



La médiation santé : un outil pour l'accès à la santé ?

Rapport d'enquête

Mars 2010

Réalisée par
Gwenaëlle Blanc et Lucie Pelosse

Rhône-Alpes Région

Sommaire

1. C ontexte de l'enquête	p. 3
2. M éthodologie de l'enquête	p.4
3. L a médiation de quoi parle-t-on ?	p.4
3.1 Détour historique	p.4
3.2 La médiation sociale	p.5
3.3 La médiation santé, des spécificités	p.7
4. L es dispositifs de médiation santé	p.8
5. L es missions du médiateur santé	p.9
5.1 L'accès aux droits, l'accès aux soins	p.9
5.2 La prévention, la promotion de la santé	p.10
5.3 Le partenariat	p.11
6. L 'intérêt de la médiation santé	p.12
7. L es questionnements et les enjeux de la médiation santé	p.14
7.1 Un cadre d'action à baliser	p.14
7.2 Des frontières à définir	p.17
7.3 Un métier à reconnaître	p.18
8. C onclusion	p.19
B ibliographie	p. 21

1. Contexte de l'enquête

Les jeunes, aujourd'hui, rencontrent des difficultés à s'inscrire dans une vie sociale et professionnelle. Ces difficultés peuvent s'expliquer en grande partie par une situation critique du marché de l'emploi, par des niveaux de qualification insuffisants ou par d'autres types de déterminants psychosociaux. Et, dans certains cas, les problèmes de santé constituent un obstacle à l'entrée dans la vie active ou viennent aggraver une situation déjà précaire. Ces questions de santé deviennent souvent problématiques du fait de la difficulté que les jeunes peuvent rencontrer pour les résoudre, « compte tenu de leur méconnaissance de la protection sociale et des obstacles qu'ils rencontrent pour accéder à la prévention et aux soins »¹.

De plus, plusieurs enquêtes montrent que les jeunes se perçoivent globalement en bonne santé tout en indiquant que les études sur les pratiques et comportements viennent nuancer cette auto-perception positive. En effet, la jeunesse qui se caractérise désormais par une durée de plus en plus longue et par l'indétermination, s'accompagne bien souvent de conduites à risque venant témoigner d'un certain mal-être ou du moins d'un certain état d'incertitude. Les conduites à risques illustrent souvent le besoin d'une recherche de sens, de repères que la société actuelle n'arrive plus à donner². Ainsi, les problématiques de conduites addictives, de suicide, de prises de risque sexuel... préoccupent les pouvoirs publics et les professionnels car elles représentent des taux relativement importants parmi les jeunes.

Ces enjeux d'accès aux soins et plus globalement d'accès à la santé, renforcés par des problématiques de santé spécifiques liées aux caractéristiques de l'adolescence et de la jeunesse, ont conduit le Conseil Régional de Rhône-Alpes et la Mutualité Française de Rhône-Alpes à constituer un groupe de réflexion et de production sur la santé des jeunes réunissant des représentants du secteur social, éducatif et de la santé qui travaillent pour, auprès ou avec des jeunes. Une première activité de diagnostic partagé sur la santé des jeunes a été réalisée au sein du groupe et a révélé notamment un accès difficile à la santé accentué par une méconnaissance des droits, par une difficulté à exercer ces droits et par une complexité du système de santé y compris pour les professionnels qui entourent les jeunes.

Face à ce constat, plusieurs interrogations ont émergé notamment sur ce qui pourrait faciliter l'accès à la santé pour les jeunes. La notion de médiation, de mise en relation entre le jeune et le système de santé est apparue dans les débats, sans être toutefois accompagnée de réelles données tangibles tant sur le plan des dispositifs existants que sur le plan de l'analyse de l'intérêt de ce type de démarche.

Un travail de recherche s'est avéré nécessaire pour répondre à un certain nombre de questions que se posait le groupe régional. En effet, une méconnaissance partagée des pratiques de médiation devait donner lieu à un état des lieux non seulement sur les pratiques, les dispositifs mais aussi sur les facilités, les difficultés rencontrées par les acteurs de la médiation en santé. Enfin, ce travail d'état des lieux devait être l'occasion de faire des propositions ou au moins d'ouvrir des

¹ Texte d'introduction à la journée régionale interprofessionnelle sur la santé des jeunes du 17/11/2009, co-organisée par le Conseil Régional de Rhône-Alpes et la Mutualité Française.

² Sur ce thème, se référer aux travaux du sociologue David Lebreton.

perspectives pour répondre à l'enjeu de l'accès à la santé des jeunes. Pour éclairer l'ensemble de ces questionnements, le Conseil Régional, financeur du présent travail, a confié cette mission d'enquête à la FRAES.

2. Méthodologie d'enquête

Pour réaliser ce travail d'enquête, plusieurs méthodes complémentaires ont été privilégiées. Une première étape **d'analyse de la littérature** a dû être effectuée pour cerner davantage les contours de la notion de médiation. Cette analyse a concerné des ouvrages théoriques assez généralistes sur la médiation. Par la suite, un corpus de documents centrés sur la médiation sociale et la médiation santé tels que des rapports d'enquête, des rapports d'évaluation, des actes de rencontres, des documents administratifs a été analysé.

Un second travail de **repérage d'acteurs ressources** a été conduit à travers des échanges téléphoniques avec un panel de personnes susceptibles d'être impliquées dans des actions de médiation. Ce repérage a concerné tant des organismes de formation, des collectivités publiques que des associations. Ce travail de « débroussaillage » a été suivi d'entretiens exploratoires.

Ces **entretiens exploratoires** ont été réalisés avec quatre personnes ressources qui avaient soit une expérience, soit une expertise sur la médiation.

Ces trois premiers temps d'enquête ont permis d'identifier des professionnels pour des **entretiens individuels**. Le terme de médiation pouvant être entendue de manière très large donc potentiellement assurée par tout professionnel en lien avec des publics sur des questions de santé, il a été décidé que les entretiens ne concerneraient que les acteurs pour qui la médiation santé est la mission principale³. Ainsi, même si certains lieux ressources comme les CPAM ou des réseaux de santé assurent aussi parmi l'ensemble de leurs missions, une certaine fonction de médiation, ces structures n'ont pas été retenues pour l'enquête. Au final, six entretiens ont été réalisés avec des chefs de projets, des coordonnateurs et treize avec des « médiateurs santé ».

Le repérage des activités et des acteurs a été réalisé au niveau national mais les entretiens ont été majoritairement conduits dans le département du Rhône car les expériences repérées en Rhône-Alpes, territoire de la commande, se localisent pour l'essentiel dans ce département et plus précisément au niveau de la communauté urbaine de Lyon. Cette localisation des expériences est liée au fait que beaucoup de dispositifs de médiation repérés dans l'enquête sont nés dans des territoires impliqués en politique de la ville.

Enfin, si la commande initiale émane du groupe de travail régional sur la santé des jeunes, notamment pour identifier des leviers d'action pour faciliter l'accès à la santé des jeunes, les recherches n'ont pas été uniquement focalisées sur les pratiques de médiation auprès des jeunes qui sont apparues assez vite limitées. L'objectif était alors de questionner ces pratiques, quel que soit le public, pour dans un deuxième temps mesurer le transfert possible pour des populations jeunes.

³ Ce choix n'a pu être réalisé qu'une fois le terme de médiation santé clairement défini, ce qui sera présenté dans la suite du présent rapport.

