

Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ?

Pascal Revault, directeur opérationnel, Comité pour la santé des exilés (Comede).

Fin des années 1990 : la faculté de médecine de Bichat (Paris 8), à travers l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Iméa), héberge l'un des premiers programmes de médiation en santé en France, soutenu par la Direction générale de la santé. Cette expérimentation se nourrit des expériences de la médiation familiale et de la médiation judiciaire. Elle consiste, à travers la formation et l'échange avec les médiatrices et les médiateurs, à préciser le contour et la spécificité de la médiation en santé.

Favoriser la capacité à agir

Ce projet a mis à jour une approche sanitaire dominante, révélatrice d'une continuation du bio-pouvoir – pouvoir sur les corps de la naissance à la mort, d'après Michel Foucault [1]. Cette approche sanitaire constitue l'un des risques de la médiation, en la limitant ; par exemple à amener les malades à se faire soigner, à agir pour diminuer le nombre de « perdus de vue », à assurer des mesures d'hygiène

et de bonne observance du traitement, etc. Or l'intérêt de ce projet est d'impulser une nouvelle dynamique au sein du système de santé, en favorisant la capacité singulière du sujet à agir et à prendre soin de soi et des autres. Comment la médiation peut-elle transformer un ensemble de relations, défini par des emplacements prédéterminés limitatifs, en créant des formes d'interactions qui échappent à celles du bio-pouvoir ?

Des dynamiques concomitantes

Les objectifs initiaux des promoteurs du programme¹ sont confrontés à des remises en cause, issues des contraintes d'intervention, des acteurs partenaires et, bien sûr, des discussions avec les médiateurs eux-mêmes. Toutefois, trois dynamiques sont identifiées, et des réponses opérationnelles sont posées.

- Une première dynamique éclaire le concept d'interculturalité avec un sens précis : prendre en compte la diversité des pratiques entre les acteurs de la prévention et du soin, et également entre ces acteurs et ceux qui s'adressent à eux, comme détenteurs d'un savoir profane, voire d'une expertise propre. Ainsi, l'ensemble de ces acteurs – et donc pas seulement les professionnels – participent au système de santé. Autrement dit, il n'y a pas d'un côté les pourvoyeurs de soin et de l'autre les usagers du système, mais différents interlocuteurs dont les cultures peuvent rendre difficile la mise en œuvre des soins et de la prévention. La médiation intervient donc sur la facilitation d'une compréhension mutuelle, freinée par des pratiques et des recours aux soins différents. Ainsi, l'on identifie des éléments-clés et quotidiens de l'exercice de la médiation : l'éclairage des éléments asymétriques de la relation, l'explicitation des représentations croisées entre les acteurs ou encore la mobilisation d'un interprète pour faciliter la compréhension d'une situation, d'un parcours.

- La seconde dynamique vise à faciliter l'inscription dans le système de santé des personnes vulnérables qui subissent des discriminations, qui en sont éloignées sur le plan économique

et/ou géographique, ou encore qui n'en maîtrisent pas les conditions d'accès, alors qu'au même moment les premières permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont créées. Il faut souligner ici l'intérêt de former et de professionnaliser des personnes – comme les médiateurs – ayant l'expérience, voire un vécu de ces situations. Il s'agit donc aussi de transformer des parcours de vulnérabilités, en valorisant les capacités du médiateur à travers l'exercice d'une médiation.

- Enfin, la troisième dynamique interroge la question des rapports entre pouvoir et savoir. Elle insiste sur la nécessaire transformation non seulement des représentations et pratiques des soignants, mais aussi de la relation entre personnes soignées et soignantes, en référence à l'analyse de Daniel Defert [2], qui place la personne soignée comme réformatrice sociale. En ce sens, le médiateur est finalement aussi un partenaire en santé, en capacité de révéler les dysfonctionnements du système de santé comme de faciliter une impérieuse évolution sociétale de la relation entre soignant et soigné, sans négliger le travail sur et avec les institutions.

Trois évolutions seraient ainsi à l'œuvre dans cette médiation en santé initiale :

- facilitation des communications et clarification des postures interculturelles ;
- transformation de la relation de pouvoir entre soignants et soignés ;
- inclusion des personnes en situation de vulnérabilité et subissant des discriminations.

