

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 expérimental. ■

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.