3. La médiation de quoi parle-t-on ?

3.1 Détour historique

Dès la Grèce antique, la philosophie, emmenée notamment par Platon, nourrit la notion de médiation qui n'existait pas à l'époque en tant que telle, en interrogeant la question de la responsabilité individuelle, du rapport à soi et aux autres. La seconde période fondatrice est l'époque moderne avec des penseurs comme R. Descartes ou J.J. Rousseau qui réaffirment le potentiel de responsabilité de l'individu et de sa capacité à prendre des décisions. De nombreuses références vont continuer de construire progressivement cette notion de médiation qui va se traduire par la suite, avec M. Weber, par la médiation de voisinage incarnée par le médecin, l'instituteur, le maire.... Cette médiation que l'on qualifiera de traditionnelle supposait un médiateur qui associe trois sources de légitimité : légitimités charismatique (autorité personnelle de l'individu), traditionnelle (croyance spontanée dans le bien-fondé de l'ordre social institué), légale-rationnelle (expertise ou assise conférée par le statut juridique)⁴.

Enfin, la médiation naît comme discipline à part entière à la fin du XX^{ème} siècle et fait dire à M. Guillaume-Hofnung que bien qu' « elle constitue un concept majeur qui figure dans tous les dictionnaires de philosophie, elle [la médiation] prend aujourd'hui une importance sociale qui la renouvelle complètement et rend urgent un effort théorique sérieux »⁵.

La médiation à la fin du XX^{ème} siècle se formalise comme pratique de régulation, comme mode alternatif de règlement des conflits. Dans cette acception, le médiateur constitue un tiers neutre, indépendant et hors pouvoir. Les champs d'action sont variés et on identifie dans le Dictionnaire critique d'action sociale, sept champs d'application : « la médiation familiale, communautaire, sociale, dans le secteur public, contractuelle, dans le domaine politique intérieure, et enfin pénale »⁶ tout en recensant plus de quarante appellations différentes. « Les bases de la médiation restent comparables et se décomposent en quatre temps-dans le cas optimal »⁷ : le temps de la rencontre (un tiers explique le déroulement), le temps du récit (chacune des parties présente son point de vue), le temps de la discussion (le tiers reformule et suggère des pistes d'accord) et le temps de la conclusion (soit il y a accord avec engagement à le respecter, soit le médiateur prend acte de l'échec de la médiation). Au milieu des années 1970, l'administration française s'engage dans une véritable politique de développement de la médiation dans l'administration, la médiation institutionnelle. Ainsi sont créés le Médiateur de la République puis le Médiateur de l'Éducation Nationale ou encore le Médiateur des enfants.

Progressivement, une nouvelle dimension de la médiation apparaît dans les années 80, celle de la médiation comme créatrice de lien social incarnée particulièrement par la médiation sociale et la médiation culturelle.

⁴ Weber Max - *Le savant et le politique*. Edition la Découverte/poche.

⁵ Guillaume-Hofnung Michèle - *La médiation*. Paris, PUF, Que sais-je ? 5^{ème} édition 2009.

⁶ Barreyre Jean-Yves - *Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris, Bayards Edition, 1995.

⁷ De Briant Vincent et Palau Yves – *La médiation, définition, pratiques et perspectives*. Editions Nathan, coll. 128, 1999.

3.2 La médiation sociale

Dans les années 1970, la crise pétrolière marque la fin d'une période de forte croissance qui se traduit par des restructurations industrielles et une augmentation continue du chômage. Parallèlement on assiste à l'avènement d'une société de plus en plus individualiste mettant à mal une forme de solidarité communautaire. La médiation sociale naît dans ce contexte « de ruptures de la communication, d'opacités et de blocages d'un système social compliqué à l'extrême, de la sophistication des appareils administratifs et juridiques »⁸. Pendant cette période, les médiateurs informels ont peu à peu disparu et les appareils traditionnels, comme l'école ou les syndicats, ne parviennent pas à répondre à cette période de grande instabilité, de crise du lien social.

C'est dans ce climat que de multiples acteurs et associations vont développer des initiatives visant à maintenir ou restaurer le lien social. Ces premières pratiques de médiation sociale ont une triple visée : « prévenir et lutter contre les phénomènes d'insécurité en créant ou en restaurant des liens sociaux ; rapprocher les populations des quartiers en difficulté des institutions en adaptant les services publics aux besoins des usagers ; contribuer à l'insertion de certaines catégories de populations dans la société française par des dispositifs de médiation sociale et culturelle »⁹.

Toutefois, les premières expériences ont été insuffisamment élaborées et ont souvent consisté à « acheter la paix sociale »¹⁰. En effet, le recrutement des médiateurs se faisait souvent sur une appartenance ethnique, sociale ou territoriale et rarement sur des compétences. En outre, ces nouvelles missions ont rarement été accompagnées d'une véritable politique de formation et d'encadrement. Il est à noter également que ces services développés relèvent souvent d'emplois aidés par l'Etat.

Néanmoins, l'explosion de ce type d'initiatives a conduit les politiques à davantage les encadrer et à définir la médiation sociale. Ainsi, en 2000 lors d'un séminaire de l'Union Européenne, une définition a été élaborée, reconnue et adoptée par la France le 1er octobre 2001 avec le Comité interministériel des villes. La charte signée à cette occasion définit la médiation sociale comme « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose ». Cette définition a servi de base pour définir les autres types de médiation (familiale...).

La médiation sociale a dès lors fait l'objet d'un travail important de cadrage, d'élaboration et d'évaluation qui s'est concrétisé par des colloques, des rapports, des recommandations... Parmi les productions réalisées, une étude du CREPAH (Conseil, recherche, études pour la planification, l'aménagement et l'habitat) conduite en 2001-2003 a permis de dresser un référentiel d'activités et une matrice de compétences pour la médiation sociale. Ce travail a notamment inspiré la rédaction d'un référentiel d'emploi, d'activités et de compétences du technicien de médiation services (TMS) de l'AFPA. Les résultats de l'enquête du CREPAH ont également nourri la rédaction d'un document repères, « La médiation sociale : une démarche de proximité au service de la cohésion sociale et de la

⁸ Paillet Paule – Médiations par milliers. In *Informations sociales*, n°4, 1982.

⁹ La médiation sociale : une démarche de proximité au service de la cohésion sociale et de la tranquillité publique. DIV / CNFPT. Repères. 2004

¹⁰ *Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale*. Hors-série, cahiers pratiques. Les Editions du Comité Interministériel des Villes, 2009.

tranquillité publique » de la DIV et du CNFPT édité en 2004. Dans ce document, le noyau dur de l'emploi type de médiation sociale est présenté comme intégrant quatre activités socles :

- faire vivre ses réseaux dans une logique partenariale et territoriale ;
- assurer un premier service d'aide personnalisée ;
- agir par le dialogue sur les conflits de la vie quotidienne ;
- organiser des activités supports à la médiation sociale.

Ainsi la médiation sociale est repensée et les profils de poste sont affinés. « Les titulaires de ces fonctions vont utiliser une certaine proximité de leur histoire de vie (parcours d'immigration, expérience d'habitant de quartier HLM ou de parent d'élève avec les familles avec qui elles sont en relation), pour créer des passerelles avec les institutions de droit commun et rétablir ainsi un dialogue et une compréhension mutuelle entre les personnes et les institutions publiques dont ils contribuent fréquemment à faire évoluer les modes de fonctionnement »¹¹.

La médiation sociale apparaît ainsi comme la plus proche de la médiation santé telle que nous l'entendons dans ce travail, à tel point que le terme de « médiation de santé » apparaît tel quel dans le « Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale » publié par le Comité Interministériel des Villes en 2009. En effet, la « galaxie des médiateurs » présentée dans ce guide élargit les cinq emplois-repères proposés par l'étude du CREPAH à treize formes de médiation sociale. Parmi elles, la médiation de santé qui est assurée par « un médiateur intervenant auprès des patients et acteurs de la santé (ateliers santé-ville) » est recensée.

