ?**

J. F. : Nous n'avons absolument pas les moyens d'une évaluation extérieure, toutefois la déléguée du préfet nous accompagne régulièrement sur le terrain pour vérifier la validité et la pertinence de nos interventions, et nous rendons annuellement des comptes à la préfecture et à l'ARS lors de rencontres bilans. Nous avons un comité de pilotage annuel (Copil) au cours duquel nous validons avec nos financeurs et nos partenaires notre démarche et nos interventions.

En conclusion, la place des usagers est centrale. Toutefois, ces populations ont d'autres urgences quotidiennes avant de se préoccuper de leur propre santé, laquelle ne devient une préoccupation que « quand la douleur arrive ». Avant, il faut se chauffer, subvenir à ses besoins essentiels. D'où la pertinence de l'intervention des médiatrices, qui servent ainsi de passerelles vers ce système de santé qui demeure inaccessible sans leur intervention. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Espace Santé du Littoral : association financée par les pouvoirs publics qui développe des actions de prévention et de promotion de la santé sur la communauté urbaine de Dunkerque. Pour en savoir plus : <https://www.espacesantedulittoral.org/>

2. Contrat adultes-relais | service-public.fr

Profession : médiatrice en santé auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité

Entretien avec Capucine de Durand,

sage-femme, médiatrice en santé, association Asalée, 13^e arrondissement de Paris.

La Santé en action : *Quelles personnes accompagnez-vous ?*

Capucine de Durand : Je suis médiatrice en santé auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité, l'une des quatre de l'association Asalée¹. Cette dernière a été fondée en 2004, est financée essentiellement par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et salariée 1 500 infirmières de prévention qui travaillent au quotidien avec les médecins généralistes dans les cabinets médicaux ou dans les maisons de santé, essentiellement pour des patients atteints de maladies chroniques, pour lesquels ils organisent des parcours d'éducation thérapeutique. Il y a deux ans, Asalée a lancé cette expérimentation en recrutant trois médiateurs de santé à Paris (13^e et 18^e arrondissements) et une à Strasbourg. Je travaille en lien étroit avec deux maisons de santé réunissant des professionnels à Paris dans le 13^e arrondissement.

Les personnes que j'accompagne rencontrent des difficultés à se soigner du fait, par exemple, de la barrière de la langue. Elles ne sont pas en situation de pouvoir comprendre le fonctionnement du système de santé, elles font face à des ruptures dans leur parcours de soins dues au contexte défavorable dans lequel elles vivent. La santé n'est pas leur priorité, car elles sont assaillies par des problématiques relevant de l'urgence : menaces d'expulsion de leur logement, situation de semi-errance ou de logements temporaires, familles

monoparentales où la mère fait passer la santé de l'enfant avant la sienne, ou encore personnes exilées n'ayant pas accès à un travail et à des ressources. Il y a aussi la fragilité numérique de ces personnes, certaines ne savent pas lire et écrire, et le virage numérique des formalités administratives, qui se substitue au dialogue direct, ne permet pas les interactions que le dialogue permettrait : tout cela entrave l'accès aux droits et aux soins.

S. A. : *Comment les patients vous sont-ils adressés ?*

C. D. D. : Majoritairement par les médecins généralistes. Mon bureau jouxte une maison de santé et je tiens une permanence dans une autre maison de santé, les deux sont situées dans des quartiers de la politique de la ville (QPV). Je travaille en permanence en pluridisciplinarité avec une infirmière de prévention Asalée – nous officions en binôme, et avec les autres professionnels qui officient en libéral dans ces deux maisons de santé : médecins, infirmières, sages-femmes, orthophonistes, etc. L'infirmière assure la prise en charge médicale en appui du médecin, essentiellement sur des pathologies chroniques : diabète, hypertension, pathologies cardiovasculaires, mais aussi sevrage tabagique et autres.

S. A. : *Quand le médecin vous sollicite-t-il ?*

C. D. D. : Le médecin me passe la main quand il se retrouve lui-même en trop grande difficulté pour comprendre la situation globale d'un patient. Notre accompagnement est ciblé sur les personnes en situation de précarité. Le poste de chacun des médiateurs a été profilé en

L'ESSENTIEL

■

▣ Dans le cadre d'une expérimentation, l'association Asalée a recruté il y a deux ans quatre « médiateurs en santé » qui font le lien entre la personne, le médecin généraliste, l'infirmière et les autres professionnels de santé et du social afin de faciliter l'accès aux droits et aux soins, en prenant en compte les conditions de vie de ces patients : logement précaire, insécurité alimentaire, isolement, etc. Témoignage de Capucine de Durand, médiatrice à Paris dans un quartier prioritaire de la ville.

fonction des observations de terrain des infirmières : à partir du recueil des besoins, nous construisons un accompagnement adapté. Un médecin généraliste qui visite à domicile un patient vivant dans un logement précaire se rend compte qu'il ne peut plus exercer son métier de soignant, car la personne est confrontée à des problèmes d'ordre économique, social ou d'isolement tellement envahissants qu'ils ne peuvent plus mettre en place une prise en charge médicale.

S. A. : *Comment se déroule un rendez-vous avec un patient ?*

C. D. D. : Les situations de nos patients sont très variables : dans certains cas, un rendez-vous peut suffire pour débloquer l'accès aux droits à l'Assurance Maladie, dans d'autres cas, nous suivons les personnes sur la durée. L'objectif est de pouvoir les accompagner correctement, donc je prévois au maximum quatre consultations par jour et je peux consacrer quatre heures à une personne,



une heure de rendez-vous puis trois heures de travail pour lui permettre d'accéder à ses droits et aux soins : vers quelle structure l'orienter, organiser des réunions avec l'ensemble des professionnels pour se coordonner, etc. Nombre de nos patients vivent des situations très complexes, donc le rendez-vous dure le plus souvent une heure afin qu'il y ait du temps pour l'écoute. Je leur laisse le plus possible la parole, je respecte leur temporalité.

S. A. : Dans quelle démarche collective s'inscrit votre intervention de médiation ?

C. D. D. : Ce travail en direct avec les patients n'est qu'une partie de ma mission : à Asalée, nous travaillons en réseau, et je participe entre autres au groupe de travail national sur la précarité : nous échangeons nos expériences, analysons les pratiques et nous nous formons. Je participe aussi tous les mois à des réunions

pluri-professionnelles au cours desquelles nous échangeons sur des situations précises de patients. C'est un travail collectif. Avec ma collègue infirmière de prévention, nous avons élaboré un carnet d'adresses et de ressources locales, et mis en place des partenariats avec des structures locales. Nous venons de créer des ateliers de groupe de relaxation et gestion du stress pour les femmes isolées, ateliers désormais organisés chaque mois par petits groupes – six personnes – pour les aider à apprendre à respirer et à se détendre, car elles font face à une charge mentale très forte du fait de l'isolement et de la précarité, qui provoquent aussi une insécurité psychologique.

S. A. : Qu'apportez-vous aux patients et quelles sont les limites de votre accompagnement ?

C. D. D. : Ce que nous leur apportons le plus, c'est – avant même de pouvoir répondre concrètement à leurs attentes, ce que nous ne parvenons pas toujours à faire – le fait d'être à leur écoute : cela les restaure dans leur dignité. La gratitude qu'ils nous renvoient est la marque de leur reconnaissance. Ensuite, le plus difficile est de remplir avec eux les multiples formalités administratives, et dans certains cas, les accompagner jusqu'aux rendez-vous.

J'accompagne des personnes qui ont des combats à mener au quotidien, et veulent vivre dignement, c'est-à-dire s'en sortir par eux-mêmes autant que possible. Ma force pour les accompagner, c'est le temps dont je dispose : je peux me placer au niveau de compréhension de la personne, réexpliquer si elle n'a pas compris et l'aider à comprendre le fonctionnement du système de santé pour accroître son autonomie. Une difficulté majeure est le manque de moyens et de reconnaissance du secteur médico-social, dont dépendent nombre de nos patients vulnérables.

S. A. : Un exemple des personnes que vous accompagnez ?

C. D. D. : XX, 61 ans, a fait un AVC diagnostiqué tardivement, puis a perdu son emploi, sans percevoir aucune allocation chômage ou

sociale... Le médecin généraliste me l'adresse, car il lui est impossible de bâtir avec lui un parcours de soins. XX a des urgences vitales à affronter au quotidien : comme il ne peut plus payer son loyer, il est menacé d'expulsion de son logement. J'accompagne AS depuis six mois, je suis l'interface, je fais le lien entre les professionnels de santé, du social et les bénévoles. Nous avons mobilisé les acteurs locaux et sommes parvenus à l'insérer dans un service social de la mairie de Paris pour qu'il puisse accéder à l'accompagnement auquel il a droit. Nous avons pu le réinscrire à Pôle emploi pour qu'il puisse percevoir les indemnités qui lui étaient dues. Nous l'avons mis en contact avec une association qui lui procure une aide alimentaire alors que son alimentation ne reposait que sur quelques denrées que lui apportaient des proches et riverains. Nous l'avons mis en lien avec la fondation Abbé Pierre pour l'accompagner et nous prenons actuellement les dispositions pour qu'il ne se retrouve en aucun cas à la rue. C'est cela, mon métier de médiatrice : je suis la professionnelle qui a la vision la plus globale de la situation de la personne, je fais le lien entre tous les professionnels qui travaillent chacun sur leur champ. Je suis un trait d'union. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Créée en 2004, l'association Asalée met en œuvre un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. L'association a notamment élaboré des protocoles de délégation d'actes et d'activités (coopération) entre le médecin généraliste et l'infirmier pour deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire). L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Pour en savoir plus :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

Un programme national de médiation en santé auprès et avec les Gens du voyage et les habitants de bidonvilles et squats

Laurent El Ghozi,

président de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv), et de l'Association pour l'Accueil des Voyageurs Hauts-de-Seine (ASAV92),

Frédérique Quirino Chaves,

responsable du Pôle santé de la Fnasat-Gv, coordinatrice du Programme national de médiation en santé (PNMS).

En 2011, l'ASAV 92, Médecins du Monde et l'Association régionale d'étude et d'action sociale (Areas) ont initié un programme de recherche-action relatif à la médiation en santé destiné aux femmes dites « Roms », vivant en bidonvilles avec leurs enfants. En 2016, à l'issue d'une évaluation externe [1], le ministère de la Santé valide l'expérimentation : la pertinence du programme, ses effets bénéfiques pour l'accès à la santé et la lutte contre le non-recours aux soins sont reconnus. Le Programme national de médiation en santé (PNMS) est pérennisé et s'étend aux Gens du voyage.

Aujourd'hui, le PNMS comporte treize projets locaux¹ présents dans 18 départements, mobilisant près de 40 médiateurs qui, chacun, accompagne chaque année 100 à 150 personnes dans leurs parcours de santé. Il s'agit donc d'un programme de partage de moyens pour développer et soutenir des projets de médiation en santé auprès et avec des Gens du voyage et des habitants de bidonvilles et squats.

Le PNMS permet d'inscrire les actions dans un cadre d'intervention partagé, en cohérence avec le « Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques » [2] élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2017. Il inclut également un volet plaidoyer auprès des décideurs, institutionnels et financeurs pour la promotion de la médiation en santé et la reconnaissance du métier de médiateur en santé.

Pour accompagner la montée en compétences des médiatrices et médiateurs, des journées de regroupement, organisées chaque trimestre, leur proposent des temps d'analyse des pratiques, d'échanges, de capitalisation d'outils, et de formation continue.