Pour déboucher sur un partenariat en santé qui améliore l'accès à la prévention et aux soins.

L'ESSENTIEL

▣ Outre le rôle de la médiation en santé auprès de toute personne qui a des difficultés pour accéder sans aide aux soins et à la prévention, comment faciliter l'évolution des interactions entre les différents acteurs du système de santé ?



© Centre Pompidou, MMMA-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Miget © Adagh, Paris, 2017

Les formations des médiateurs ont ainsi intégré – outre le fonctionnement du système de santé et la discussion des enjeux en santé publique – la pratique de différents modes d'entretiens et l'éthique de la médiation, la documentation des situations, le suivi et l'accompagnement des personnes, enfin la coconstruction de projets de médiation en santé avec les différents acteurs.

Une inscription dans la loi

Après ce travail initial et d'autres non cités ici, souvent plus tardifs, mais tout aussi importants, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016² a donné un cadre de référence ainsi qu'une définition de la médiation en santé³, qui la différencie clairement de l'interpréariat et insiste sur l'autonomie dans le parcours de santé et sur l'accès aux droits. La médiation en santé y est désignée comme « *la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins* [...] ».

Encadrée par un référentiel

Ainsi, la médiation en santé s'adresse tant aux institutions et aux professionnels du soin et de la prévention qu'aux personnes qui en sont éloignées et exclues ; en particulier pour la Haute Autorité en santé (HAS) qui a publié en octobre 2017 un référentiel spécifique [3], les populations décrites comme fragilisées sont en premier lieu les « *habitants des zones urbaines sensibles et départements d'outre-mer, populations immigrées ou descendants d'immigrés, les "travailleuses pauvres" [...], les enfants et les jeunes, les personnes âgées de 55 – 85 ans en situation de difficulté financière, les populations sans logement personnel, le milieu carcéral* », caractérisées lors de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale par le groupe de travail Santé et Accès aux soins [4]. Finalement, la charte déontologique du médiateur en santé, réalisée par l'atelier Santé-Ville (ASV) de Marseille, citée par la HAS, pose dans son premier article que « *le médiateur ou la médiatrice est susceptible d'intervenir auprès de toute personne dont la situation ne permet pas – sans aide – d'accéder au soin, et aux actions de prévention et de promotion de la santé* [5] ». La HAS précise également

que la médiation est un processus temporaire de « *l'aller vers* » et du « *faire avec* » pour renforcer l'équité en santé, participer à un changement des représentations et des pratiques, tout en ayant une connaissance fine du territoire d'intervention et des acteurs, ce qui nécessite de participer à un diagnostic initial.

Déontologie, axes d'intervention et contenu de la formation

Tout en exposant le cadre déontologique des médiateurs, la Haute Autorité (HAS) en santé appelle à la rédaction d'une charte spécifique nationale, en retenant trois grands principes : confidentialité et secret professionnel, non jugement, respect de la volonté des personnes. Un socle de compétences est exposé en cohérence avec des modules et un contenu de formation. Enfin, la HAS inscrit quatre axes d'intervention de la médiation en santé :

- (re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels – institutions) à travers le repérage, « l'aller vers » et une présence de proximité ;
- faciliter la coordination du parcours de santé en informant et en orientant, en ouvrant – si besoin – les droits en

santé et, de façon plus générale, en favorisant les relations entre le public et les professionnels de santé ;

- favoriser les actions collectives de promotion de la santé, toujours en direction des populations vulnérables et des professionnels du soin et de la prévention ;

- assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements des « publics spécifiques » vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale et alerter les autorités compétentes sur les dysfonctionnements dans la prise en charge et les risques pour la santé.