3.3 La médiation santé, des spécificités

La médiation santé, comme on vient de le voir peut-être étroitement liée à la médiation sociale. Il existe néanmoins un autre domaine d'existence de la médiation santé dans une dimension plus institutionnelle qui peut notamment être incarnée par le Médiateur de la République.

En effet, depuis un an, un Pôle Santé et Sécurité des Soins (P3S) a été créé au sein du Médiateur de la République. « Saisi notamment sur des difficultés d'accès au droit, des défauts de soins et des conflits consécutifs à des aléas ou des fautes thérapeutiques, il exerce sa mission dans un climat nouveau de méfiance entre une opinion avide de transparence et un monde médical sous pression »¹². Cette nouvelle mission du médiateur vient compléter celle des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) trop méconnues. Ces commissions, instaurées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permettent grâce à un médecin médiateur de trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Globalement ces différentes instances de médiation plus institutionnelles constituent une alternative à l'amiable au règlement des conflits qui ont tendance à se judiciaireiser. Il existe également les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) qui sont des commissions indépendantes des établissements de soins. Ces différentes instances s'écartent

¹¹ La médiation sociale : une démarche de proximité au service de la cohésion sociale et de la tranquillité publique. DIV / CNFPT. Repères. 2004

¹² Synthèse annuelle 2009 d'activité du pôle santé et sécurité des soins du Médiateur de la République. (www.securitesoins.fr)

quelque peu de la question de l'accès à la santé, problématique au cœur de ce travail, c'est pourquoi ce type de médiation institutionnelle ne sera pas plus détaillé.

Concernant les formations susceptibles d'exister autour de la médiation santé, outre la formation de l'AFPA de « Technicien médiation service » qui ne concerne pas directement la santé, une formation a existé en 2002-2003 pour former des médiateurs de santé publique. Cette formation était assurée par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA) mais depuis 2005, année d'un colloque dédié à la médiation en santé publique, aucun nouveau moyen n'a permis la poursuite de ces expériences menées dans plusieurs régions de France¹³.

Si l'on questionne les enjeux de l'accès à la santé, la médiation sociale se présente donc comme la plus proche de la médiation santé. Toutefois la définition de la médiation sociale adoptée en 2001 est apparue encore un peu éloignée des questionnements du groupe de réflexion à l'origine de cette commande d'enquête. De ce fait, il a été nécessaire de s'entendre sur une définition de la médiation santé pour en saisir les spécificités. La définition retenue établit la médiation santé comme *interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.*

La notion de résolution de conflits globalement très présente dans toutes les définitions de la médiation n'est pas présente en tant que telle dans cette définition car elle n'est pas au cœur des enjeux de l'accès à la santé même s'il s'agit parfois de résoudre des situations de cloisonnement entre professionnels et de blocage entre le public et les professionnels. C'est à travers cette nouvelle définition qu'il a été possible d'identifier des acteurs impliqués dans des missions de médiation santé.

4. Les dispositifs de médiation santé

Cet état des lieux des dispositifs existants fait apparaître des structurations de médiation plurielles liées :

- aux contextes d'émergence : certains dispositifs sont nés d'une mobilisation des habitants et associations de quartier, d'autres ont été favorisés par une impulsion politique, une dynamique nationale, d'autres enfin sont le fruit d'un travail collaboratif entre professionnels impliqués sur ces questions de santé...;
- au public concerné : le public ciblé varie d'un dispositif à l'autre et peut concerner les jeunes et leur famille, les personnes en situation de précarité (migrants, personnes défavorisées, personnes âgées dépendantes), les malades ou les personnes dépendantes aux produits... ;
- aux professionnels impliqués : les médiateurs peuvent être issus de profession médicale ou sociale, ou bien d'un parcours militant et engagé au sein d'un quartier, sans qualification initiale dans le domaine médico-social ;

¹³ Pour toute information sur ce sujet, se référer au site de l'IMEA www.imea.fr, Rubrique « Autres activités »

- aux structures porteuses : les dispositifs repérés sont portés par des associations (PEJ de St Priest et de Rillieux, PAEJ de Montélimar, Point d'information et de médiation multi services de Villeurbanne, Intermèdes Rhône, Espace créateurs de solidarité de St Fons, La Noria d'Oullins-Pierre Bénite, Voisin'âges de Villeurbanne, La Passerelle d'Amplepuis, Aides Rhône), des mutuelles (Mutualité Française du Rhône), des collectivités territoriales (CCAS de Tarare), et des services hospitaliers (PASS mobile Lyon) ;
- aux financements mobilisés : ces financements sont multiples et peuvent provenir de l'Europe (FSE), de l'Etat (DIV, GRSP, DDASS, DIACT), de l'Assurance-Maladie (FAQS, CRAM), des collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil général, Villes, Agglomérations), de la Mutualité Française, ou d'entreprises privées (uniquement dans le cas des PIMMS).

L'histoire de ces dispositifs est marquée par une relative professionnalisation, dans le sens où ils sont passés progressivement du bénévolat à l'emploi. Mais cette tendance est à nuancer, notamment parce que la plupart des contrats proposés dans ce cadre sont des contrats précaires (CDD, contrats aidés), et que le bon fonctionnement du dispositif repose, comme on le verra par la suite, sur la bonne volonté des médiateurs qui s'impliquent bien souvent au-delà des moyens qu'on leur donne. L'une des personnes rencontrées en témoigne : *« je n'ai pas l'impression de faire un travail, ça fait 20 que je travaille comme ça bénévolement donc ça n'a rien changé ».*

Dans ce contexte, le dispositif national « adultes-relais » créé par le Comité Interministériel de la Ville en 1999 qui permet de confier des missions de médiation sociale et culturelle à des résidents des quartiers prioritaires de la politique de la ville a été particulièrement mobilisé.

5. Les missions du médiateur

Parmi les professionnels rencontrés, très peu portaient le titre de médiateur santé. Certains avaient pour fonction « médiateur » sans autre précision, d'autres étaient « médiatrices sociales » ou encore « habitantes-relais ». Malgré cette diversité sémantique, il a été possible, à l'instar des enquêtes nationales sur la médiation sociale, de définir un socle de missions communes.

En préambule, il est important de noter que l'ensemble des médiateurs se retrouvent sur un objectif partagé qui est celui de la lutte contre les inégalités sociales de santé en favorisant le retour vers le droit commun. Pour une médiatrice son travail consiste à *« rendre [les publics] utilisateurs des dispositifs de droit commun pour qu'ils deviennent des citoyens à part entière et pour ça on utilise les ressources locales ».* L'analyse des entretiens a permis de dégager trois champs d'action principaux différemment investis par les médiateurs rencontrés.

5.1 L'Accès aux droits, l'accès aux soins

Le premier type de mission assuré par les médiateurs santé concerne l'orientation et l'information sur les structures ressources. Ce travail d'information et d'orientation est la plupart du temps multithématique et ne concerne pas uniquement des ressources sur la santé. En effet, plusieurs médiateurs ont évoqué la thématique du logement ou de l'emploi dans les demandes qu'ils

pouvaient recevoir. En outre l'interrelation entre santé et social a été souvent évoquée et fait dire à une médiatrice qu' « *initialement je proposais une permanence d'accompagnement sur la santé mais en fait c'est indissociable de l'accompagnement social* ».