Un programme évalué positivement et promoteur d'avancées pour les politiques publiques

Dès son origine et une première étude de faisabilité, l'évaluation est inscrite dans la démarche du PNMS : le rapport final d'évaluation du programme expérimental (2011-2012) [3] réalisé avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et le rapport d'évaluation externe (2016) ont permis de passer de l'intuition à la qualification de l'efficacité de la médiation. Deux colloques nationaux [4] ont rendu compte de ces travaux. Enfin, en 2019, le rapport d'évaluation de

L'ESSENTIEL

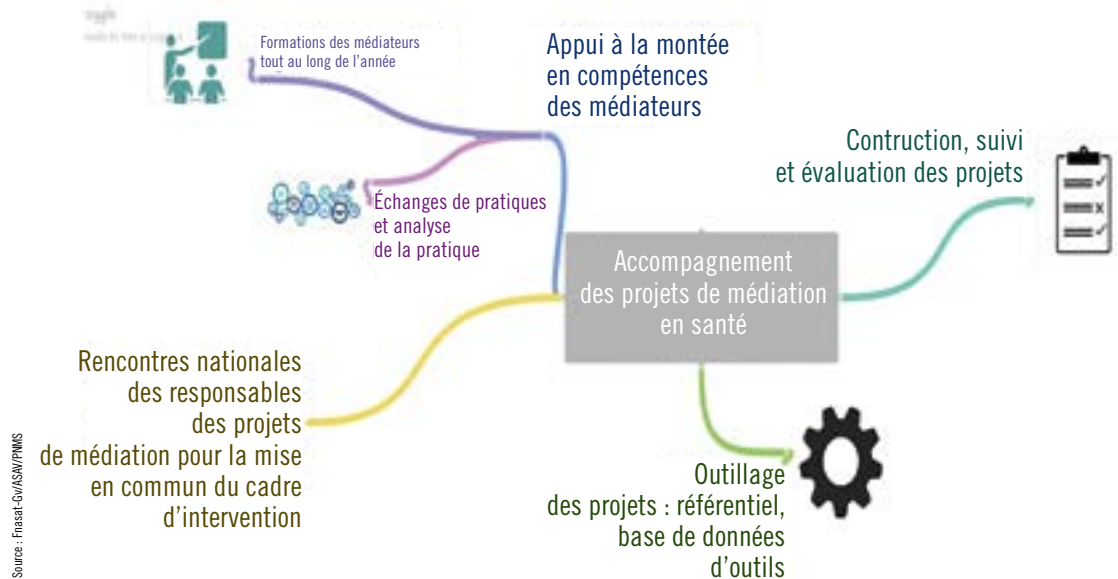
▣ Issu d'une recherche-action, le Programme national de médiation en santé (PNMS) est un projet inter-associatif visant à développer et à soutenir des projets de médiation en santé auprès et avec des Gens du voyage et des habitants de bidonvilles et de squats. Il mobilise 13 dispositifs dans 18 départements, soit 40 médiateurs qui, chacun, accompagne chaque année 100 à 150 personnes dans leurs parcours de santé.

Peuples des villes [5] confirme que les actions de médiation sont essentielles pour l'accès aux soins des personnes accompagnées par le PNMS. Depuis 2020, la Fnasat², en collaboration avec l'Université de Bordeaux et l'Inserm, soutient une thèse relative aux conditions d'efficacité de la médiation en santé.

Avec le temps, la médiation en santé s'est affirmée comme un outil identifié, inscrit dans la loi et mobilisé par les pouvoirs publics. En témoigne notamment son rôle capital tout au long de l'épidémie de Covid-19 [6].

Des difficultés à surmonter

Pour autant, la médiation en santé s'exerce souvent dans des contextes insécurisants qui limitent sa pleine efficacité. S'agissant des personnes accompagnées par le PNMS, l'instabilité des lieux de vie et les expulsions constituent les freins premiers au



Source : Fnasat-Gv/ASAV/PNMS

déploiement dans un temps long de la relation de confiance et des partenariats indispensables. Le caractère non reconnu du métier fragilise son positionnement au sein des tissus institutionnels et chez les employeurs : il peut en découler des formes d'isolement, facteur possible de rotation des personnels (*turn-over*) importantes. Enfin, la médiation en santé doit pouvoir compter sur des financements à la fois pérennes et à la hauteur des besoins dans chaque territoire.

Perspectives et écueils

Le Programme national de médiation en santé doit se structurer à l'échelle régionale pour pouvoir être étendu à l'ensemble du territoire. Il peut ainsi répondre aux besoins d'autres populations en situation de vulnérabilité éloignées du système de santé, en privilégiant une approche par déterminant de la santé (précarité économique, de l'habitat, discriminations vécues...).

La région Nouvelle-Aquitaine joue actuellement un rôle de préfigurateur puisque l'Agence régionale de santé (ARS) porte, en partenariat étroit avec la Fnasat-Gens du voyage, une autre recherche visant à dresser un état des lieux de la situation (besoins de santé et actions de médiation existantes) et à formuler des recommandations pour un programme régional de médiation en santé. Cette volonté de structuration émerge également dans d'autres régions (Île-de-France, Paca, Bretagne, Grand Est, Occitanie). Il conviendra alors de repenser

le rôle de la coordination nationale du PNMS et son articulation avec la dimension régionale.

Une vigilance doit être portée – du fait de l'opportunité de faire financer des actions dans le cadre de dispositifs existants – sur les risques de démultiplication des actions d'« aller vers » portées par des structures non acculturées à l'éthique de la médiation en santé et sans qu'en soit garantis le sens et la finalité, qui doit rester celle du droit commun.

Enfin, nous devons rester collectivement attentifs au rôle d'alerte de la médiation, à sa capacité d'identifier et de porter à la connaissance du public et des institutions les défaillances et les inégalités du système de santé. Si la médiation a témoigné de sa capacité à rejoindre les publics les plus éloignés, elle ne saurait être réduite à un rôle d'opérateur des institutions publiques, au service de priorités et de modalités d'intervention définies ailleurs. ■

1. La Sauvegarde du Nord (59), Les Forges Médiation (Nantes agglomération), Médecin du Monde (Marseille, Lyon, Saint-Denis), Première Urgence Internationale (93), Soliha Normandie (14, 50, 61), et des associations du réseau Fnasat-Gv (Action voyageurs (16), Amitiés Tsiganes (54 et 59), Itinérance 22 (22), l'ADAPGV (86), l'ADGVE (91), l'ASAV (78, 92 et 95), le RAGV (76), Voyageurs 72 (72)
2. Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage. En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr>

Pour en savoir plus :

ASAV, *Médiateur.e.s en santé : une approche reconnue, un métier à promouvoir*. Actes du Colloque, décembre 2016.

En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr/PoleSante/Colloque-2016.pdf>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Novascopia. *Évaluation du Programme national de médiation sanitaire*. Rapport final, août 2016. En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr/PoleSante/Evaluation-2016-Novascopia.pdf>
- [2] Haute Autorité de santé. *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins – Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques*, octobre 2017. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801509/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins-referentiel-de-competences-de-formation-et-de-bonnes-pratiques
- [3] ASAV. *Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms*, Rapport final d'évaluation, juillet 2013. En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr/PoleSante/Evaluation-2013.pdf>
- [4] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *La médiation pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms*. Actes du Colloque, 14 décembre 2012. En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr/PoleSante/Colloque-2012.pdf>
- [5] Gaullier P. Association Peuples des villes. *Programme national de médiation en santé, Suivi et évaluation des projets de médiation en santé*. Année 2018. Synthèse finale octobre 2019. En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr/PoleSante/Evaluation-2019-Peuplesdesvilles.pdf>
- [6] Richard E., Brabant G., Autes E., Ramel V., Vandentorren S. *Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Apport de la médiation en santé à l'investigation de clusters complexes de COVID-19*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 35 p.

Accompagnement des Gens du voyage face à la pandémie de Covid-19 : l'apport de la médiation en santé

Élodie Richard,

Santé publique France, université de Bordeaux, centre Bordeaux population health, Inserm U1219, Bordeaux, France, **Stéphanie Vandentorren,** médecin de santé publique et épidémiologiste, coordination inégalités sociales de santé, Direction scientifique et international, Santé publique France.

Dès le début de la crise sanitaire, l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA) a élaboré un plan de lutte contre la Covid-19 auprès des « Gens du voyage¹ » afin d'accompagner les Directions départementales de l'ARS (DD-ARS) à la réalisation du contact-tracing² de proximité, du dépistage et de la mise en œuvre d'actions de prévention auprès de malades de la Covid-19³.

Le plan régional « Gens du voyage » comportait 12 actions. Il mandatait les DD-ARS pour organiser la collaboration sur leur territoire entre les partenaires concernés par les problématiques des Gens du voyage (acteurs de médiation en santé au sein des associations, gestionnaires d'aires d'accueil, collectivités territoriales et préfecture). Pour mettre en œuvre des actions de contact-tracing, les acteurs de médiation en santé ou les gestionnaires d'aires d'accueil, ont été sollicités afin d'effectuer le recensement des lieux de vie, de signaler des cas possibles de Covid-19 et d'identifier les cas contacts. La transmission d'informations auprès des services de santé en vue d'identifier les Gens du voyage parmi les cas signalés, la

fourniture de masques, l'identification des référents familiaux et des médecins traitants ont été mis en œuvre avec la diffusion des messages de prévention accessibles à tous.

Une étude auprès des acteurs de terrain

Santé publique France a initié, en juin 2020, une étude en partenariat avec la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv). Son objectif principal était d'identifier les modalités d'actions perçues par les acteurs comme facilitantes pour la réalisation de ce plan de lutte contre la Covid-19.

Cette étude quantitative prenait acte du constat de l'importance des effets directs et indirects de la pandémie au sein des populations en situation de vulnérabilité⁴, des retours de terrain relatifs aux difficultés de recours au dépistage et d'accès aux soins pour ces populations, ainsi que des difficultés de réalisation du contact-tracing à distance auprès des Gens du voyage. Elle a été réalisée de juin à septembre 2020 dans six départements de la région. Les notes journalières de transmission d'informations entre les acteurs de médiation en santé et les DD-ARS ont été analysées afin de recenser les actions. L'étude a été complétée par 11 entretiens groupés auprès de 26 partenaires ayant mis en œuvre le plan afin d'identifier les modalités d'actions perçues comme facilitantes. Les partenaires exerçaient en DD-ARS (10),

L'ESSENTIEL

■ **Dès les premiers mois de la survenue de la pandémie Covid-19, la région Aquitaine a élaboré un plan spécifique d'accompagnement auprès des Gens du voyage. Une étude a ensuite analysé les forces, les facteurs facilitants, ainsi que les limites de ce plan destiné à dépister et prendre en charge les personnes atteintes par la Covid-19, en allant vers leurs lieux de vie. Cette étude met en exergue l'importance de la médiation en santé dans ce dispositif.**

associations ou centres communaux d'action sociale (CCAS) (16). Parmi les associations et CCAS, huit directeurs ou membres de conseil d'administration et huit acteurs de médiation ont été interviewés. Les acteurs de médiation regroupaient six médiateurs en santé bénéficiant d'un financement par l'ARS-NA, trois dits « référents en santé » étaient des travailleurs sociaux avec une mission axée sur la promotion de la santé.