Des écueils à éviter

Si le référentiel de compétences assoit enfin la médiation en santé après son inscription dans la loi de santé publique, il n'en demeure pas moins des interrogations et des risques qu'il faudra lever. Au regard du référentiel de la Haute Autorité en santé (HAS), il serait tout d'abord dommage qu'un focus sur

l'interprétariat, certes indispensable, obère la médiation, qui serait ainsi et par exemple limitée à une action dans des lieux de soin, sans être développée en lien avec les acteurs du territoire. Il serait également préjudiciable d'une part de ne pas pouvoir documenter efficacement les dysfonctionnements et d'autre part de ne pas approfondir l'indispensable travail en réseau pluri-acteurs. Un autre risque significatif est une focalisation sur le travail social dans les structures de soin (aide à l'ouverture des droits, recherche d'un hébergement, travail d'écrivain public...), parfois dans un contexte de survie au quotidien des personnes vulnérables. En effet, la médiatrice et le médiateur ne sont pas des travailleurs sociaux, et leur posture professionnelle est bien différente. Enfin, le risque que le médiateur soit cantonné à un rôle de « courroie de transmission » du système de santé est également important. Il pourrait s'agir de la réalisation, par les médiateurs, du dépistage, de la communication d'information médicale ou encore d'entretiens pour améliorer l'observance. Le médiateur, là encore, ne serait donc plus en position de médiation.

Ceci peut avoir pour conséquence de mettre à l'écart la question des représentations comme celle des pratiques des soignants et des personnes vulnérables. La question du bio-pouvoir pourrait ainsi revenir en force en lieu et place de l'autonomie du sujet.

Conclusion

Le renforcement de la coconstruction entre acteurs de projets animés par les médiateurs doit donc être érigé en priorité. Les compétences des médiateurs devraient s'enrichir de contenus en sciences sociales, indispensables pour cerner ces enjeux et définir une pratique critique de l'élaboration de projets en santé publique, de leurs modalités et aussi du sens de la participation des acteurs.

Contact : pascal.revault@comede.org

UN PROGRAMME DE MÉDIATRICES EN GUYANE EN LIEN AVEC LE BRÉSIL

Le projet Oyapock coopération santé (OCS) avec des personnes touchées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) illustre tout le potentiel de la médiation. Les équipes soignantes de la ville de Saint-Georges en Guyane et d'Oyapock au Brésil ont travaillé avec les médiatrices qui y font évoluer les pratiques de soin et de prévention en participant aux réunions de l'équipe soignante et en discutant des situations et des représentations, ce qui améliore la qualité des soins et diminue le renoncement aux soins. Ces médiatrices se font l'écho des dysfonctionnements administratifs qui ont pour conséquence de limiter l'accès aux soins. Elles renforcent également l'autonomie des femmes, qu'il s'agisse des rapports de genre ou des violences intrafamiliales. Cette action de médiation est finalement rendue possible par la rencontre d'acteurs institutionnels publics, de soignants et de la société civile, de part et d'autre de la frontière, au profit des personnes touchées par le VIH.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Foucault M. *Il faut défendre la société. Cours au collège de France, 1976*. Paris : éditions EHESS, Gallimard, Seuil, coll. Hautes Études, 1997 : cours du 17 mars 1976, p. 213-235.

[2] Defert D. Un nouveau réformateur social : le malade. [Communication] V^e internationale sur le sida, Montréal, 4-9 juin 1989, *Actes*, 1990, n^{os} 5-8.

[3] Haute Autorité en santé. *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin*. Paris : HAS, octobre 2017 : 69 p. En ligne : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/>

1. Sur la base des premières discussions entre Kemal Chérabi (Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements – Arcat-sida), Emmanuel Ricard (Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes – Crips) et Pascal Revault (Groupe de recherche et de réalisation pour le développement rural dans le tiers-monde – GRDR). Voir aussi le document à la fin de cette expérimentation :

Direction générale de la santé. *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'Iméa*, juillet 2006 : 136 p. Téléchargement en ligne : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwicmYP8hvPXAHCWxQKHfC6AqQQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cfmsp.org%2FIMG%2Fdoc%2FRAPPORT_FINAL_Evalua_IMEArapp_fin_0310_1_-2.doc&usq=AOvVaw2e--OoDT_w9S2f3iS2zAyS

2. Dans son article 90, introduisant un nouvel article L1110-13 dans le Code de la santé publique.

3. Article D. 1110-5 du Code de la santé publique, issu du décret n^o 2017-816 du 5 mai 2017.

[pdf/2017-10/la_meditation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_meditation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)

[4] Legros M. (pilote du groupe de travail). Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. *Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, Paris, 28 novembre 2012. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012 : 53 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf

[5] Haute Autorité en santé. *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin*. Op.cit. Annexe 4, p. 48.