Ce type de mission renvoie à la typologie élaborée par M. Cohen-Emerique qui a identifié quatre types de médiation : celle qui informe, celle qui aide à la communication et dissipe les préjugés, celle qui aide à la résolution des conflits et celle qui introduit des changements dans les institutions ou tout simplement qui les perméabilise à d'autres façons de voir et de faire, toutes sont des actions en profondeur¹⁴. Le premier type, celle qui informe, est une fonction indispensable, plutôt instrumentale, « *facilitatrice de la communication, [qui] ne modifie pas les attitudes des professionnels, ni ne conduit à des transformations des pratiques qu'on retrouve dans les autres types de médiation* »¹⁵.

Dans ce champ d'activité facilitant l'accès aux droits, l'accès aux soins, les médiateurs assurent pour certains un suivi individuel pour de l'accès aux droits communs. Ce type de mission s'apparente fortement au travail social et n'est pas sans poser question sur la délimitation des frontières entre travail social et médiation, comme on le verra par la suite. Ce suivi individuel permet souvent de débloquer des situations pour régulariser des dossiers CMU par exemple. Le déblocage provient soit d'un travail d'explicitation des démarches à entreprendre soit de remplissage des dossiers, soit d'appels téléphoniques vers des professionnels susceptibles de régulariser les dossiers.

Ces missions qui visent à faciliter à l'accès à la santé, sont renforcées par la possibilité pour le médiateur d'assurer un accompagnement physique des personnes vers les structures de santé (hôpital, cabinet libéral...), l'administration (CPAM...),... Bien souvent les partenaires rencontrés ont évoqué « *cet aspect très positif de l'accompagnement physique* » qu'ils ne peuvent pas assurer alors qu'ils constatent une appréhension à franchir certaines portes même si un travail important de dédramatisation ou de préparation a été réalisé. Ces accompagnements physiques sont assez chronophages et de ce fait ne constituent qu'une petite partie des activités et ne sont effectués qu'en cas de nécessité.

Enfin, certains médiateurs qui ont une formation en santé (infirmier...), peuvent réaliser des évaluations de problématiques individuelles de santé de manière à prévoir une orientation vers des spécialistes. Cette évaluation peut être aussi l'occasion de « *trouver des stratégies pour faire en sorte que la personne accepte d'entrer dans une démarche de soins* » mais aussi d'organiser et de suivre des prises en charge.

5.2 La prévention/ la promotion de la santé

Le deuxième champ d'action des médiateurs se situe davantage dans la prévention et plus largement dans la promotion de la santé dans le sens où la santé est perçue comme une ressource. Dans ce cadre là, les médiateurs assurent un travail d'écoute et de soutien moral. « *Il s'agit de créer*

¹⁴ Cohen-Emerique Margalit – *Les médiateurs sociaux et culturels : passerelles d'identités*. Conférence lors de la Rencontre organisée par la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et Profession Banlieue à Bobigny en 2006 : « *Médiation sociale et culturelle : un métier, une déontologie* ».

¹⁵ Cohen-Emerique Margalit. Op. cit.

un espace pour pouvoir écouter l'autre, le prendre en compte, d'instaurer un climat de confiance pour libérer la parole. Il faut beaucoup d'écoute, de disponibilité et de patience ». « C'est beaucoup de soutien moral ». Ce travail d'écoute peut permettre par la suite de renvoyer vers des spécialistes. « Les parents ont besoin de parler des soucis du quotidien, et pas forcément avec un psychologue. Certains, après s'être confié à moi, souhaitent prendre RV avec un psychologue ». Le soutien apporté est une forme de réassurance pour certains qui traversent des périodes de doutes en particulier dans leurs relations avec leurs enfants. Les permanences proposées deviennent dans certains cas des espaces d'échanges, de convivialité qui permettent à la fois au niveau individuel une remobilisation, une remotivation dans un contexte de vie souvent lourd et à la fois au niveau collectif de renforcer des liens sociaux distendus.

Plusieurs médiateurs interviennent également dans des séances d'information ou de sensibilisation auprès de publics variés (jeunes de Mission Locale, mères d'un quartier...) ou de professionnels. Ces interventions sont bien souvent réalisées dans le cadre d'une co-animation avec un autre professionnel (d'un ASV, d'une Mission Locale ou d'une CPAM par exemple) et peuvent concerner des thèmes variés comme l'accès aux droits, la contraception ou encore l'alimentation. Dans ce cadre là le médiateur fait le lien, *« moi je leur sers d'interprète, je les aide à comprendre »*. Son implication dans ces interventions est aussi l'occasion de s'appuyer sur ses capacités de mobilisation des publics. *«Le centre social de la commune avait organisé un atelier pour des mères mais très peu s'étaient inscrites. On a proposé l'aide du médiateur et en deux jours l'atelier était plein »*.

Pour finir, ces missions autour de la prévention peuvent aussi se traduire par des dynamiques de santé communautaire où le médiateur anime cette dynamique ou co-anime avec un professionnel outillé sur la santé communautaire. La santé communautaire est entendue comme un processus d'appropriation des questions de santé par les habitants où la notion de participation est essentielle. Ainsi plusieurs groupes santé ont émergé à travers le soutien des médiateurs ou ont résisté grâce à la présence d'un médiateur. *« On travaille à partir de leurs propres préoccupations/expériences, donc ils se sentent vraiment entendus et impliqués»*.

5.3 Le partenariat

Le dernier champ d'activités des médiateurs concerne le partenariat et en particulier sa fonction de mise en réseau des institutions, des professionnels et des publics. Cette mise en réseau se concrétise par des participations à différentes instances à l'échelle de la commune par exemple (comité de pilotage...), par des rencontres des différents acteurs sur un territoire pour avoir une bonne connaissance des dispositifs et des ressources existantes. Elle s'incarne aussi dans la capacité qu'a le médiateur à solliciter des partenaires, à orienter vers des spécialistes ou des professionnels plus qualifiés. *« Je fais du lien, j'appelle un autre professionnel pour faire avancer le dossier »*. Dans certains cas le médiateur est partie prenante de la construction d'un projet de soin pour une personne. *« La mission de médiation inclut aussi toute la dimension partenariale, surtout avec le public précaire. (...) On fait de l'évaluation médico-sociale, puis on construit avec les partenaires un projet de soin pour la personne. (...) Nous sommes le maillon manquant, la passerelle entre les différentes structures»*. Ce travail de mise en lien est essentiel et pose clairement la reconnaissance

du médiateur qui sera abordée par la suite dans la ronde des professionnels ou chaîne des professionnalités au sens où l'entend B. Ravon c'est-à-dire « l'ensemble des compétences qui configurent l'activité professionnelle à un moment donné, l'art d'habiter une profession, l'art de jouer avec les règles du métier et les règles de la profession »¹⁶.

Cette activité autour du partenariat peut dans certains cas se traduire par la mobilisation des professionnels sur des problématiques spécifiques, sur des situations difficiles. Le médiateur assure alors un rôle d'alerte. Grâce à sa connaissance des acteurs il peut plus facilement organiser une prise en charge sociale ou sanitaire.

Enfin, le médiateur de part son inscription la plupart du temps dans un contexte de vie qu'il connaît bien, peut être sollicité pour être un soutien à des professionnels dans l'accompagnement des personnes en difficulté. Le médiateur fait donc non seulement du lien pour les publics vers les professionnels mais aussi pour les professionnels vers les publics qu'ils comprennent parfois de moins en moins (langue, écart culturel...). « *La vraie définition de la médiation doit permettre que les sollicitations viennent des deux côtés* », du côté des populations mais aussi du côté des professionnels.

6. L'intérêt de la médiation santé

L'interrogation des pratiques de médiation à l'œuvre dans les dispositifs enquêtés fait ressortir un certain nombre de dimensions qui témoignent de leur intérêt.