Actions perçues comme facilitantes

Les actions perçues comme facilitantes pour la réalisation du contact-tracing de proximité⁵ et le dépistage étaient la présence d'une politique engagée pour la santé des Gens du voyage par l'ARS-NA, une forte expérience des acteurs de médiation en santé avec une relation de confiance

établie sur le territoire et une vision commune grâce à un partage mutuel de connaissances, notamment par des réunions hebdomadaires de travail entre tous les acteurs concernés. Cette collaboration bénéficiait ainsi du fort ancrage territorial des acteurs de médiation en santé *via* la présence d'un réseau de partenaires déjà constitué avant la crise sanitaire.

Un parcours de soins spécifique Covid-19 mis en place « hors les murs ».

De plus, la prise en compte des problématiques spécifiquement exprimées par les Gens du voyage, avec la mise en place de stratégies complémentaires de prise en charge de la Covid-19, a été perçue comme un environnement favorable à la réussite du plan. En effet, lors de sa mise en œuvre, le plan a évolué à la suite de l'apport de l'expertise des acteurs de médiation en santé et des besoins exprimés par les Gens du voyage, relayés par les acteurs de médiation en santé. Face aux difficultés exprimées de recourir aux soins, un parcours de soins spécifique Covid-19

a été mis en place « hors les murs ». Les acteurs de médiation en santé ont accompagné les services de santé (Permanences d'accès aux soins de santé mobiles ou médecin) lors de la réalisation des dépistages des cas de Covid-19 sur les lieux de vie et lors des consultations auprès des malades. Il semble que cette démarche d'« aller vers » a facilité l'acceptation des Gens du voyage à recourir au dépistage contre la Covid-19 et la réalisation du contact-tracing de proximité.

À la suite de cette prise en charge sanitaire, l'ensemble des partenaires ont, quand cela était nécessaire, accompagné le confinement des Gens du voyage sur leur lieu de vie. Pour ce faire, des zones de décohabitation pour les personnes non malades ont été identifiées. Puis à l'initiative des acteurs de médiation en santé, les partenaires ont travaillé à faciliter le confinement avec le maintien de l'eau et de l'électricité sur les lieux de vie, l'apport de produits de première nécessité et le maintien des droits sociaux. Selon les personnes interviewées, le fait de maintenir ces accès a joué un rôle majeur dans le respect du confinement et le respect de l'isolement des cas de Covid-19.

Des outils de prévention conçus avec les Gens du voyage

D'autres actions complémentaires comme l'adaptation des outils de communication à la situation et aux conditions de vie, en prenant notamment en compte le point de vue des référents familiaux dès la conception des outils, auraient, selon les interviewés, provoqué une meilleure compréhension et acceptation des mesures préventives. En effet, les acteurs de médiation en santé se sont également rapprochés des services de promotion de la santé des DD-ARS afin d'adapter les outils de communication. Ces messages ont été diffusés auprès des Gens du voyage à l'aide de supports classiques de communication, mais aussi à l'aide des réseaux sociaux et par l'intermédiaire de référents familiaux. Toutefois, les acteurs de médiation en santé ont constaté des limites à la diffusion de ces messages dans une relation à distance. Pour pallier cet obstacle, ils ont proposé des échanges d'informations

« en présentiel » pour mieux percevoir les inquiétudes, procéder à une réassurance des personnes et adapter ou compléter les messages au regard des besoins exprimés. Cette démarche, mise en œuvre par les acteurs de médiation en santé, a été déployée avec une posture de « faire avec » la personne dans une logique de respect des capacités d'agir.

Pour conclure, les actions perçues comme facilitantes pour la réalisation du plan étaient celles qui s'appuyaient sur le cadre déontologique et les bonnes pratiques de la médiation en santé⁶. Ces bonnes pratiques incluaient en particulier les principes éthiques de la médiation⁷. Sur la base de ces constats, un algorithme d'aide à la décision a été réalisé en vue d'accompagner les cellules régionales de Santé publique France et les ARS dans l'investigation et la gestion de cas groupés suspectés et/ou testés Covid-19 au sein de la population des Gens du voyage. ■

MÉDIATION : UNE STRATÉGIE CAPABLE DE FACILITER L'ACTION PUBLIQUE

L'étude pilotée par Santé publique France et présentée ci-avant met en avant l'apport structurel de la médiation en santé pour accompagner les Gens du voyage qui figurent parmi les populations les plus vulnérables : « *Dans la lutte contre la COVID-19, la médiation en santé serait une stratégie capable de faciliter l'action publique envers les populations éloignées du système de soin au moyen d'actions de deux types : d'une part, des actions d'éducation et des actions facilitant l'accès aux soins à destination des Gens du voyage puis, d'autre part, des actions de mobilisation et d'engagement des acteurs locaux et des relais communautaires.* »

Source : Santé publique France. Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Apport de la médiation en santé à l'investigation de clusters complexes de COVID-19.

1. Les Gens du voyage constituent une composante de la population française inscrite en droit par un habitat traditionnel composé de résidences mobiles, sans référence à aucune forme d'appartenance ethnique. Dans un usage courant, l'expression renvoie à des populations hétérogènes, mal définies mais globalement entendues comme habitant ou ayant habité en caravane, s'affirmant souvent au travers d'un héritage culturel lié au nomadisme.
2. Repérage et suivi des cas contacts et personnes malades.
3. Il a été élaboré suivant les recommandations de la « fiche réflexe » de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement du 27 mars 2020 et mise en application par les DD-ARS à partir du 30 mars 2020.
4. Dubost CL (Drees/Osam/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 : 40 ; Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 1 nov 2020; 74(11):964-8.
5. Contact-tracing sur les lieux de vie, généralement difficile d'accès, afin d'identifier les chaînes de transmission.
6. Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017 ; 70.
7. Faget J. *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie*. Erès. 2015 ; 304.

Pour en savoir plus

Richard E., Brabant G., Autes E., Ramel V., Vandentorren S. *Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Apport de la médiation en santé à l'investigation de clusters complexes*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 35 p. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/385099/document_file/445155_spf0003121.pdf

Médiateur à l'hôpital en Guyane : « Les médecins ne nous prennent pas de haut, ils apprécient notre travail »

Entretien avec Raoul Robert Deul,

médiateur en santé,
Centre hospitalier Ouest guyanais (Chog),
Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane.

La Santé en action : *Qu'est-ce qui vous a amené à ce métier de médiateur en santé et comment vous y êtes-vous formé ?*

Raoul Robert Deul : C'est un concours de circonstance dû à l'épidémie de Covid-19. La boutique dans laquelle je travaillais a dû fermer pendant le confinement de 2020, et à la réouverture, des réajustements m'ont conduit à me réorienter professionnellement. Pour retrouver un emploi, j'ai tenté ma chance à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, où j'ai envoyé mon CV. Mon profil a intéressé les recruteurs. En effet, je parle plusieurs langues : le français, le néerlandais, le sranan tongo (le créole surinamien) et un peu le busi tongo (le dialecte des Noirs marrons). Je suis né au Surinam, un pays dont j'ai fui la guerre civile avec ma famille, et je suis allé à l'école en Guyane.

J'ai donc été recruté il y a deux ans au poste de médiateur en santé, une fonction à laquelle je ne connaissais rien. C'était un nouveau monde pour moi. Au début, j'ai appris « sur le tas », avec mes collègues. Aujourd'hui, je me forme professionnellement en suivant le diplôme universitaire de médiation en santé à Cayenne. Je viens d'effectuer deux mois de stage à la Croix-Rouge et je passe bientôt l'épreuve finale pour valider mon parcours de formation continue.

S. A. : *En quoi consiste votre travail de médiateur en santé ?*

R. R. D. : J'interviens pendant les consultations médicales, à la demande des médecins ou de l'équipe soignante. Soit parce que l'utilisateur ne parvient pas à se faire comprendre, soit parce que les professionnels ont besoin d'un intermédiaire pour expliquer plus précisément dans la langue du patient des éléments sur le diagnostic, la maladie, le traitement, etc.

La dimension culturelle occupe une part importante du métier. De nombreuses personnes en Guyane sont méfiantes par rapport à la médecine occidentale, se référant plus souvent à la médecine traditionnelle. Ce qui explique notamment les réticences à se faire vacciner contre la Covid-19. Une grande partie des Noirs marrons, ceux qui vivent sur le fleuve – c'est moins vrai pour ceux qui ont suivi une scolarité – ne pensent pas que le cancer existe, par exemple. Mon rôle est donc aussi de faire comprendre au patient que le médecin est là pour l'aider. Bien sûr, ce dernier ne peut s'opposer à la décision d'un malade de refuser des soins pour se tourner vers la médecine traditionnelle. Mais on explique qu'ici, la porte est toujours ouverte s'il change d'avis.

S. A. : *Auprès de qui intervenez-vous en tant que médiateur ?*

R. R. D. : Nous intervenons beaucoup auprès des Noirs marrons et des orpailleurs du fleuve Maroni, mais aussi auprès des populations haïtienne et brésilienne. Des personnes du Surinam, pays qui est en crise, traversent aussi le fleuve pour venir se faire soigner ici. Ce sont

L'ESSENTIEL

▣ **Le Centre hospitalier Ouest guyanais (Chog) à Saint-Laurent-du-Maroni emploie quatre médiateurs en santé dans les unités mobiles des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les équipes mobiles d'accompagnement aux soins ainsi que trois médiateurs en social. Raoul Robert Deul, l'un des médiateurs en santé, intervient pendant les consultations médicales, lorsque l'utilisateur ne parvient pas à se faire comprendre et quand les professionnels ont besoin d'un intermédiaire pour informer le patient dans sa langue sur le diagnostic, la maladie et le traitement. Puis il les accompagne et les oriente vers les structures et personnes adaptées (assistante sociale, associations...) pour permettre leur accès aux droits. Il souligne qu'il est bien accepté par les médecins et l'équipe soignante. Les médecins estiment en particulier utile que les médiateurs puissent entrer dans le détail sur la maladie et le traitement, ce qu'eux ne peuvent pas faire. « Toutefois, actuellement classé « agent administratif » dans la grille de l'hôpital, il aimerait un peu plus de reconnaissance de ses compétences. Sa plus grande satisfaction est de contribuer à ce que le patient prenne sa santé en main.**

donc principalement des femmes et des hommes qui ne parlent pas le français, qui connaissent très souvent des conditions de vie difficiles, qui n'ont pas accès aux soins parce qu'ils n'ont pas de Sécurité sociale et qui viennent à l'hôpital car ils ne savent pas où aller quand ils tombent

malades. Mon rôle est également de les accompagner et les orienter vers les structures ou personnes adéquates (assistante sociale, associations...) pour permettre leur accès aux droits, mettre à jour leurs vaccinations quand ils sont pour la première fois sur le territoire, etc.

S. A. : Comment êtes-vous considéré par les patients ? Jugent-ils votre intervention utile ou bénéfique ?

R. R. D. : Il arrive qu'au départ, certains malades soient désorientés par ma présence et ne veulent se confier qu'au médecin. Je dois décrire mon rôle pour faire disparaître leurs craintes : « *Je suis là pour faire le lien entre le docteur et vous afin que vous compreniez bien et que vous soyez bien soigné.* » « *Je suis un professionnel, et tout ce qui se dit dans la consultation est confidentiel.* » Ils sont assez vite rassurés. Ils apprécient aussi qu'après la visite, je sois là pour leur proposer des compléments d'information ou pour les orienter vers une association s'ils ont besoin de davantage de soutien. Je revois régulièrement des patients diabétiques par exemple : je suis présent avec le diététicien pour bien expliquer le traitement qui va être mis en place, ainsi que dans les consultations qui suivent pour voir si le protocole fonctionne et apporter des éclaircissements supplémentaires, si nécessaire.

S. A. : Et, de leur côté, comment les équipes médicales jugent-elles votre travail ?

R. R. D. : Cela se passe très bien car les médecins ne nous prennent pas de haut. Ils estiment utile que nous puissions entrer dans le détail sur la maladie et le traitement, ce qu'eux ne peuvent pas faire, même si certains praticiens parlent un peu la langue. D'autre part, ils apprécient particulièrement notre présence lorsqu'ils doivent annoncer une pathologie grave. Nous travaillons vraiment main dans la main avec les soignants, notamment lorsque des patients sont « perdus de vue ». Les rechercher et les convaincre de renouer avec le parcours de soins, cela fait aussi partie de la démarche du médiateur en santé.

S. A. : La médiation est-elle une pratique difficile, compte tenu du fait qu'elle n'est pas reconnue comme un vrai métier en France ?

R. R. D. : Elle l'a été pour moi au début, car j'étais novice dans cette fonction. J'étais en empathie avec les patients et je me sentais bouleversé quand il fallait leur apprendre une maladie grave. De ce point de vue, la formation m'a beaucoup appris sur la façon de communiquer avec le patient, en étant bienveillant, mais en gardant de la distance. Elle m'a aussi permis de mieux pratiquer l'« aller-vers », notamment pendant mon stage à la Croix-Rouge. Cela a été aussi l'occasion de connaître

un réseau de médiateurs en santé ; quand je rencontre une difficulté, je peux appeler des collègues et échanger avec eux. Je me sens globalement davantage en confiance pour exercer au quotidien. La professionnalisation de ce métier, c'est donc un atout. Or, aujourd'hui, dans la grille salariale de l'hôpital, je suis... agent administratif ! Ce serait bien que cette fonction – qui crée du lien et encourage le patient à prendre en main sa santé parce qu'il en comprend mieux tous ses enjeux – soit reconnue à part entière. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérueu, journaliste.

GUYANE : DES OBSTACLES POUR ACCÉDER AUX SOINS, À LA PRÉVENTION ET AUX DROITS

Le centre hospitalier Ouest guyanais (Chog) de Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane) a mis en place un dispositif de médiation culturelle et d'interprétariat entre les patients et les professionnels/structures de soins. Cette médiation prend en compte le contexte particulier de la population de Guyane, composée de personnes d'origines diverses (Bushinengues, Amérindiens, Surinamais, créoles, etc.), dont une partie n'est pas régularisée. Il y a donc l'isolement, la barrière de la langue et de la culture, autant d'obstacles pour accéder aux soins, à la prévention et aux droits [1].

Ce dispositif s'intègre à l'objectif défini pour la Guyane par le Projet régional de santé en 2018 [2] : « Développer la médiation santé dans les établissements de santé et médico-sociaux, en vue d'accompagner au mieux le patient et ses aidants. Les médiateurs sont intégrés au dispositif de prise en charge et permettent un effet de réduction des inégalités de santé ». Les difficultés sont multiples : « Obstacles administratifs à l'ouverture et renouvellement des droits ; difficultés d'observance liées à l'éloignement des services en communes isolées, à la précarité socio-économique et aux barrières linguistiques et culturelle, faute de dispositif de médiation structurée dans le territoire ». Par exemple, pour le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques, il s'agit de « développer particulièrement les mesures d'accompagnement des spécificités

d'ordre social culturel et psychologique tout au long de la prise en charge pour améliorer la compliance des patients (liens à faire avec la médiation santé, accompagnement par des psychologues, diététiciens, assistantes sociales...) ». Le plan régional de santé PRS souligne globalement la priorité que représente la lutte contre les inégalités d'accès à la prévention et aux soins en Guyane : « *réduire les inégalités d'accès aux soins prend un sens particulier en Guyane en raison des problématiques spécifiques de la région dont les indicateurs de santé sont plus dégradés qu'en moyenne nationale et qui s'améliorent plus lentement que pour le reste de la France* ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1] Jolivet A., Agostini C., Manca M., Carod J., Launay J., Brunet J., *et al.* Le département de santé publique du centre hospitalier de l'ouest guyanais : un retour d'expérience à cinq ans. *Santé Publique*, 2020, n° 32 : p. 199-210. <https://doi.org/10.3917/spub.202.0199>

[2] Projet Régional de Santé Guyane 2018-2028 / Schéma Régional de Santé 2018-2022

En ligne : <https://www.guyane.ars.sante.fr/le-prs-guyane-2018-2028>

En ligne : http://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_SRS%20guyane%20valide.pdf

Île de Cayenne, Guyane : Des médiateurs en santé pairs issus des communautés accompagnées

Felix Flaux,

chargé de mission stagiaire évaluation et capitalisation, bénévole Médecins du monde, doctorant en sociologie à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS),

Estelle Jacoud,

chargée de projet médiation-programme urgence Covid-19, Médecins du monde, délégation Guyane, infirmière coordinatrice centre hospitalier de Cayenne,

Aude Trepont,

coordinatrice régionale, Médecins du monde, délégation Guyane.

En 2020, la mise en place de confinements durant la pandémie de Covid-19 a désorganisé la société guyanaise en accentuant la vulnérabilité sociale et sanitaire des populations les plus précaires, ce qui s'est notamment traduit par :

- des difficultés d'accès aux soins liées à la réorganisation et aux fermetures des services de santé, à la réduction de l'offre de consultations, mais aussi à la moindre mobilité des populations (diminution, voire arrêt des transports en commun et difficultés d'accès aux attestations de déplacement requises) ;
- des difficultés d'accès aux droits engendrées par la réorganisation des services publics de l'État : impossibilité pour le public de prendre rendez-vous, d'accéder à ces services en présentiel ;
- des difficultés d'accès aux besoins primaires (eau, sanitaires, moyens d'hygiène ; mais aussi à l'alimentation,

accentuées [1] par l'arrêt de l'économie informelle ainsi que par le fonctionnement restreint du secteur social).

De plus, la promiscuité, le surpeuplement des habitats, ainsi qu'une adaptation insuffisante de messages d'information et de prévention spécifiques ont été autant de facteurs entravant l'application des mesures de confinement, l'adoption des gestes barrières et l'accès aux soins.

À Cayenne, ce constat concerne tout particulièrement les quartiers les plus pauvres, ceux situés sur l'île de Cayenne. Alors, dès le début de la crise sanitaire, l'ensemble des acteurs œuvrant auprès des populations précaires se sont concertés pour, d'une part, repérer les situations de vulnérabilité des populations de l'île de Cayenne, d'autre part, concevoir une organisation pour leur faciliter l'accès aux soins. Chaque acteur, selon son champ d'action et de compétence, a réorganisé ses missions.

Dans ce cadre, la délégation Guyane de Médecins du monde (MdM) a réorganisé ses activités et déployé un programme d'urgence pour lutter contre la Covid-19. Elle a mis en place une plateforme de dépistage, d'annonce et de suivi à domicile dédiée à la Covid-19. Et renforcé ses dispositifs « d'aller-vers » les populations les plus vulnérables *via* des maraudes et des équipes mobiles sanitaires. Les bénévoles se sont mobilisés. Afin d'adapter les réponses des acteurs de l'aide dans ce contexte de crise, MdM a mené un projet de médiation en santé intégré à son programme « urgence ». Cette démarche a été un élément clé pour réduire les

L'ESSENTIEL

■ **En 2020, le confinement durant la pandémie Covid-19 a accentué la vulnérabilité des plus précaires en Guyane en rendant encore plus compliqué leur accès aux soins et aux droits. Pour lutter contre cette inégalité supplémentaire, Médecins du monde (MdM) a mis en place un programme d'urgence sur Cayenne et recruté dans ce cadre 13 médiateurs et médiatrices en santé pairs – c'est-à-dire issus des communautés accompagnées. L'évaluation de ce dispositif montre que la démarche de médiation est un élément central permettant de réduire les inégalités d'accès aux droits et aux soins et de faciliter l'accès à l'information et à la prévention. Elle souligne le rôle crucial des médiateurs, qui permettent de mieux saisir les spécificités et vulnérabilités des personnes accompagnées.**

inégalités d'accès aux droits et aux soins et pour faciliter l'accès à l'information et à la prévention.

Le projet médiation en santé – urgence Covid-19

Dans le cadre du projet, 13 médiateurs et médiatrices en santé « pairs » (c'est-à-dire issus des communautés accompagnées) et une chargée de projet ont été recrutés pour une période de trois mois (juillet à octobre 2020). Ces médiateurs ont été déployés au sein des activités de MdM et des structures partenaires



du projet (la Croix-Rouge française, les permanences d'accès aux soins de santé du centre hospitalier de Cayenne et l'association Développement, animation, accompagnement, coopération) ayant un besoin de renfort en médiation.

L'évaluation du projet a été réalisée sur un mois. L'approche qualitative a été utilisée, en mobilisant notamment l'entretien semi-directif au travers de deux grilles différentes (sept entretiens auprès de professionnels soignants et six entretiens auprès des médiateurs), ainsi que l'observation participante au sein des activités déployées et lors des réunions sur le projet.

Principaux résultats et analyse

La plupart des structures connaissent les principes de la médiation en santé et travaillaient avec des médiateurs. Cependant, ce projet leur a permis de redécouvrir la nature et l'enjeu de la médiation en santé, et ainsi d'améliorer l'usage de celle-ci et de repenser son intégration dans les activités mises en œuvre. « Avec le projet pool médiateur, on s'est vraiment dit qu'on sous-exploite nos médiatrices, qu'elles étaient vraiment utilisées comme des travailleuses sociales, et que le volet médiation n'était pas mis en valeur. Avec toute l'équipe de notre structure de santé, on a pourtant cette culture de la médiation, mais on n'avait jamais travaillé avec des médiateurs formés dans la médiation en santé connaissant les précarités et vulnérabilités spécifiques des communautés présentes en Guyane. » témoigne un soignant. Les enquêtés ont reconnu la place essentielle des médiateurs, qui aident les soignants à mieux saisir les spécificités et vulnérabilités des personnes accompagnées.

Il apparaît nécessaire de favoriser l'intégration de la médiation aux pratiques des acteurs de santé afin d'adapter les accompagnements ou

les consultations. Cette intégration nécessite une formation continue tant des médiateurs que des personnels amenés à travailler avec eux, notamment afin de repenser les postures, rôles et compétences de chacun. De plus, la promotion de la médiation doit permettre de valoriser le savoir-faire des médiateurs « pairs », afin qu'ils puissent exercer en étant reconnus dans le milieu professionnel.

Les enquêtés ont mis en avant d'autres obstacles au développement de la médiation en santé, notamment le faible salaire des médiateurs dans certaines structures, ainsi que le caractère irrégulier du séjour des personnes potentiellement employables en tant que médiateur « pair ». Développer la médiation dans ce contexte implique de mener un travail plus large, notamment lié à la régularisation du séjour des médiateurs « pairs », faute de quoi la mise en œuvre d'activités de médiation sera entravée de manière permanente.

Par ailleurs, le projet incluait le passage des médiateurs du statut de bénévole à celui de salarié, ce qui a profondément impacté de manière favorable leur vécu quotidien et familial. Ils ont été accompagnés dans les démarches de droit au séjour, d'ouverture de compte en banque, et ont pu disposer de ressources économiques sûres et suffisantes pour eux et leur famille. L'une d'elles témoigne : « Mieux pour moi, mieux pour ma famille, mieux pour les gens que j'accompagne : plus de sourire, d'amour (...). J'ai la sécurité économique maintenant. ». Un autre médiateur explique : « Avant, j'étais vraiment inquiet parce que je n'avais pas de carte de séjour. Pour traverser la rue, j'avais peur, je regardais à droite et à gauche pour voir s'il y avait la PAF¹. Mais maintenant, je sors dans la rue à n'importe quelle heure. Plus à l'aise et plus heureux pour faire mon travail. »

Le renouvellement des droits au séjour apparaissait comme étant la principale préoccupation des médiateurs interrogés – la fin du contrat de travail en médiation pouvant fragiliser leur situation. Le « retour à l'irrégularité » est ainsi une peur récurrente chez les médiateurs.

Un dispositif qui s'inscrit dans la durée

En conclusion, les médiateurs ont pu continuer à travailler au-delà de leur première mission liée au confinement. En effet, ce projet avait été prévu sur trois mois pour répondre à l'urgence. Néanmoins, l'objectif à la fin du dispositif était l'intégration professionnelle de ces médiateurs dans les structures ayant besoin de leurs compétences, notamment dans les projets créés pour répondre à la crise sanitaire.

Aussi, la plupart ont poursuivi un contrat avec les partenaires du projet. À ce jour, sur les 13 médiateurs, 12 sont toujours présents en Guyane. Dix ont suivi et obtenu le diplôme universitaire de médiation en santé délivré par l'université de Cayenne permettant de valoriser leur savoir-faire et faciliter leur insertion dans le monde du travail². Neuf exercent leur métier dans des structures sanitaires (Équipe mobile psychiatrie précarité, Permanence d'accès aux soins de santé, projet de recherche du centre hospitalier de Cayenne) médico-sociales (Croix-Rouge française) et des associations (IDSanté). Et enfin huit médiateurs ont pu accéder à une situation régulière par l'obtention de titres de séjour. ■

1. Police aux frontières

2. L'inscription à la plupart de ces diplômes universitaires a été financée par MdM.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Basurko C., Benazzouz B., Boceno C., Dupart O., Soucharde E., Trepont A., et al. La faim au temps du Covid-19 à Cayenne (Guyane) et dans ses environs. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 29, 2020 : p. 582-588.

En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/29/2020_29_1.html

Clinique LVR de Cologne : un hôpital attentif aux sensibilités culturelles

Entretien avec

Dr Nicola Herbig,

directeur du département Gestion de la qualité et organisation

Märkische Kliniken GmbH, Lüdenscheid,

Dr Ali Kemal Gün,

psychologue psychothérapeute,

délégué à l'intégration,

Clinique LVR de Cologne.

La Santé en action : Pourquoi cette fonction de délégué à l'intégration a-t-elle été créée et en quoi consiste-t-elle ?

Dr Nicola Herbig et Dr Ali Kemal Gün : La Clinique LVR de Cologne a été la première clinique psychiatrique allemande à désigner un délégué à l'intégration en 2006, créant un demi-poste pour cette fonction. Ce délégué a pour mission d'améliorer la qualité des soins pour les personnes issues de la migration, grâce à une adaptation stratégique et structurelle aux besoins des patients et du personnel. Il crée des liens entre la clinique, les services

communaux, les services étrangers, les services sociaux et les associations culturelles et sociales de migrants. Il représente la clinique dans des comités et groupes de travail communaux et interrégionaux consacrés aux questions migratoires. Au sein même de la clinique, il fait partie du comité éthique et anime le cercle de qualité relative à l'intégration. Ce dernier analyse la situation des patients issus de la migration et formule des propositions de décisions soumises à la direction. À souligner qu'il n'existe pas de formation spécifique à la fonction de délégué à l'intégration. Le principal prérequis pour occuper ce poste est une grande sensibilité culturelle.

S. A. : Comment avez-vous évalué l'efficacité de cette action à la Clinique LVR ?

N. H. et A. K. G. : Nous avons mis en place la palette suivante d'actions et de dispositifs que le personnel et les

L'ESSENTIEL

À la clinique psychiatrique de Cologne, le personnel soignant est formé à l'interculturalité et des interprètes médiateurs professionnels sont disponibles pour améliorer la prise en charge des patients issus de différentes cultures. L'évaluation démontre le recours intensif aux interprètes médiateurs d'intégration dans les différents services de l'établissement ainsi que leur bien-fondé. Cette démarche d'intégration a aussi un autre objectif : face à la pénurie de main-d'œuvre, il s'agit de faciliter l'intégration du personnel soignant venant d'autres pays et cultures.

patients utilisent largement : un questionnaire pour les patients dans 7 langues, pour mieux analyser et prendre en charge leurs problématiques de santé s'inscrivant dans leur situation globale, sociale et culturelle ; des formations interculturelles pour les soignants et les patients ; l'affichage d'un calendrier interreligieux dans les chambres des patients et les locaux des collaborateurs.

Et, maillon central, nous avons mis en place des interprètes-médiateurs d'intégration professionnels (*Sprach- und Integrationsmittler*), avec lesquels tous les membres du personnel peuvent prendre rendez-vous sans difficultés administratives, à leur initiative et sur demande des patients.

En outre, pour évaluer notre action, nous réalisons des auto-évaluations et des audits interculturels et suivons des indicateurs comme : la proportion de migrants parmi nos patients ; le nombre de réfugiés ; la satisfaction des patients issus de la migration ; la satisfaction de notre personnel vis-à-vis des





interprètes-médiateurs d'intégration auxquels nous faisons appel ; la diversité culturelle des collaborateurs.

S. A. : Comment cette fonction de délégué à l'intégration est-elle portée au sein de l'établissement ?

N. H. et A. K. G. : L'attitude de la direction de l'établissement est fondamentale. Ces thématiques doivent être portées et voulues par la direction. Grâce au travail combiné entre le délégué à l'intégration et la responsable de la gestion de la qualité, l'attention portée aux sensibilités culturelles est intégrée dans le schéma directeur de la clinique et fait partie des critères d'embauche ; à ce titre elle apparaît dans les offres d'emploi de la clinique. Il en résulte par exemple que les nouveaux documents tiennent compte des spécificités culturelles des migrants.

S. A. : Quels sont les résultats de ce programme d'ouverture aux sensibilités culturelles ?

N. H. et A. K. G. : Nous avons identifié plusieurs points forts dans notre action : le premier est de disposer d'un relevé statistique complet des patients

et de leur diversité culturelle ; au préalable, pour évaluer l'ampleur des besoins, nous avons recensé la proportion de patients issus de la migration (selon la définition de l'Office fédéral des statistiques), sur la base d'enquêtes renouvelées à date fixe.

En second lieu, nous encourageons une ouverture aux sensibilités culturelles : en se proclamant « Hôpital des cultures », la Clinique LVR de Cologne s'impose des obligations auxquelles nous sommes tenus dans l'ensemble de nos démarches, actions et outils d'information : sur notre site Internet, dans nos publications et sur les réseaux sociaux. Enfin, nous portons une parole politique dans les hôpitaux, les réseaux et les groupes de travail, au niveau communal, régional et fédéral. En 2018, nous avons reçu le *Best Practice Award* de KTQ GmbH et en 2021, le bronze au Prix de l'excellence allemande (prix Ludwig Erhard).

S. A. : En conclusion quel bilan dressez-vous de cette action ?

N. H. et A. K. G. : Afin de garantir la pérennité du poste de délégué à l'intégration, nous l'avons intégré

dans la politique de qualité de l'établissement. La pérennisation est sûrement la partie la plus difficile.

Côté personnel soignant, avec le manque de personnel qualifié, l'intégration de collaborateurs étrangers dans les services cliniques gagne en importance. Les malentendus culturels sont monnaie courante dans les hôpitaux. Résultat : se sentant incompris, les collaborateurs d'origine étrangère quittent les hôpitaux. C'est un désastre du point de vue financier et opérationnel.

Notre plus grande réussite est le recours intensif aux interprètes-médiateurs d'intégration dans les différents services. Notre plus grande déception, c'est de ne pas encore avoir réussi à faire que l'action du délégué à l'intégration aille de soi.

Enfin, pour ce qui est des perspectives, l'intégration des collaborateurs étrangers dans les unités cliniques et les services est incontournable. Il faut, pour y parvenir, que le personnel de langue allemande et les nouvelles recrues étrangères se montrent attentifs aux sensibilités culturelles, dans un processus d'adaptation basé sur la réciprocité. Il n'est jamais trop tôt pour susciter cet état d'esprit dans son propre établissement. ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Contact

Dr Nicola Herbig, courriel : nicola.herbig@maerkische-kliniken.de

Dr Ali Kemal Gün, courriel : a.k.guen@lvr.de

Pour en savoir plus

- www.maerkische-kliniken.de
- www.klinik-koeln.lvr.de
- Herbig N. Implementierung des kultursensiblen Ansatzes im Qualitätsmanagement. Kann ich meinen Patienten verstehen? *Health Care Management*, vol. 10, n° 7-8, 2019 : S. 50-51.
- Gün A. Interkulturelle therapeutische Kompetenz. Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischen Handelns. 2018, Stuttgart : Kohlhammer.

Belgique : « La médiation interculturelle est un apport crucial dans la prise en charge de la santé des patients »

Entretien avec Hans Verrept, responsable de la cellule Médiation interculturelle et support de la politique, soins psychosociaux, Directorat général soins de santé, Service public fédéral, Bruxelles, Belgique.

La Santé en action : Pourquoi un groupe d'experts et de travailleurs de terrain ont-ils créé la médiation interculturelle en Belgique ?

Hans Verrept : La médiation interculturelle est née d'une simple observation en salle de travail d'une

maternité à Gand, par un médecin généraliste en internat : les accouchements de femmes turques ne parlant ni le néerlandais ni le français se déroulaient de manière inhumaine, par manque de communication. La solution mise en œuvre a été l'embauche d'une femme turque parlant le néerlandais. Cet événement servant de « pierre fondatrice » remonte à la fin des années 1970. Cependant, le développement à plus grande échelle de la médiation interculturelle n'est intervenu qu'au début des années 1990, période très marquée par l'émergence de courants politiques d'extrême droite, au cours de laquelle plusieurs enquêtes commanditées par le Commissariat royal à la politique des immigrés avaient dressé le double constat suivant : la population immigrée souffre d'une santé dégradée et le système de soins belge fonctionne moins bien pour elle.

S. A. : Comment la médiation interculturelle a-t-elle été mise en œuvre ?

H. V. : En Flandre, un certificat en médiation interculturelle s'adressant aux personnes parlant le néerlandais ainsi qu'une autre langue (au début il s'agissait du turc, marocain et italien) a alors été créé pour intervenir dans les hôpitaux, les centres de santé primaires et les écoles. D'abord réalisée sous la forme de projet, la médiation interculturelle a bénéficié à partir de 1999 d'une dotation fédérale hospitalière, et depuis 2014 des budgets supplémentaires de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour la médiation

interculturelle par visioconférence. L'objectif était d'inscrire la médiation dans l'ADN des institutions de soins et s'ouvrir à d'autres langues et cultures. Tout hôpital peut depuis cette date demander un financement pour l'engagement d'un/de postes de médiation pour des interventions sur site.

Actuellement, 120 médiateurs, financés sur le budget fédéral, réalisent entre 115 000 consultations par an dont 10 % en visioconférence. La médiation interculturelle en visioconférence concerne les hôpitaux, les maisons médicales, les médecins traitants et les services médicaux des structures d'accueil des demandeurs d'asile. Parallèlement à cette médiation « externe » financée par la Belgique, l'autre voie possible, c'est-à-dire la formation du personnel hospitalier à la médiation interculturelle, a eu un succès mitigé et a été progressivement abandonnée suite au manque d'intérêt manifesté par les professionnels de santé. En d'autres termes, nous ne sommes pas parvenus à convaincre les prestataires de soins – et en particulier les médecins.

S. A. : Quelles sont les missions et les qualifications des médiateurs interculturels ?

H. V. : La médiation interculturelle est une démarche favorisant une bonne prise en charge médicale. Pour le soignant, c'est notamment la garantie d'un échange éclairé avec le patient. « Interculturel » signifie la capacité à décoder culturellement la communication non-verbale du patient, à soutenir son niveau de littératie en santé (c'est-à-dire

L'ESSENTIEL

■ **Hans Verrept dresse le constat qu'en Belgique, le système de soins fonctionne moins bien pour la population immigrée, laquelle souffre d'une santé dégradée. Face à cette situation d'inégalité d'accès, depuis 2014, tout hôpital peut demander un financement pour faire intervenir des médiateurs. 120 médiateurs financés sur le budget fédéral réalisent 110 000 consultations par an. La médiation interculturelle concerne les hôpitaux, les maisons médicales, les médecins traitants et les services médicaux des structures d'accueil des demandeurs d'asile. Elle favorise une bonne prise en charge médicale, en décodant la communication non-verbale du patient. Elle permet au patient de comprendre, d'exercer son libre choix et de prendre les décisions les plus adéquates concernant sa santé en tout connaissance de cause. Le médiateur donne sens au vécu du patient ; il déconstruit aussi sa position minoritaire face au soignant. La médiation interculturelle va donc bien au-delà d'un simple interprétariat.**



lui permettre de comprendre pour pouvoir exercer son libre choix après avoir accédé à l'information), à donner sens à son vécu et à déconstruire sa position minoritaire face au soignant. La médiation interculturelle va par conséquent bien au-delà d'un simple interprétariat. Toutefois, elle n'intervient que très exceptionnellement en soutien à l'accès au droit commun, contrairement aux médiateurs en santé ou *community health workers*¹, qui justement, vont à la rencontre de la communauté pour identifier les personnes ayant des besoins en santé et/ou en droit commun.

Pour ce qui est de la certification des actuels 120 médiateurs évoqués plus haut, elle n'a guère évolué depuis sa création, et son niveau d'exigence est inférieur à celui de l'interprétariat pur. Selon l'action conjointe européenne TIME², un niveau de bachelors (bac+3) serait requis pour faciliter la reconnaissance de ce métier à sa juste valeur auprès des soignants, potentiellement plus diplômés. Pour résoudre ce problème et garantir les compétences des médiateurs, le Service public fédéral Santé organise des tests stricts avant de les embaucher, ainsi que des sessions de formation et des supervisions pour garantir la qualité des services de médiation interculturelle.

S.A. : **Quel bilan dressez-vous de vos actions ?**

H. V. : En place depuis 30 ans, la médiation interculturelle – en dépit du travail effectué – n'a hélas pas pu contribuer à la mise en place d'un plan de gestion de la diversité des patients accueillis dans tous les hôpitaux, comme le suggérait le projet pilote européen *Migrant-friendly hospitals* en 2002³. C'est la raison pour laquelle dans le futur, nous souhaiterions développer et mettre en œuvre un plan de gestion de la diversité des patients accueillis, qui serait une condition pour qu'un hôpital puisse obtenir un financement d'un poste de médiateur interculturel. Nous pouvons aussi nous demander si cela fait sens qu'un hôpital ait un seul médiateur, comme c'est parfois le cas : s'il travaille 220 jours par an, il est absent quasiment la moitié du temps.

Les évaluations scientifiques et les constats sur le terrain ont démontré l'efficacité de la médiation interculturelle. Et si dans un premier temps, elle est plus coûteuse à mettre en place que la *statu quo*, à terme elle permet de faire des économies car elle réduit le coût financier de la prise en charge des personnes exclues, coût qui s'accroît avec le temps [1]. Elle contribue à une réduction essentielle des inégalités dans

le système de santé. Autre piste encourageante, les médecins des maisons médicales – ayant une patientèle vulnérable du fait de conditions socio-économiques défavorables – considèrent la médiation interculturelle comme un apport crucial dans le suivi médical.

De notre point de vue, la coexistence de la médiation interculturelle (amélioration de la prise en charge médicale) et de la médiation en santé (lutte contre l'iniquité c'est-à-dire les inégalités d'accès aux soins, à la prévention et à la santé globale) fait sens si elle est accompagnée d'une prise de conscience plus globale concernant la « littératie en santé », c'est-à-dire la capacité pour le patient à comprendre pour pouvoir prendre soin de sa santé. Il ne faut pas perdre de vue que 33 % de la population belge âgée de 15 ans et plus a un niveau de littératie dans ce domaine trop faible pour pouvoir prendre des décisions dans le meilleur intérêt de sa santé.⁴ ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

1. Community health workers : Qu'on les appelle « agents de santé communautaire » à Bruxelles, « community health workers » en Flandre ou « facilitateurs en santé » en Wallonie, ces travailleurs et travailleuses ont pour mission d'aller à la rencontre de ces publics, dans leurs lieux de vie, et de les accompagner dans une démarche d'amélioration de l'accès aux soins et à la santé. Source : revue Éducation santé, n° 383, décembre 2021. En ligne : <https://educationsante.be/numero/383/>
2. TIME: train intercultural mediators for a multicultural Europe. Mediation-Time; 2015. En ligne : <http://mediation-time.eu/>
3. Hope.Migrant Friendly Hospitals. En ligne : https://hope.be/EU_Projects/mfh/
4. <https://www.healthylbelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/health-literacy#key-messages>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE :

[1] Bischoff A., Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC health services research*, 2010, vol. 10, n° 248. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731818/>

Pour en savoir plus

Littérature relative au dossier

47

Pour compléter ce dossier consacré à la médiation en santé, nous proposons ici des ressources documentaires organisées selon sept axes : généralités ; médiation transculturelle et les populations vulnérables ; médiation et la pair-aidance en pédiatrie et santé mentale ; pratiques professionnelles, la prise en charge et les formations des professionnels ; la formation ; organismes ressources.

Ce numéro fait écho à cinq autres dossiers parus ces dernières années :

- « **Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ?** » [Dossier]. *La Santé en action*, n° 435, mars 2016. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2016-n-435-intervenants-du-social-quel-role-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>
- « **Migrants en situation de vulnérabilité et santé** » [Dossier]. *La Santé en action*, n° 455, mars 2021. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>
- « **Interculturalité, médiation, interprétariat et santé** » [Dossier]. *La Santé en action*, n° 442, décembre 2017. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2017-n-442-interculturalite-mediation-interpretariat-et-sante>
- « **Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?** » [Dossier]. *La Santé en action*, n° 428, juin 2014. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2014-n-428-territoires-fragilises-queelles-strategies-pour-la-sante-des-populations>
- « **Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention** » [Dossier]. *La Santé de l'homme*, n° 414, juillet-août 2011. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-de-l-homme-juil-aout-2011-n-414-inegalites-sociales-de-sante-connaissances-et-modalites-d-intervention>

Sandra Kerzanet

documentaliste,
Direction Scientifique et International,
Santé publique France.

SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

GÉNÉRALITÉS

- Ben Mrad F. **La médiation sociale : entre résolution des conflits et sécurisation urbaine.** *Revue française des affaires sociales*, 2004 : p. 231-248. En ligne : <https://doi.org/10.3917/rfas.043.0231>
- Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). **Le programme Médiateurs de Santé-Pairs (MSP).** En ligne : <https://www.c2rp.org/wp-content/uploads/2021/11/CCOMS-MSP-OCTOBRE-2021.pdf>
- Conseil de l'Europe. **Pour construire une culture institutionnelle inclusive : compétences interculturelles dans les services sociaux. Guide méthodologique.** Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe, 2011 : 138 p.
- Durand B. **Les origines de la pair-aidance.** *Pratiques en santé mentale*, vol. 66, n° 3, 2020 : p. 6-13. En ligne : <https://doi.org/10.3917/psm.203.0006>
- Gava M.-J., Chavanis J.-L. **Outils et pratiques de la médiation. Dénouer et prévenir les conflits dans et « hors les murs ».** Inter-Éditions, 2019 : 324 p.
- Guillaume-Hofnung M. **La Médiation.** Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 2020 : 128 p.
- Haschar-Noé N., Bérault F. **La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins.** *Santé publique*, vol. 31, n° 1, 2019 : p. 31-42.
- Haute Autorité de santé. **La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques.** Saint-Denis : HAS, coll. Recommandations en santé publique, 2017 : 56 p. En ligne :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801509/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins-referentiel-de-competences-de-formation-et-de-bonnes-pratiques

- Ngan J.-A. **La médiation : concept, modèles et approches.** *Sociographe*, vol. 77, n° 1, 2022 : p. 129-138.
 - Prévost M. **Médiation et promotion de la santé : réflexions.** *Santé conjugulée*, n° 68, juin 2014. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Mediation-et-promotion-de-la-sante.html>
 - Richard C. **La santé autrement : Expériences communautaires, féministes et antiracistes.** *Revue du Crieur*, n° 18, 2021 : p. 30-47. En ligne : <https://doi.org/10.3917/crieu.018.0030>
 - Truelle J.-L., Azoux-Bacrie L., Meralli-Ballou Monnot S., Cohen Solal H. **Médiation et Santé : Un nouveau droit de l'homme.** Montigny-le-Bretonneux : Médias & médiations ed., Janvier 2018 : 270 p.
 - **Développer l'accompagnement global et les leviers de prévention.** Paris : Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, 2018 : 416 p. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000783.pdf>
- ### MÉDIATION TRANSCULTURELLE – POPULATION VULNÉRABLE
- Bouznah S., Moro M.-R., Escaich M., *et al.* **Médiations transculturelles [Dossier].** *L'Autre*, vol. 21, n° 1, janvier-mars 2020 : p. 19-82. En ligne : <https://revuelautre.com/dossiers/mediations-transculturelles/>
 - Chambon N., Traverso V., Zeroug-Vial H. **Pair-aidance, interprétariat et médiations [Dossier].** *Les cahiers de Rhizome*, n° 75-76, 2020 : 202 p.

Dossier

Médiation en santé : lever les obstacles aux parcours de soin

- Chetrit J. Médiateur de santé : il facilite l'accès aux soins des publics vulnérables. *La Gazette des communes*, n° 2599, 2022 : p. 24.
 - Chaouite A. (dir), Ferhat B., Righi F. *L'expérience interculturelle dans l'intervention sociale. Essai sur l'invisibilité des minorités visibles*. Paris : L'Harmattan, coll. Recherche et transformation sociale, 2016 : 174 p.
 - Cohen-Emerique M. *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2015 : 480 p.
 - Comité pour la santé des exilés (COMED). *Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*. Paris : COMED, 2015 : 536 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>
 - Gardien E. (dir), Héas S., Laval C. *L'accompagnement par les pairs. Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap. Actes de la journée d'étude EXPAIRs 2018*. Rennes : Maison des sciences de l'homme en Bretagne, 2019 : 61 p.
 - Haute Autorité de santé. *Interprétariat dans le domaine de la santé : référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques (soumis à la consultation publique du 20 février au 13 mars 2017)*. Saint-Denis : HAS, coll. Recommandations en santé publique, 2017 : 31 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques
 - Hoyez A.-C., Pian A., Jarno P., Lepetit A. Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès de migrants : le cas des interprètes. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, hypotheses.org, 2019. En ligne : <https://journals.openedition.org/rfst/342>
 - Santé publique France. « Les livrets de santé bilingue », outil de liaison entre migrants et professionnels de la santé ou du social. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022, disponible en 17 langues. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>
 - Kulakowski C. *Au-delà des recommandations, comment mener à bien des projets interculturels ? Avec quels moteurs, quels freins et quels obstacles ?* Journée d'étude du CIEP : « Interculturalité : À la croisée des diversités ». Louvain-la-Neuve, 25 février 2011. En ligne : <https://www.ciep.be/images/publications/CahierCIEP/Cah.CIEP10.pdf>
 - Larchanché S., Bouznah S. La médiation transculturelle : un nouvel outil. *L'Autre*, vol. 21, n° 1, 2020 : p. 4-7.
 - Pian A., Hoyez A.-C., Tersigni S. L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 23, 2018 : p. 55-78.
 - Prochasson D. La médiation en santé bouscule de secteur du social et de la santé. *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 3007, 2017 : p. 26-29.
 - Tessier S. Médiation, interculturalité, interprétariat. *Psychotropes*, vol. 27, n° 1-2, 2021 : p. 41-44.
 - Verrept H., Coune I. *Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé*. Bruxelles : Santé Publique, 2016 : 52 p. En ligne : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_fr_-_def.pdf
 - Verrept H. *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* Genève : OMS, 2019 : 64 p. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327321>
- ### MÉDIATION, PAIR AIDANCE EN PÉDIATRIE ET SANTÉ MENTALE
- Bochicchio L., Stefancic A., Gurdak K., et al. "We're all in this together": peer-specialist contributions to a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness. *Administration and policy in mental health*, vol. 46, n° 3, 2019 : p. 298-310.
 - Cloutier G., Maugiron P. La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, vol. 92, n° 9, 2016 : p. 755-760. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-755.htm>
 - Daffort M., Pulcini M. Évaluation des connaissances et représentations actuelles sur la pair-aideance chez les professionnels intervenant en psychiatrie au CHU de Saint-Étienne. *L'information psychiatrique*, vol. 97, n° 7, 2021 : p. 581-587. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-7-page-581.htm>
 - De Castro F., Narci-Zanni E. *Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? Petit guide pratique à destination des équipes qui souhaitent se lancer*. Centre ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive, 2019 : 20 p. En ligne : https://centre-ressource-rehabilitation.org/sites/centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf
 - Demailly L., Bêlart C., Déchamp-Le-Roux C., Dembinski O., Farnier C., Garnoussi N., et al. *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014*. Université de Lille I, 2014 : 75 p. En ligne : https://www.cnsa.fr/documentation/164-roelandt-rapport_final.pdf
 - Demailly L. Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Les Cahiers de Rhizome*, n° 75-76, 2020 : p. 37-47.
 - Demailly L., Garnoussi N. Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Soins, revue Sciences et actions sociales*, 2016. En ligne : <https://journals.openedition.org/sas/1885>
 - Fnes. *L'accompagnement par les pairs : une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap. Actes de la journée d'étude EXPAIRs 2018*. Rennes : Maison des sciences de l'homme en Bretagne, 2019 : 61 p. En ligne : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2019/10/Actes_JE_EXPAIRs_2018_VF.pdf
 - Gerbier-Aublanc M. La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant-e-s vivant avec le VIH en France. *Working Paper du Ceped*, n° 45, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD, ERL 1244 Inserm). Paris, mai 2020. En ligne : <https://www.cepced.org/IMG/pdf/wp45.pdf>
 - Lachal J., Escaich M., Bouznah S., Rousselle C., de Lonlay P., Canouï P., et al. La consultation de médiation transculturelle dans un hôpital pédiatrique en France. Étude qualitative et quantitative de l'expérience des participants et impacts sur les coûts hospitaliers. *L'Autre*, vol. 21, n° 2, 2020 : p. 188-203.
 - Leanza Y., Angele R., René De Cotret F., Bouznah S., Larchanché S. Former au travail avec interprète de service public et à la médiation

interculturelle. Une étude exploratoire. *L'Autre*, vol. 21, n° 1, 2020 : p. 73-82.

• **Leconte F.** Interprétation-médiation : quelques réflexions à partir du point de vue des acteurs. HAL open science, 2019 : 18 p. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02320943/document>

• **Luigi F., Brun P.** Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair. *Pratiques en santé mentale*, vol. 66, n° 3, 2020 : p. 14-19.

• **Mouchenik Y., Rosso N., Lefebvre M.-P.** Clinique transculturelle et médiation thérapeutique en pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*, vol. 76, n° 4, 2017 : p. 80-88.

• **Niard C., Franck N.** Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France. Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ? *Pratiques en santé mentale*, vol. 66, n° 3, 2020 : p. 50-57.

• **Pelletier J.-F.** *Se rétablir en santé mentale. Fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance*. Paris : Elsevier Masson, 2021 : 169 p.

• **Pian A., Hoyez A.-C., Tersigni S.** L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2-3, 2018 : p. 55-78.

• **Sanchis Zozaya J., Tzartzas K., Dominicé Dao M., Bodenmann P., Marion-Veyron R.** L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours. *Forum Med Suisse*, vol. 18, n° 15, 2018 : p. 325-331. En ligne : <https://doi.org/10.4414/fms.2018.03251>

• **Tessier S., Marchal J., Bouthelot M., Groslier M.-H.** La puéricultrice face à la diversité des publics : une expérience pédagogique [dossier thématique « Formations, santé, social : la fabrication des nouvelles générations professionnelles »]. *Revue Sociologie et santé*, n° 37, octobre 2014 : P. 157-176.

• **Tessier S., Kotobi L., Boussouar M.** Interculturalité, médiation, interprétariat et santé [Dossier]. *La Santé en action*, n° 442, décembre 2017 : p. 8-40. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2017-n-442-interculturalite-mediation-interpretariat-et-sante>

• **Trompesance T., Jan O.** Accès aux soins en santé mentale et médiations en santé. Expérience rouennaise à destination des gens du voyage. *VST – Vie sociale et traitements*, vol. 146, n° 2, 2020 : p. 5-8. En ligne : <https://doi.org/10.3917/vst.146.0005>

PRATIQUES PROFESSIONNELLES, PRISE EN CHARGE, FORMATION DES PROFESSIONNELS

• **Agence nationale de la cohésion des territoires.** *Dispositif adultes-relais. Médiation en santé*. Mise à jour 2 août 2019. En ligne : <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/dispositif-adultes-relais>

• **Andrieux E., Gacon L.** *Médiateur.e.s en santé : une approche reconnue, un métier à promouvoir*. Actes : AŞAV, 2017 : 95 p. En ligne : http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/08/M%C3%A9diateurs-en-sant%C3%A9-une-approche-reconnue-un-m%C3%A9tier-%C3%A0-promouvoir_Colloque_12d%C3%A9c2016-2.pdf

• **Bonnami A.** *Le pair aidant : un nouvel acteur du travail social ? Nouveaux enjeux, nouvelle approche du soutien et de l'accompagnement*. Montrouge : ESF Éditeur, coll. Actions sociales/référence, 2019 : 185 p.

• **Blanc G., Pelosse L.** *La médiation santé : un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête*. Lyon : FRAES Rhône-Alpes, mars 2010 : 22 p. En ligne : https://www.ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=b48b4446586b7c04a40c1e79806a3b18

• **Brun P.** La pair-aidance, posture critique. *Psychotropes*, vol. 27, n° 1-2, 2021 : p. 97-100.

• **Charlier E., Sandron L.** Les pairs aidants : vecteurs ou victimes de précarisation du travail social ? *Le Sociographe*, n° 64, 2018 : p. 71-83. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2018-4-page-71.htm>

• **Charrier P., Buchet-Poyau K., Delaroche-Gaudin M., Douplat M., Jacquin L., Occelli P., et al.** Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ? *Santé Publique*, vol. 31, n° 6, 2019 : p. 797-807. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.196.0797>

• **Coutherut J., Coutant C., Arnaud A., Robin C., Joret I., Rouccou M., et al.** Réponse à la crise sanitaire Covid auprès des personnes vivant en bidonvilles : apports du partenariat sanitaire/médiation en santé et sociale. *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, vol. 1, n° 2, Suppl. 1, 2022 : P. S111-S112.

• **Couty E.** La médiation pour les professionnels des établissements hospitaliers et médicosociaux publics : un service émergent face à de grands défis. *L'Information psychiatrique*, vol. 95, n° 5, 2019 : p. 317-322.

• **Daniau C., Wagner V., Kermarec F., Lert F., Gourier-Fréry C., Ménard C., et al.** Rôle médiateur des attitudes dans la relation entre les nuisances industrielles et la santé perçue. *Environnement, Risques & Santé*, vol. 17, n° 6, 2018 : p. 596-610.

• **Delaquaize H.** Un médiateur en santé publique a-t-il une place dans une institution ? Une expérience innovante. *Psychotropes*, vol. 27, n° 1-2, 2021 : p. 101-106.

• **Demilly L., Garnoussi N.** Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences & Actions Sociales*, vol. 1, n° 1, 2015 : p. 51-72.

• **Domingo H., Eggrickx A., Naro G., Cudennec A., Martinez É., Bourret R.** Le TDABC : un outil d'évaluation de la médiation en santé ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 33, n° 7-8, 2015 : p. 429-443.

• **Escaich M., Bouznah S., Moro M.-R., Lachal J.** Évaluation qualitative d'un dispositif de médiation transculturelle. *L'Autre*, vol. 21, n° 1, 2020 : p. 30-41.

• **Fanchini A., Maurice A.** Devenir médiateur de santé-pair : faire de l'expérience des troubles psychiques une source d'empowerment ? *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2021 : p. 169-194.

• **Gacon L., Teoran J., Andrieux E.** *Évaluation du programme national de médiation sanitaire. Rapport final*. Nanterre : Association pour l'accueil des voyageurs, 2016 : 109 p. En ligne : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>

• **Gava M.-J., Chavanis J.-L.** *Outils et pratiques de la médiation. Dénouer et prévenir les conflits dans et « hors les murs »*. Paris : InterEditions, 2019 : 320 p.

- Gerbier-Aublanc M. La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant(e)s vivant avec le VIH en France. *Working paper du Ceped*, n° 45, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD, ERL 1244 Inserm). Paris, mai 2020 : 15 p. En ligne : <https://www.cephed.org/IMG/pdf/wp45.pdf>
- Guillaume-Hofnung M. *La médiation*. Paris : PUF, coll. Que sais-je ? 2015 : 128 p.
- Haschar-Noé N., Berault F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publique*, vol. 31, n° 1, 2019 : p. 31-42.
- Haschar-Noé N., Basson J.-C. Devenir médiateur-riche dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur-riche-s pair-e-s de la Case de Santé de Toulouse. *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2021 : p. 253-273.
- Hautefeuille M. Médiateur de santé publique, médiateur santé pair, pair-aidant, patient expert ? Éditorial. *Psychotropes*, vol. 27, n° 1-2, 2021 : p. 5-9. En ligne : <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0005>
- Hude W., Éric P. Les médiateurs de santé pair : une profession en devenir. *L'information psychiatrique*, vol. 96, n° 7, 2020 : p. 527-532.
- Joly E. Médiateur de santé pair. *Priorités santé*, n° 59, 2021 : p. 16. En ligne : http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_cres-paca/_depot_arko/articles/2871/voir-le-bulletin-n-59_doc.pdf
- Lachal J., Escaich M., Bouznah S., Rousselle C., Lonlay P.D., Ganoui P., et al. Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ Open*, vol. 9, n° 11, 2019 : e032498.
- Lahmidi N., Lemonnier V. Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles. *Rhizome*, n° 68, juin 2018 : p. 10-11. En ligne : <https://doi.org/10.3917/rhiz.068.0010>
- Les Community Health workers. *Education Santé*, n° 383, décembre 2021 : p. 3-7. En ligne : <https://educationsante.be/content/uploads/2021/11/es-383-br.pdf>
- Maillard I., L'Épée L., Bensussan A., Ledrich J. *Chapitre 16 – Heurs et malheurs de l'évaluation quantitative du programme « Médiateur de santé – pair »*. In: Roelandt J.-L. éd., *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs : Une révolution intranquille*. Paris : Doin, 2016 : p. 225-243. En ligne : <https://doi.org/10.3917/jle.roela.2016.01.0225>
- Maugiron P. De bénévole à professionnel : récit de l'engagement d'un médiateur de santé-pair. *Raison présente*, vol. 209, n° 209, 2019 : p. 33-42.
- Médecins du monde. *La médiation sanitaire et sociale : pratiques nouvelles et enjeux. Synthèse du colloque du 26 novembre 2013*. Nantes : Médecins du monde, 2013 : 15 p. En ligne : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/SYNTHESE-COLLOQUE-NANTES-NOV2013.pdf>
- Mettre en œuvre la pair-aidance. [Dossier]. *Santé mentale*, n° 248, mai 2020.
- Médiations : de l'activité au partage [Dossier]. *VST – Vie sociale et traitements*, n° 153, 2022 : 150 p.
- Ouaklil D. Le travail de médiatrice en santé paire au sein du programme « Un chez-soi d'abord ». *Rhizome*, N° 71, 2019 : p. 111-116. En ligne : <https://doi.org/10.3917/rhiz.071.0111>
- *Pair-aidance, interprétariat et médiations* [Dossier]. *Les Cahiers de Rhizome*, n° 75-76, 2020 : 202 p. En ligne : https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2020/12/Cahiers_Rhizome_75-76.pdf
- Pinet E., Niard C. Regards croisés de deux médiateurs de santé pairs. *L'Aide-Soignante*, vol. 33, n° 208, juin 2019 : p. 20-22.
- Prochasson D. La médiation en santé bouscule le secteur du social et de la santé. *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 3007, 2017 : p. 26-29.
- Quiviger G. Témoignages, expériences, démonstrations. La prise en compte de « la culture de la personne » dans l'intervention sociale comme outil d'appropriation du Pouvoir d'Agir. *Forum*, n° 162, 2021 : p. 29-38.
- Roelandt J.-L., Staedel B., Rafaël F., Marsili M., François G., La Cardinal P., et al. Programme médiateurs de santé / pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014. Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), EPSM Lille-Métropole, 2015 : 60 p. En ligne : http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf
- Roelandt J.-L., Staedel B. *L'expérimentation des médiateurs de santé pairs : une révolution intranquille*. Paris : Doin, Coll. Polémiques, 2016 : 270 p.
- Sani S. The Profession and the Roles of the Intercultural Mediator in Italy. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 191, n° 1, juin 2015 : p. 2546-2548.
- Seghrouchni Y. On les appelle « pairs-aidants » ou « experts du vécu ». Focus sur ces citoyens aux parcours peu communs [Dossier]. *Bruxelles santé*, n° 92, 2018 : p. 7-13. En ligne : https://questionsante.org/wp-content/uploads/2021/08/20210810_pub_bxlsante92.pdf
- Staedel B., Hude W. Programme médiateurs de santé-pairs. *ADSP*, n° 110, mars 2020 : p. 8-9. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1100809.pdf>
- Troisoefus A. Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé. *Les Cahiers de Rhizome*, n° 75-76, 2020 : p. 27-36. En ligne : http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Cahiers_Rhizome_75-76.pdf
- Verrept H., Coune I., Van de Velde J., Baatout S. *Évaluation des projets de médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence) dans les soins de santé*. Cellule Médiation interculturelle et support de la politique, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Belgique, 2018 : 60 p. En ligne : http://psynam.be/wp-content/uploads/2022/04/Rapport_fr.pdf

FORMATIONS

- Bonnami A. La reconnaissance des savoirs expérientiels dans la formation de pairs aidants. Analyse d'un dispositif de formation au sein de l'IRTS Montrouge-Neuilly-sur-Marne. *Vie sociale*, n° 25-26, 2019 : p. 225-242.
- Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé (LEPS) UR 3412. *Licence Sciences Sanitaires et Sociales (SSS) parcours Médiateurs de Santé-Pairs*. Université Paris 13. En ligne : <https://leps.univ-paris13.fr/fr/formations/licence-sss-mention-me%CC%81diateurs-de-sante%CC%81.html>

• **Haschar-Noé N., Berault F., AAPRISS.** *Étude d'opportunité pour la mise en œuvre d'une formation « médiation en santé » dans la région Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées. Rapport final.* Toulouse : ARS Occitanie, 2016 : 84 p.

• **St-Onge M., Bossé A., Rousseau S.** *20 Formations à la pair-aidance au Québec.* In : Franck N., Cellard C. *Pair-aidance en santé mentale : Une entraide professionnalisée.* Paris : Elsevier : 2020 : 304 p.

• **Université Paris Cité.** *DU Médiations en santé – Approche transculturelle – Processus de médiations.* En ligne : https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/du-mediations-en-sante-approche-transculturelle-processus-de-mediations-XUM4_121.html

• **Université Sorbonne Paris Nord.** *DU Médiation en santé.* En ligne : <http://odf.univ-paris13.fr/fr/offre-de-formation/feuilleter-le-catalogue-1/sciences-technologies-sante-STS/diplome-d-universite-1/du-mediation-en-sante-program-bdums-116-2.html>

RESSOURCES DOCUMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

• **Cambon M.** *Médiation en santé. Bibliographie sélective.* IREPS Occitanie, 2017 : 17 p. En ligne : <https://doccitane-sante.fr/wp-content/uploads/2019/01/m%C3%A9diation-en-sant%C3%A9.pdf>

• **Sizaret A.** « *La pair-aidance* ». *Dossier documentaire.* Ireps Bourgogne Franche-Comté : mars 2020 : 61 p. En ligne : <https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/pair-aidance-dossier-documentaire-ireps-bfc.pdf>

• **Sizaret A.** *Migrants et santé. Bibliographie.* 14^e Université d'été francophone en santé publique, Besançon, 2 au 7 juillet 2017. Ireps Bourgogne Franche-Comté, 2017 : 24 p. En ligne : <https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2017-ueete-bibliomigr.pdf>

SÉLECTIONS D'ORGANISMES

Comité pour la santé des exilés (COMEDE)

Créé en 1979, le Comité pour la santé des exilés a pour mission la protection de la santé des exilés et la défense de leurs droits. En plus de permanences téléphoniques pour les particuliers ou professionnels, le comité propose plusieurs types d'accompagnement, répartis sur plusieurs sites : les consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et sociojuridiques au centre de santé (Hôpital de Bicêtre) ; la formation, en direction des professionnels de santé, du social et

du droit ; l'information, à travers le « Centre-ressources » national ; une assistance juridique par téléphone ou sur rendez-vous pour les particuliers ou professionnels à l'Espace Santé Droit (ESD, Hôpital Avicenne). Le COMEDE édite, par ailleurs chaque année, un guide à destination des professionnels, d'accompagnement des migrants/étrangers en situation de précarité dans le système de soins ; il produit également la lettre d'information *Maux d'Exil*. <http://www.comede.org/>

Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat)

La Fnasat-Gens du voyage (Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage) a vu le jour en décembre 2004. Cette fédération résulte de l'union entre l'association Études Tsiganes et les fédérations d'associations Unisat (Union nationale des institutions sociales d'action pour les Tsiganes) et Unagev (Union nationale pour l'action auprès des Gens du voyage). <http://www.fnasat.asso.fr/>

IRIS, plateforme interprofessionnelle de ressources en interculturelité et santé

Action pilotée par le Comité d'éducation pour la santé du Gard (Codes 30), la plateforme IRIS a pour but de « renforcer et d'améliorer l'accompagnement des personnes immigrées afin de favoriser leur accès à la santé et aux droits par des actions de sensibilisation, formation et échanges de pratiques en direction des professionnels, et la création d'un outil pédagogique ». La plateforme propose un ensemble de ressources organisé en trois parties : « Comprendre » qui propose des définitions, actualités, les plans et programmes de référence, des données d'enquête sur l'interculturalité ; « Agir » qui présente des guides pratiques pour construire des actions en interculturalité, des outils pédagogiques et un répertoire d'acteurs ; « Pour aller plus loin », une sélection de ressources complémentaire sur les questions d'interculturalité en santé. [source : site web IRIS] <http://www.agisante-gard.org/>

ESPER Pro (Espoir, soutien, plaidoyer, Empowerment, Responsabilisation)

À partir de 2012, cette association s'est donnée pour mission de solliciter les pouvoirs publics avec pour objectif de participer à l'évolution des représentations sociales de la maladie mentale (<https://esperpro-mediateur.fr/la-stigmatisation>). Elle est donc investie dans des actions de sensibilisation auprès des acteurs du système de santé mais aussi auprès de la population générale. <https://esperpro-mediateur.fr/association-de-pairs-aidants-mediateurs/>

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016

et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Directrice de la publication :
Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume
Secrétariat de rédaction :
Léa Manchec, Sandra Lefauconnier

PHOTOS :

Couverture : © Eric Dervaux / Hans Lucas via AFP
Page 5 : © Joël Saget / AFP
Page 7 : © Jean-François Monier / AFP
Pages 13, 14, 26, 31, 34, 44, 46 : © Jano Dupont, avec l'aimable autorisation des

Éditions de l'Atelier pour l'ouvrage *Ikambere, la maison qui relève les femmes, Annabel Desgrées du Loû, Jano Dupont*
Page 42 : © MdM
Page 43 : © Lothar Hericks

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Desk**
Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2022
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PASSEPORT SANTÉ

МЕДИЧНИЙ ПАСПОРТ

FRANÇAIS/UKRAINIEN
ФРАНЦУЗЬКА/УКРАЇНСЬКА

CONFIDENTIEL
КОНФІДЕНЦІЙНО



Réf. Revue : NS12-460-22R

Conception du passeport santé : ARS Nouvelle-Aquitaine et ARS Grand Est - Édition en français/ukrainien : Santé publique France - Réf. NS04-352-22B

Ce carnet de santé bilingue français-ukrainien permet de rassembler les informations nécessaires en matière de santé et d'accompagnement social pour assurer la qualité et la continuité du parcours de soins des personnes réfugiées. A caractère personnel et strictement confidentiel, c'est un document de liaison entre chaque personne et les professionnels de santé.

Pour en savoir plus : www.santepubliquefrance.fr/docs/passeport-sante-bilingue-francais-ukrainien