En premier lieu, il est intéressant de noter que ce principe de « guichet unique » auprès duquel les personnes peuvent adresser tout type demande (et pas uniquement sur des questions de santé) est bien facilitateur de l'accès aux droits et aux soins, et que cette «*forme d'écrivain public*» sur les questions de santé a des résultats positifs en matière de gestion des droits : «*ce que je constate c'est que les personnes ne viennent plus en urgence mais bien deux mois avant, il y a une sacrée évolution*».

En outre, la très grande proximité du médiateur avec le public, du fait de son appartenance au quartier, à la communauté, ou de ses qualités relationnelles facilite l'instauration d'une relation de confiance, comme l'illustrent les propos suivants : «*dans mon quartier on me connaît, je les respecte, on me respecte*». C'est sur la base de cette confiance que le médiateur arrive souvent à dépasser les barrières culturelles et sociales qui éloignent les populations des institutions sanitaires et sociales : «*on est parti du constat d'un tabou généralisé au départ, et aujourd'hui les commerçants sont devenus eux-mêmes des relais, capables d'orienter quand on n'est pas là*».

La mission de médiation passe aussi, comme on l'a vu précédemment, par la mise en réseau des professionnels autour d'une personne, ou la mise en lien des publics avec les institutions. Cette dimension a l'avantage de permettre la levée d'incompréhensions entre les différents professionnels qui gravitent autour de la personne, ou entre le public et les institutions, car tous ne parlent pas le

¹⁶ Ravon Bertrand, intervention table ronde *L'accès aux droits, à la prévention et aux soins : un enjeu pour les jeunes, un défi pour l'avenir, des partenariats pour agir*. Journée interprofessionnelle 17/11/2009, Région Rhône-Alpes « L'accès des jeunes à la santé : un enjeu pour l'avenir, des partenariats pour agir ».

même langage, et ne partagent pas la même culture. C'est ainsi que l'une des médiatrices rencontrées nous explique que son travail *«était de valoriser la mission locale auprès des jeunes car il y avait beaucoup de conflits à l'époque entre les jeunes et la mission locale»*. Dans ces contextes de médiation, doit se gérer aussi un ensemble d'intérêts parfois contradictoires entre les différents acteurs en présence. Ce travail de dépassement des blocages se traduit auprès du public par des démarches d'explicitation, de clarification, voire d'interprétation pour des populations en difficulté avec la langue française. Pour ce qui concerne les professionnels, cela peut passer par un simple appel téléphonique pour éclaircir un dossier, ou bien se faire à travers des réunions pluridisciplinaires d'échanges autour de situations individuelles. Le caractère primordial de ce travail de maillage est souligné par l'un des coordonnateurs interviewés : *«la disparition des médiateurs serait une absence de liens, de maillage»*.

Une autre caractéristique de la médiation qui apparaît dans l'enquête est celle de toucher des publics fragilisés, éloignés des dispositifs socio-sanitaires de droit commun, et qui échappent aux professionnels médico-sociaux traditionnels. L'accompagnement de ces populations par les médiateurs vers une prise en charge médicale et/ou sociale introduit dans le traitement de la situation, une meilleure prise en compte du contexte de vie de la personne en grande précarité. Par exemple, l'un des coordonnateurs enquêtés nous dit que *«l'accompagnement physique des infirmiers aux consultations médicales a un impact très positif sur le soin»*. Dans ce contexte, *«le rôle du médiateur c'est de faire prendre conscience aux soignants du contexte de vie de la personne en situation de précarité»* car *«chaque professionnel doit réviser ses pratiques au regard des populations les plus vulnérables»*.

L'analyse des pratiques de médiation fait émerger un certain nombre de spécificités d'intervention propres aux médiateurs, et qui font la réussite de la mission. Le premier critère à retenir est celui de la très grande disponibilité et réactivité du médiateur : il assure des permanences sans RV, et ne compte pas les heures passées avec chaque usager ; il n'hésite pas à répondre aux sollicitations sur le terrain et parfois en dehors de ses horaires de permanences ; il peut adapter ses horaires de RV en fonction des besoins de la personne ; il traite immédiatement la demande et arrive souvent très vite à débloquer les situations du fait de l'importance et la qualité de son réseau. Son efficacité et sa disponibilité est telle que l'une des personnes interrogées nous explique que *«les gens qui sont dans le droit commun (accompagnés socialement) viennent quand même car je suis disponible, j'assure des permanences»*. L'autre spécificité repérée est celle d'un large périmètre d'action : en effet, le médiateur est prêt à accueillir tout type de demande, qui parfois dépasse le domaine stricto sensu de l'accès aux droits et aux soins ; il est dans ce sens véritablement au service de la promotion de la santé qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé, y compris les facteurs socio-économiques (logement, emploi...) ; ses missions sont souvent ouvertes depuis l'accès aux droits jusqu'à la mise en réseau des professionnels en passant par des actions d'éducation pour la santé. Enfin, le médiateur est au plus près des besoins de la population dans une posture d'écoute, d'attention, et de repérage des attentes et des difficultés, comme le souligne une médiatrice : *«les effets sont très positifs : les personnes malades se sentent de plus en plus en confiance, et ont le sentiment que leur parole est prise en compte»*. La prise en compte des besoins permet de réajuster l'impact des politiques de santé, politiques qui sont souvent dans une démarche descendante. Cette proximité avec les besoins de la population passe par la démarche indispensable du « aller-vers » : *«aujourd'hui il manque un vrai travail de terrain car les médecins ne vont plus à*

domicile. Or plus on est en proximité, plus on a de chance de faire évoluer la personne sur sa vie». En effet, pour toucher ces populations qui ont échappé aux professionnels médico-sociaux traditionnels, le médiateur développe un travail de terrain pour aller à leur rencontre, dans différents lieux de vie et de convivialité, voire même à domicile dans certains cas. Aussi comme les propos suivants l'illustrent, «il faut aller vers le public car faire venir les gens directement est très difficile». C'est donc un travail de création du lien social qui permet d'instaurer une confiance suffisamment solide pour ramener ces populations vers les structures-ressources santé-social.

Pour finir, l'intérêt de ces dispositifs de médiation santé est confirmé par la reconnaissance et la satisfaction des publics d'une part : « *mon soulagement c'est quand les femmes elles sortent souriantes* » ; « *c'est le public qui nous donne une vraie reconnaissance, cela compense un peu le bas salaire* » ; et des professionnels d'autre part : « *une des dimensions de la reconnaissance professionnelle, c'est que de plus en plus d'infirmières, de médecins, d'AS... nous orientent leur public* ». Il est également confirmé par le nombre de demandes qui augmentent et auxquelles ces dispositifs ne peuvent pas répondre pour le moment faute de moyens suffisants : « *il y a beaucoup de demandes auxquelles on n'arrive pas à faire face ; même pas 10% des demandes sont honorées en ce qui concerne les permanences dans les commerces de proximité* ».

La médiation est donc un dispositif très intéressant mais attention à ne pas trop en attendre car elle ne peut résoudre l'ensemble des difficultés d'accès aux soins. S'adressant généralement à des populations très fragiles aux problématiques complexes, des résultats positifs existent mais il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. De plus, la médiation intervenant de façon temporaire dans la vie des gens doit être relayée ensuite par les dispositifs de droit commun.

7. Les questionnements et les enjeux de la médiation santé

Ce travail d'enquête a permis de soulever un certain nombre de questions et d'enjeux que pose cette pratique de médiation. Trois axes de réflexion et d'interrogation ont émergé autour du cadre de l'activité, autour des frontières de l'activité en ce qu'elle s'inscrit dans une chaîne de professionnalité et enfin autour de l'enjeu de reconnaissance de cette activité comme métier.

7.1 Un cadre d'action à baliser

Les pratiques de médiation posent un certain nombre de questions ou de pistes de réflexion sur le cadre de l'activité. Il n'y a pas de posture exemplaire pour évoluer dans ce cadre mais une connaissance et une prise de conscience des enjeux que l'activité suppose.

La médiation, on l'a vu précédemment, s'attache à faire du lien, à accompagner les personnes vers la santé et en particulier vers le droit commun. « *Normalement l'objectif est d'accompagner les personnes en visant l'autonomie et parfois on y arrive* ». Cette dimension de l'empowerment qui est « le processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de

renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper »¹⁷ est essentielle dans l'activité de médiation. C'est cette dimension qui peut faire de la médiation un réel outil politique de changement, de transformation des normes. Cet aspect renvoie à la typologie de la médiation proposée par M. Cohen-Emerique évoquée précédemment. Pour cette psychologue, le quatrième type de médiation existe lorsque que « le médiateur est parvenu à établir entre les protagonistes de la médiation, des relations en interdépendance, en coopération et non plus en ignorance ou affrontement »¹⁸.

Cette exigence d'autonomisation des personnes est fragile et la tentation est grande de vouloir faire à la place de et de tomber dans une aide basée sur une relation duelle où le tiers incarné par le système de santé ou l'administration disparaît au profit du médiateur. « *J'ai l'impression de les assister un peu mais je sais pertinemment qu'elles sont incapables de le faire car il y a la peur de l'administration et elles sont en grande précarité* ». Cet objectif d'émancipation nécessite que la médiation soit pensée comme temporaire et que soit vécu par le médiateur ce « *désir d'être inutile* ».

Les médiateurs, on l'a vu, s'inscrivent souvent dans des dispositifs d'emplois aidés de type « Adulte-relais ». Une des exigences de ce type de contrat est de vivre dans le quartier de son activité professionnelle. Si cette exigence a du sens pour la connaissance du contexte de vie, pour la facilité à créer du lien, cela n'est pas sans poser questions sur les limites de l'activité professionnelle et sur la nécessité de savoir poser un cadre de travail. Une médiatrice témoigne que « *le fait de suivre une formation de médiatrice sociale m'a aidée pour bien cadrer et orienter les personnes lorsque je travaille* » tandis qu'un médiateur précise que « *je dois toujours rappeler mes missions car il y a un appel d'air. Le recadrage était difficile au début* ». Une autre précise que « *cela m'arrive parfois de prendre le temps avec des personnes quand je suis interpellée dans la rue, mais seulement sur mon temps de travail. Le travail de terrain fait partie de ma mission, surtout pour les jeunes* ». Pour certains le rappel du cadre n'était plus suffisant. « *Je suis partie, je ne me rendais plus bien compte mais c'est les enfants qui ont soulevé le problème. A l'école je connaissais tout le monde, les gens venaient chez moi, c'était plus possible. Donc on a déménagé* ». Cette distance au quartier est même vécue positivement pour une médiatrice car « *ne pas être du quartier, ça facilite la confidentialité. Ne pas être d'ici, ça les rassure* ». A noter que cette médiatrice travaille dans un Point Ecoute donc sur des questions de santé mentale, ce qui renvoie très probablement dans les représentations collectives des habitants aux a priori qui entourent la prise en charge psychologique. Néanmoins la proximité avec le territoire d'intervention est un des leviers essentiels du médiateur.

Les médiateurs sont souvent dépositaires de témoignages de dysfonctionnement du système. Que ce soit des difficultés à régulariser un dossier CMU, que ce soit des refus de soins de la part de certains médecins, que ce soit des délais d'attente exagérément longs, le médiateur est en première ligne et devrait pouvoir faire remonter ces dysfonctionnements. Cette possibilité de relayer c'est aussi l'opportunité de partager des situations de vie parfois très difficiles. « *Je porte beaucoup les problèmes des gens, ça ne s'arrête pas au local [lieu des permanences]. Ça me travaille toujours* ». Cette dimension de veille et d'observation est loin de pouvoir être exercée par tous les médiateurs rencontrés qui n'en ont pas tous les capacités individuelles et structurelles mais constitue pourtant un axe important de réflexion.

¹⁷ Bacqué Marie-Hélène - L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines, *Territoires*, n° 460, 2005.

¹⁸ Cohen-Emerique Margalit, op.cit.

La question de l'accès à la santé pose la question de l'accès aux droits et partant est étroitement liée à des dimensions sociales. Cette vision est très proche de celle de la promotion de la santé qui intègre cette définition globale de la santé et qui vise à réduire les inégalités sociales de santé. Les missions du médiateur dépassent largement le domaine de la santé au sens biomédical du terme et ils se trouvent souvent en situation d'aider à la recherche d'emploi, de logement... *«Le médiateur doit pouvoir être sollicité sur des questions diverses, donc il ne doit pas être spécialisé»*. Cette dimension renvoie aussi à la question de la catégorisation de l'accompagnement. L'approche transversale et généraliste du médiateur permet aux publics de se reconnaître et de ne pas s'exclure dans un accompagnement qui serait trop spécialiste. *« Mais à l'inverse les dispositifs de financements sont très fléchés »* et permettent très peu le financement d'appui généraliste. Ce travail au carrefour de la santé et du social n'est pas sans poser problème, du fait des cultures professionnelles différentes. *«Le travail partenarial avec le social est parfois difficile car nous ne parlons pas le même langage»*.

La médiation dans son acception classique exige un médiateur neutre. Si la médiation santé telle qu'appréhendée dans le présent état des lieux n'a pas identifié cet impératif de neutralité du médiateur, la question de la neutralité n'en est pas pour autant évacuée. En effet, bien plus que la neutralité du médiateur c'est la neutralité de la structure qui a été évoquée. La configuration du dispositif ne doit pas avoir d'effet repoussoir. Effet qui pourrait être lié à une mauvaise implantation géographique (pas suffisamment à l'abri des regards du quartier ou au contraire trop excentré) ou, plus structurellement, à l'appartenance de la structure porteuse (mairie, service de l'état...). *« Je suis obligé de jouer le jeu quand même parce qu'il y a une défiance un peu du fait que je suis de la mairie »*.

Le médiateur fait du lien à travers une démarche de médiation qui doit reposer sur du «aller-vers» les publics. La plupart des médiateurs ont évoqué la difficulté à mobiliser les publics. L'organisation de rencontre ou d'atelier exige un travail de communication important et de relance parfois individuelle pour s'assurer que les personnes se déplaceront. *« J'ai besoin de faire une relance téléphonique le jour même quelques heures avant la rencontre. Mais bon l'effet négatif c'est que maintenant elles attendent mon appel pour envisager de se déplacer »*. Une autre médiatrice précise qu'*« il faut aller vers le public. Faire venir les gens directement est très difficile »*. Ce principe de l'aller-vers se traduit dans certains cas par une présence importante sur le terrain pour aller à la rencontre des publics les plus fragilisés, les plus éloignés du système de santé, *« aller au plus près de la population, à domicile, toucher les non-demandeurs, aller vers. Pouvoir retisser des liens avec une population qui avait décroché des dispositifs de santé »*. Et plus simplement cet aller-vers se manifeste par une grande souplesse dans les moyens de solliciter le médiateur et par le souci d'éviter de reproduire les lourdeurs administratives (rendez-vous obligatoires, délais d'attente longs...). *«Je n'ai pas maintenu le principe des RDV, je leur dis de venir et de frapper»*. Si certains maintiennent le principe de RDV, les délais sont très courts. Cet enjeu de participation des publics qui se rencontre dès que l'on dépasse une dimension individuelle de régularisation d'une situation administrative (ouverture de droits, mise à jour d'informations...), rejoint des problématiques partagées par tous les professionnels qui développent des activités collectives pour des publics « non captifs ». Et plus largement cette interrogation s'inscrit au cœur des enjeux de la démocratie participative qui aujourd'hui est toujours en peine pour faire participer les populations si l'on ne se contente pas

d'une simple participation de façade. Cette question de la participation renvoie ainsi aux valeurs véhiculées par un système qui promeut l'individualisme et à la place que ce type d'organisation politique peut laisser à l'implication des populations.

Enfin, si le médiateur doit accompagner les personnes pour les rendre autonomes, il importe de prendre le temps nécessaire pour que cette autonomie soit possible. Cet accompagnement peut aussi dans certains cas viser à ce que la personne accepte son état de santé et partant accepte de se faire soigner. Là aussi il faut se laisser le temps d'y parvenir. *« Il faut du temps dédié à cette écoute, cette attention : du temps de synthèse partagée, on vit au rythme de la personne, on chemine avec elle pour qu'elle s'approprie la démarche »*. Un autre médiateur évoque ce besoin de temps : *« il faut une grande résistance à l'échec ; il ne faut pas attendre grand-chose dans ce domaine, juste une petite amélioration : par exemple une personne très en difficulté qui arrive à se lever le matin et à se raser, c'est déjà pas mal. Progressivement on amène les personnes à se valoriser puis à aller vers le soin, mais c'est sur des années »*.

7.2 Des frontières à définir

L'un des enjeux de la médiation santé mise en œuvre aujourd'hui est de tendre vers une meilleure définition de son périmètre d'action. En effet, on constate à travers cette enquête que le principal risque de la médiation est celui de la substitution aux professionnels médico-sociaux qui existent déjà, comme en témoigne cette médiatrice : *« je fais souvent le boulot d'une AS mais je n'ai pas le salaire d'une AS. Et beaucoup de situation relèvent du droit commun »*. Ce risque est augmenté du fait des carences existantes dans les accompagnements traditionnels (AS, médecin de quartier, psychiatrie) et donc d'un manque de réactivité de leur part : *« on intervient en urgence et c'est plus efficace qu'avec l'AS »*. Les carences de ces accompagnements traditionnels renvoient :

- au manque de temps des professionnels pour assurer un accompagnement dans le temps (pression des financeurs pour instruire plus de dossiers en moins de temps) ;
- à la fracture culturelle (incompréhension grandissante entre les professionnels et les populations) ;
- et aux ruptures sociales (ascenseur social en panne).

L'appel au médiateur se traduit donc pour les publics par une accélération dans leurs démarches.

Face à cette situation, le médiateur se trouve donc parfois en situation de concurrence avec les autres professionnels médico-sociaux de son territoire d'intervention : *« les autres professionnels nous voient comme une personne qui risque de voler leur public »*. Et cela d'autant plus dans un contexte de toute puissance dans la gestion de la précarité où *« il y a une appropriation de la vie de la personne avec une très forte dépendance des individus aux travailleurs sociaux et/ou professionnels de santé »*.

Au contraire, l'arrivée du médiateur peut aussi être perçue par les professionnels sanitaires et sociaux classiques comme l'occasion de se décharger d'un certain nombre des responsabilités qu'ils n'arrivent pas à assumer, faute de moyens suffisants. Le risque est donc grand de voir la fonction de médiation se transformer en une façon de pallier aux carences des structures traditionnelles. L'un des dispositifs enquêtés avait d'ailleurs bien anticipé ce risque en choisissant de recruter pour le poste de médiateur, un professionnel de santé : *« le médiateur ne doit pas servir*

d'alibi aux travailleurs sociaux classiques. Si le médiateur est un travailleur social, c'est le risque. Mais avec un infirmier, ce n'est pas possible ».

Si le médiateur ne doit pas se substituer aux autres professionnels, il ne doit pas non plus devenir un nouvel intermédiaire, dans ce labyrinthe de dispositifs sanitaires et sociaux au sein duquel les populations les plus vulnérables se perdent inévitablement. En effet, *« il faut faire attention à ne pas créer de nouveaux métiers au détriment simplement d'outillage et de temps »*. Le médiateur doit donc tenir sa position de personne-ressource, qui prend le temps d'écouter, qui accompagne, guide, oriente, et met en lien au regard des besoins qui lui sont exprimés par la population et les professionnels. Il ne s'agit pas de créer un nouvel échelon de prise en charge spécifique, et donc de créer un nouveau passage obligé pour accéder au droit commun, mais bien de s'appuyer sur l'existant. D'où l'importance pour le médiateur de développer un réseau de partenaires, vers qui il pourra se tourner et orienter le public et les professionnels, comme le souligne certains : *« pour que ça marche, il faut une bonne connaissance des partenaires, tisser des relations »* ; *« le partenariat c'est un plus, pour plus d'efficacité, de rapidité dans le traitement administratif des dossiers »*. Il est intéressant de noter que ce travail de partenariat semble facilité par le fait que le dispositif de médiation soit articulé à une structure-ressource bien identifiée telle qu'un Point Ecoute Jeunes, une Mission Locale, un Hôpital... même si, dans ces cas-là, la question de la neutralité reste problématique, comme on l'a vu précédemment.

7.3 Un métier à reconnaître

Enfin, le dernier axe de réflexion concerne la notion de métier qui n'existe pas en tant que telle pour caractériser la médiation santé. Un important travail a été mené pour formaliser l'activité de médiation sociale et il existe un diplôme de « Technicien médiation service » dispensé par l'AFPA. Mais sans cette formation, les professionnels qui pratiquent la médiation santé demeurent dans des représentations floues du métier qui nécessitent une reconnaissance partagée des compétences des médiateurs.

En effet, les compétences attendues d'un médiateur ne sont souvent pas reconnues à la hauteur de leur exigence. Ce manque de reconnaissance provient pour partie du caractère nouveau du poste qui comme toute nouvelle profession exige du temps pour en démontrer l'intérêt. *« C'est un poste tellement nouveau que les professionnels ont du mal à assimiler cette arrivée »*. Une autre médiatrice précise *« ce que je déplore c'est que ce sont des métiers nouveaux et ce n'est pas reconnu »*. Le manque de reconnaissance largement évoqué dans les entretiens concerne particulièrement les compétences nécessaires pour ce type d'activités. La présentation des missions a montré le large spectre des fonctions assurées par les médiateurs dont les partenaires n'ont pas forcément pris la pleine mesure. Au-delà de la question des savoir-faire, une partie importante des missions repose sur du savoir-être. Les médiateurs ont vécu des expériences et ont eu des parcours engagés desquels ils ont retiré des compétences, un réseau local de partenaires. De plus, le médiateur qui fait du lien dans des situations toujours différentes doit être capable de s'adapter et de faire du sur-mesure. Ces missions exigent de l'empathie, l'inscription dans un certain nombre de valeurs proche de l'éducation pour la santé telles que la liberté de parole, de choix, la valorisation des personnes, partir de là où en sont les personnes... ou encore une grande capacité à analyser une situation, un contexte, à repérer les freins/leviers, à imaginer des solutions, à mettre en place des

stratégies... « *Les médiateurs sont de vrais spécialistes de la relation* ». L'ensemble de ces compétences montre qu'être médiateur n'est pas chose facile. « *Il faut être quelqu'un de solide, fort* ». « *C'est peut-être plus facile de ne pas être tout le temps impliqué dans la médiation car on a des échappatoires grâce aux autres activités* ».

Ce manque de reconnaissance vécu par les médiateurs se répercute la plupart du temps dans les salaires. « *Je trouve qu'il y a un manque de considération de mon travail, un manque de reconnaissance salariale* ». La plupart des médiateurs sont sur des postes assez précaires d'emplois-aidés et ce constat est posé par une médiatrice : « *nous sommes nous-mêmes dans la précarité, et on s'occupe de personnes en situation de précarité : cela nous renvoie à notre propre condition. Le côté positif, c'est que l'on est plus à même d'être à l'écoute* ». La reconnaissance doit être collective et émaner de l'institution porteuse, des partenaires et des politiques. « *Il y a un manque de clarté sur les missions et un manque de soutien institutionnel. Il n'y a pas assez de reconnaissance* ». Une autre médiatrice ajoute que « *pour le moment, cette mission n'est pas prioritaire pour les institutions (...). On voudrait faire plus de prévention et ne pas répondre uniquement aux urgences curatives, mais nous n'avons pas assez de moyens* ». Ce besoin de reconnaissance se retrouve ainsi du côté institutionnel et politique en ce qui concerne la pérennité des postes mais aussi du côté des partenaires pour que la médiation apparaisse comme une réelle activité en complémentarité et non en substitution avec des activités plus traditionnelles tant dans le champ du social que de la santé.

La reconnaissance doit concerner non seulement le statut du médiateur, mais aussi les moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction. Souvent le passé militant des médiateurs s'accompagne d'un réseau de partenaires qui permet une forme de bricolage (accès gratuit à des salles de réunion...). Le médiateur en tant que passeur ne se suffit pas, il a besoin de moyens financiers, matériels souvent défaillants. Ces moyens peuvent aussi se traduire par des formations car on l'a vu le champ d'action est large et nécessite probablement une montée en compétences sur un aspect ou un autre. « *La formation m'a aidé à prendre du recul, à cadrer mes missions* ». Il peut-être utile dans une période donnée d'envisager une forme de supervision car on l'a vu les médiateurs, en première ligne, peuvent être les témoins de situations difficiles. « *C'est un travail difficile d'où l'importance de la supervision pour prendre de la distance* ».

8. Conclusion

L'intérêt de la médiation en santé a été largement présenté et une adhésion générale est observée. Même si la médiation, on l'a vu, atteste d'un certain échec des politiques sociales et sanitaires, elle apparaît aujourd'hui comme un levier important pour renouer des liens distendus en particulier dans les quartiers les plus défavorisés. La médiation en santé s'inscrit donc dans les états possibles pour faciliter l'accès à la santé. Malgré cet intérêt reconnu et partagé, plusieurs enjeux existent pour permettre à la médiation santé d'acquiescer une réelle assise.

En effet, l'enjeu premier est financier car une partie des postes de médiateurs est aujourd'hui inscrite dans le dispositif national Adulte-relais qui va prendre fin prochainement et qui dans tous les cas propose une forme de contrat précaire (durée déterminée, rémunération minimale...). Il y a donc nécessité d'une prise en main politique de la médiation en santé qui lui

permettrait d'obtenir une certaine stabilité et pérennité. Cette dimension politique est à repenser à l'aune du nouveau paysage sanitaire et en particulier de l'ARS (Agence régionale de Santé).

Mais cette stabilité doit passer également par un travail de clarification des compétences. L'assise ne peut exister que par une forme de référentiel métier et de référentiel de compétences pour permettre l'inscription du médiateur santé dans la chaîne des professionnalités. Ces référentiels posent alors nécessairement la question de la formation c'est-à-dire les formations à développer pour répondre aux exigences de ces référentiels.

Enfin, la pluralité des dispositifs de médiation observés invite à mener un travail de cadrage des structurations possibles pour asseoir la médiation santé. Trois dispositifs intéressants sur lesquels il paraît pertinent d'adosser la médiation santé émergent:

- les PASS (Permanences d'accès à la santé et aux soins) car d'une part dans leur principe même l'enjeu de l'accès à la santé des plus démunis est présent et d'autre part elles peuvent être le lieu d'un important travail de mise en réseau pluri professionnel,
- les PEJ (Points Ecoute jeunes) car la définition de ces structures repose sur le concept même de médiation,
- et les réseaux de santé car, comme leur nom l'indique, l'enjeu de mise en lien est au fondement de leur développement.

Ces trois dispositifs se présentent donc comme des leviers possibles qui permettraient une forme d'institutionnalisation de la médiation santé grâce à la création de postes de médiateur santé qui viendraient en complémentarité des activités qu'ils développent. Mais tout cela suppose, on y revient, une réelle reconnaissance politique de la médiation santé pour favoriser le déploiement de moyens durables.

BIBLIOGRAPHIE

▪ **Médiation, documents généraux**

DE BRIANT V., PALAU Y. – **La médiation : Définition, pratiques et perspectives** – Paris : Nathan université, 1999 : 128 p

GUILLAUME-HOFNUNG M. - **La médiation.** – Paris, PUF, 2009. Coll : Que sais-je ?

▪ **Médiation sociale**

COHEN-EMERIQUE M. – **Les médiateurs sociaux et culturels : passerelles d'identités-** *Rencontre du 27/04/2006, « Médiation sociale et culturelle : un métier, une déontologie » co-organisée par la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et Profession Banlieue à Bobigny.*

PAILLET P. – **Médiations par milliers.** In *Informations sociales*, n°4, 1982

La médiation sociale : une démarche de proximité au service de la cohésion sociale et de la tranquillité publique. DIV / CNFPT. Repères. 2004

Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale. Hors-série, cahiers pratiques. Les Editions du Comité Interministériel des Villes, 2009.

▪ **Médiation en santé vs droit du patient**

CANIARD E. – **La place des usagers dans le système de santé** – Actualité et dossier en santé publique, n° 31, 2000/06 : 12-14

DARMON L. - **Accueil des patients chinois : Le brocoli, c'est du chinois** – Le journal du sida, n° 2003, 2008/02 : 19-20

GUILLAUME-HOFNUNG M.- **PL04 – La sécurité du patient dans le dispositif de soins : quelle médiation ?** – Actes du xx ème congrès national de la SFHH, 4 et 5 juin 2009.

Médiateur de la République française – Pôle Santé, Sécurité et Soins : (www.securitesoins.fr). Synthèse annuelle 2009 d'activité.

▪ **Médiation en santé**

« **Médiation et santé** » – Médiations et sociétés, N° double 11/12 -

Dossier spécial « Médiation et santé : une évidence ? », Journées CNEH. Actualités Jurisanté n°61 – Mars 2008

DARMON L. – **Médiateur en santé publique. La proximité pour compétence.** – Le journal du sida, n° 180, 2005/11.

GUICHARD (Anne) / coord. - **Démarche participative et santé : Mythe ou réalité ?** - La Santé de l'homme, n° 382, 2006/03-04 : 11-40

STANOJEVICH (Elodie-Aïna) / coord. – **Les médiateurs communautaires de santé, trait d'union entre professionnels et migrants in La santé des migrants** - La Santé de l'homme, n° 392, 2007/11 : 28-29

VLAEMYNCK F. – **Atelier 5 : Dépistage et accès aux soins. Démarche et médiation. Les actes des rencontres interassociatives : Les 7 et 8 février 2002** – Transversal, n° supplément au n ° 10, 2002/09 : 22-24

Actes du colloque « **Médiation en santé publique** » du 3/10/2005 par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA).