



Diplôme universitaire de Médiation en santé

1^{er} semestre 2023

Responsable pédagogique : Pr Olivier Bouchaud

**La médiation en santé,
objet médiatique non identifié**

Mémoire rédigé par Afsané Sabouhi en mai 2023

SOMMAIRE

Introduction	p.3
1. Un traitement médiatique très confidentiel	p.4
2. Des écueils inhérents à la médiatisation	p.6
3. Des opportunités à saisir ?	p.8
Conclusion	p.11
Bibliographie	p.12
Revue de presse	p.14
Contributeurs	p.30

Introduction

Je n'avais jamais entendu parler de médiation en santé avant juin 2022. J'ai découvert ce métier en parcourant une newsletter de Santé Publique France qui consacrait un numéro spécial de son journal *La santé en action*¹ à ce « nouveau métier pour lever les obstacles au parcours de soin », comme le définissait la une. C'est probablement l'adjectif nouveau qui a attiré mon œil de journaliste santé. Car c'est le véritable point de départ de ce mémoire ; je travaille depuis 13 ans comme journaliste spécialisée dans les questions de santé pour des médias professionnels et grand public et j'ignorais jusqu'à l'existence même de ce métier. J'ai réalisé en en parlant autour de moi, dans mon réseau professionnel comme à mes proches, que j'étais très loin d'être la seule. Comment se fait-il qu'il soit encore si confidentiel, méconnu des professionnels de santé autant que du grand public et qu'il reste qualifié de nouveau métier alors que son émergence remonte à près de 20 ans ?

Ces questions qui m'ont intriguée d'emblée lors de mes premières lectures sur le sujet en juin 2022 sont devenues de plus en plus prégnantes avec les semaines de formation du DU et la découverte de la richesse des parcours des intervenants et des autres étudiants déjà médiateurs. Comment était-ce possible que tout ce pan de l'accès aux soins, toutes ces initiatives de terrain restent totalement invisibles ? Mais à mesure que chacun nous donnait sa définition de la médiation en santé et évoquait sa propre pratique, il m'a semblé que cette diversité et ce flou, sur le fond autant que sur la forme, étaient peut-être en partie responsable du peu de visibilité médiatique accordée jusqu'ici à la médiation en santé.

Pour confronter cette hypothèse, faute de sources dans la littérature, je me suis tournée vers des professionnels de santé, chercheurs, militants associatifs ou encore représentants de patients, qui tous ont en commun leur implication, de plus ou moins longue date, dans le plaidoyer pour la médiation en santé. Ce sont ces regards croisés que je vais ici restituer, à mi-chemin entre l'enquête journalistique et le mémoire universitaire. Après un état des lieux en forme de revue de presse, j'étudierai les raisons de la confidentialité de la médiation en santé puis les pistes envisagées et/ou mises en œuvre pour faire davantage parler de ce métier.

1. Un traitement médiatique très confidentiel

26 octobre 2017, la Haute autorité de santé publie les référentiels précisant le cadre d'intervention et les bonnes pratiques de la médiation² et de l'interprétariat, reconnus en janvier 2016 par la loi de modernisation du système de santé comme deux moyens permettant de réduire les inégalités en santé. Pour les acteurs du secteur de la médiation, ce texte très attendu est l'aboutissement de plus d'une décennie de travail, d'engagement et de réflexion à partir d'initiatives de terrain. La Haute autorité fait part de sa publication aux médias via un communiqué de presse³, procédure classique a minima, sans l'événementialisation d'une conférence de presse par exemple. En consultant les archives numérisées du Monde, de Libération, du Parisien Aujourd'hui en France, du Figaro et du Journal du dimanche, je n'ai pas retrouvé mention de cette information dans les jours qui ont suivi.

3 mai 2023, le ministère de la Santé organise un premier point d'étape⁴ du volet santé du Conseil national de la refondation, lancé à l'automne 2022. Il s'agit de restituer devant l'écosystème de la santé (représentants des professionnels, ARS, Assurance Maladie, associations, presse...) les initiatives et expérimentations positives mises en avant par près de 250 réunions dans toute la France. Le principe affiché est celui de la boîte à outils, de la banque d'idées qui marchent et mériteraient d'être transposées ailleurs. La médiation en santé y est apparue en très bonne place, citée dans tant de régions que le ministre a confié dès janvier une mission spécifique sur ce thème à 3 personnalités qualifiées ; Philippe Denormandie, Alexandre Berkesse et Emilie Henry. Le fruit de leur mission est attendu pour ce mois de juillet. Lors de ce point d'étape pourtant, la médiation ne sera que brièvement évoquée dans la restitution générale et dans le discours de clôture, pas d'exemple présenté dans l'amphithéâtre du ministère, pas un mot dans l'interview du ministre invité de la matinale de France Inter, une mention du métier sans précision au détour d'un reportage dans un centre de santé des quartiers nord de Marseille publié le dimanche précédent dans le JDD et un tweet du ministre au soir du 3 mai précisant : « nous accélérerons toutes les actions de médiation en santé, pour aller toucher les près de 20% de Français qui sont trop éloignés de notre système de santé ».

Entre ces deux dates, la médiation en santé n'est pas devenue un objet médiatique de premier ni même de second plan. En utilisant le kiosque numérique epresse, qui regroupe l'essentiel de la presse d'actualité et les archives du Monde, j'ai recensé moins d'une dizaine d'articles évoquant le sujet. Il apparaît :

- au détour d'interviews d'acteurs concernés (François Alla, professeur de santé publique dans Sud-Ouest le 16 août 2021 ou Florence Rigal, présidente de Médecins du Monde dans l'Humanité le 8 décembre 2022),
- en chute de sujets consacrés plus globalement aux difficultés du système de santé (Le Figaro le 7 décembre 2022 et Libération le 9 décembre 2022),
- à travers l'évocation du rôle de médiateur de santé-pair (L'Alsace le 20 février 2023),
- en relatant les difficultés financières d'un centre de santé communautaire (La Dépêche du Midi le 6 décembre 2019),

- en citant le médiateur comme un acteur des soins d'une population vulnérable spécifique (les travailleuses du sexe en mai et octobre 2020 dans l'édition Haute-Garonne de la Dépêche du Midi, les habitants de quartiers prioritaires dans Presse Océan le 5 février 2022 ou les réfugiés Ukrainiens dans L'Express le 24 août 2022).

Faute d'outil professionnel pour explorer précisément les archives de diffusion des journaux télévisés et des flashes d'actualités en radios, je me suis adressée directement à certains de mes confrères et consœurs via une boucle whatsapp très active regroupant les journalistes en charge de la santé pour les radios et télévisions, de France Inter à BFM TV en passant par RTL, TF1 ou encore France Info. Evoquant ce travail de mémoire et le DU, je leur ai brièvement demandé s'ils avaient déjà entendu parler de médiation en santé, ce que le terme leur évoquait, s'ils avaient déjà croisés des médiateurs en reportage et si les sujets autour de la réduction des inégalités sociales de santé étaient faciles ou difficiles à placer sur leurs antennes. Seule la journaliste de France Télévisions m'a répondu qu'elle voyait « assez bien ce qu'était un médiateur mais n'en avait jamais croisé sur le terrain, malgré des reportages assez réguliers sur le thème des inégalités en santé auquel sa rédaction est sensible ».

Cette revue de presse est très loin d'être exhaustive et omet volontairement les articles évoquant les éphémères médiateurs de lutte anti-covid apparus pendant la pandémie. Toutefois, elle offre un tour d'horizon médiatique suffisamment vaste pour mettre en évidence que les articles détaillant ce qu'est un médiateur et comment sa pratique s'intègre dans la prise en soins des plus vulnérables sont une denrée très rare, parue plutôt dans la presse professionnelle. On peut citer le numéro spécial de juin 2022 de la revue de Santé Publique France, *La santé en action*, déjà évoqué en introduction et quelques articles récents à destination des soignants (What's up doc ? le 19 octobre 2022, Le Généraliste le 3 avril 2023 ou le site infirmiers.com le 17 avril 2023).

L'observation de cette faible médiatisation rejoint le constat partagé à de nombreuses reprises par les médiateurs intervenants et étudiants du DU concernant la grande méconnaissance du métier par les personnes vulnérables, le grand public dans son ensemble et les acteurs du système médico-social.

2. Des écueils inhérents à la médiatisation

Savoir de quoi l'on parle et nommer correctement les choses est à la base de l'écriture journalistique. Or la difficulté pour appréhender la médiation en santé commence dès la sémantique⁵. Le terme de médiation est particulièrement polysémique et fait, dans le secteur hospitalier notamment, référence au tiers régulateur de conflit entre usagers et soignants. Une source de confusion qui n'aide certainement pas la presse à identifier le sujet et oblige les acteurs à expliciter systématiquement le terme.

Intervient alors la deuxième difficulté ; définir ce qu'est la médiation en santé. Selon la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et le Code de la santé publique, elle désigne « 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, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités ». Dans le cadre du DU, nous avons tenté collectivement de construire une définition plus concrète du rôle de médiateur. Après de longues discussions sur quasiment chacun des mots, nous sommes parvenus à la suivante : « Le médiateur en santé est un professionnel qui assure un rôle d'interface entre les personnes présentant des difficultés -ponctuelles ou durables- d'accès aux soins et les acteurs du système médico-social. S'inscrivant dans une dynamique d'aller vers, il participe à la réduction des inégalités sociales de santé en facilitant le parcours de soins de la personne et en l'accompagnant vers l'autonomie (faire avec). Il travaille aussi à sensibiliser l'ensemble des acteurs aux difficultés (sociales, culturelles, administratives, logistiques...) rencontrées par les personnes dans leur parcours. Il veille à demeurer indépendant, impartial, non jugeant et garant de la confidentialité des échanges ». Presque 100 mots pour définir sans ambiguïté de quoi il s'agit... Je n'ose même pas imaginer par quel raccourci forcément caricatural j'aurais présenté la médiation lorsque je faisais de sujets de 55 secondes pour les flashes d'infos d'Europe 1 ou les actualités santé du magazine Ça m'intéresse constituées uniquement de brèves ! Alexandre Berkesse, l'un des 3 copilotes de la mission ministérielle en cours sur le sujet résume le problème en soulignant que « la médiation en santé est un condensé de la complexité du réel, un métier dont les contours sont flous, un peu glissant vers les autres métiers du médico-social, dans des situations humaines délicates, pour des accompagnements en santé qui sont eux-mêmes très compliqués. Or aborder la complexité est une difficulté en soi pour les médias ». Et Elodie Richard, chercheuse en santé publique et membre du collectif pour la promotion de la médiation en santé d'abonder « c'est une approche qui n'est pas palpable, à la frontière des mondes. Or en France, où tout fonctionne en silo, y compris la santé séparée du social, la médiation ne rentre dans aucune case. Et ça, c'est un véritable obstacle médiatique ».

Pour les acteurs associatifs de la médiation en santé, historiquement impliqués dans l'accès aux soins des patients porteurs du VIH, des gens du voyage, des sans-papiers ou encore des sans-abris, l'absence de visibilité médiatique tient aussi beaucoup aux populations à qui elle s'adresse. « Les personnes exclues du système de soins, et d'une façon plus générale, de la société ne sont pas les plus présentes dans les médias », euphémise Houda Merimi,

responsable du pôle qualité des pratiques en santé chez Médecins du Monde. « La médiation en santé est née sur le terrain pour répondre aux besoins urgents de populations exclues et discriminées. Elle s'est structurée en marge de tout intérêt médiatique » poursuit Anaïs Saint-Gal, chargée de plaidoyer chez Sidaction et membre du Collectif pour la promotion de la médiation en santé.

Héritage de cette naissance sur le terrain, la professionnalisation⁶ encore en cours de la médiation en santé est aussi un obstacle non négligeable, le manque de reconnaissance institutionnelle renforçant l'invisibilité médiatique. La feuille de route de la mission ministérielle, attendue pour ce mois de juillet, devrait contribuer à faire évoluer les choses sur cet aspect statutaire.

Enfin, le manque d'évaluation de la médiation en santé s'ajoute aussi comme un handicap médiatique. « Les journalistes ont besoin de matière un peu solide pour porter le sujet au-delà du coup de cœur de soutien. Or il y a un problème considérable de capacité à parler de la médiation en montrant son impact social, on est encore beaucoup trop dans les histoires de chasses », souligne Philippe Denormandie, copilote de la mission ministérielle. Plusieurs initiatives sont en cours dans le but de combler cette lacune. La Fondation MNH (Mutuelle nationale des hospitaliers), dont Philippe Denormandie est le délégué général, finance depuis 2019 de nombreux projets de médiation en santé dans toute la France, en accompagnant les structures sur 3 ans jusqu'à l'évaluation d'impact⁷. La Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les tsiganes et les gens du voyage (Fnasat) et Sidaction ont lancé en janvier une étude⁸ sur les médiateurs de santé et le cadre structurel dans lequel ils évoluent. « Mais on se rend compte que la sémantique et la difficulté de définition nous freinent, note Anaïs Saint-Gal. Un travailleur social va hésiter à répondre parce qu'il ne se reconnaît pas en tant que médiateur, un pair-aidant non plus alors que sur le fond, leur démarche rejoint complètement celle de la médiation ». Yves Géry, le rédacteur en chef de la revue de Santé Publique France La santé en action, explique que l'objectif du numéro spécial paru en juin 2022 était également de combler ce manque d'évaluation : « Nous l'avons pensé comme un véritable plaidoyer pour l'intérêt scientifique de la médiation, ce qui entraine complètement dans notre ligne éditoriale sur la forme, pour aider les professionnels dans leurs missions et sur le fond, parce que la médiation nous semblait traverser toutes les dimensions de l'accès aux soins, de la prévention et de la promotion de la santé, qui sont le cœur de tous nos sujets ». Pour la chercheuse en santé publique Elodie Richard, on ne peut toutefois pas encore reconnaître la médiation en santé comme une intervention probante même si elle s'avère déjà prometteuse. « Le temps de la recherche n'est pas celui de l'action de terrain. Je viens de passer 3 ans de thèse à élaborer un cadre d'évaluation de la médiation⁹, qui pose des hypothèses sur comment elle pourrait être efficace. Il faudra ensuite compter au moins deux ans d'évaluation concrète », souligne cette spécialiste, en rappelant qu'une autre démarche d'aller vers née du terrain, les programmes Housing First ou Un chez soi d'abord pour les personnes sans-abris atteintes de maladies mentales sévères, ont mis près de 20 ans à démontrer parfaitement leur efficacité. Toutefois, le politique n'attend généralement pas qu'une intervention soit jugée efficace pour la financer, pas plus que les médias pour s'en saisir, si celle-ci présente un intérêt électoral ou d'audimat.

3. Des opportunités à saisir ?

On aurait pu penser que la mise en avant de la médiation en santé par le ministre François Braun et la mission constituée sur ce sujet suffiraient à attirer l'attention médiatique. Il n'en est visiblement rien pour le moment. Les copilotes de cette mission et les membres du comité avec lesquels je me suis entretenue n'ont pas reçu ces dernières semaines de sollicitations médiatiques qui indiqueraient des préparatifs d'articles ou de reportages sur le sujet. « Alors que je suis très souvent contacté à propos de l'autre mission que je pilote, sur la santé des soignants. Ce sujet a beaucoup plus d'écho médiatique », souligne Philippe Denormandie.

Les acteurs associatifs historiques de la médiation en santé ne sont pas surpris de ce manque d'intérêt et ne semblent même pas vraiment le regretter. Houda Merimi responsable du pôle qualité des pratiques en santé chez Médecins du Monde ne se dit « pas forcément convaincue qu'il faille absolument parler du métier dans les médias en ce moment alors que le sujet n°1 dans notre champ est le naufrage du système de santé. La médiation risque d'être présentée comme une façon de colmater les brèches ou comme une panacée. J'ai un peu peur des effets de mode qui passent, alors que c'est un métier qu'il faut réussir à construire pour l'avenir. Donc finalement, si ça démarre à bas bruit, ce n'est pas forcément plus mal ». Pour Anaïs Saint-Gal, en charge du plaidoyer chez Sidaction, faire parler de médiation en santé dans la presse grand public n'est clairement pas un objectif prioritaire : « porter ce métier à la connaissance des personnes vulnérables pour qu'elles y aient recours et aux institutions pour qu'elles le financent me paraît beaucoup plus urgent. Nous avons davantage besoin de communication, d'une plateforme qui centralise les informations sur comment devenir médiateur, comment financer des postes de médiation, plutôt que de sujets dans la presse. Même en direction du grand public, la communication du ministère ou des caisses d'assurance maladie elles-mêmes me semblent un vecteur plus adapté ». Et Elodie Richard de confirmer : « je suis sage-femme de formation, un métier connu du grand public, médiatisé, mais pas reconnu pour autant ! »

Tous les acteurs de terrain soulignent en revanche l'importance de parvenir à médiatiser davantage les inégalités sociales de santé et les difficultés d'accès aux soins des populations vulnérables, comme une façon de mettre en lumière, en creux, ce que la médiation retisse au quotidien. « Le journaliste économique François Lenglet a fait il y a quelques jours une chronique sur RTL¹⁰ dans laquelle il raconte ses difficultés à remplir une demande de RSA, alors qu'il a sûrement un bac+5 et a priori peu de difficultés de littératie, cite Alexandre Berkesse. Je pense que c'est une approche très éclairante pour ses auditeurs, sans rentrer dans les stéréotypes sur la grande précarité, que craignent souvent les acteurs de terrain ».

Faire la démonstration que la médiation en santé est une approche qui peut concerner une population beaucoup plus large que les exclus et les précaires est le cheval de bataille de Philippe Denormandie. La pandémie ayant mis en lumière des besoins de médiation auprès des adolescents, des personnes handicapées ou âgées par exemple, il plaide pour porter la médiation comme un enjeu de politique de santé globale et non plus comme « la bonne

action associative pour une minorité de personnes en dehors du système et stigmatisées ». Médiatiquement, l'enjeu serait de montrer que la médiation est une approche riche et diverse, qui pourrait s'adapter sur le terrain pour répondre aux besoins de 20 à 30 % de la population jusqu'ici éloignée du système de soins. « Et là, vous avez un vrai sujet de santé publique, un sujet sociétal que ni les médias ni les élus de terrain ne peuvent plus ignorer », assure-t-il avec enthousiasme.

Pour ce copilote de la mission ministérielle, il serait également pertinent de mettre en avant comment la médiation répond aux attentes des Français sur une autre façon de soigner, plus holistique. « Un tiers de confiance qui redonne à la personne l'envie de s'intéresser à sa santé, l'aide dans son parcours et aide les professionnels à comprendre la personne dans toutes ses dimensions sociales, culturelles, économiques... C'est une approche qui vient percuter notre médecine centrée sur le soin et les organes. Elle vient interroger de façon extrêmement positive les pratiques et les fondements même du système. Pousser à penser différemment, cela pourrait bénéficier à tous », poursuit ce chirurgien de formation.

Autre copilote de la mission, davantage porteur de la voix des patients, Alexandre Berkesse souligne combien la médiation en santé pourrait être envisagée comme un fondement du système. « Elle aide le professionnel à mettre toutes ses compétences et ses connaissances, ainsi que les ressources financières du système, pour répondre aux besoins véritables de la personne. La médiation permet de faire des soins pertinents. Comme l'éducation thérapeutique, elle ne devrait pas être vue comme la cerise sur le gâteau mais comme une brique de base ». Il sera probablement difficile de rallier tous les professionnels de santé à cette idée. Mais elle est en revanche parfaitement audible par les patients, voire même revendiquée et au carrefour de nombreux sujets portés par les médias aujourd'hui, qu'il s'agisse de démocratie participative ou de préservation des services publics.

La reconnaissance statutaire annoncée du métier et son émergence officielle dans le paysage médico-social pourrait donc s'avérer malgré tout être une opportunité de médiatisation à condition d'arriver à trouver le subtil équilibre entre l'ancrage de terrain qui fait l'histoire et la pertinence de la médiation et la prise de hauteur par rapport à l'ensemble du système de santé.

Conclusion

La médiation en santé reste pour l'heure un objet médiatique non identifié, au sens où elle est un sujet rarement abordé et de ce fait, très peu perçu par les lecteurs, auditeurs et téléspectateurs. Pour un nouveau métier, ou du moins un métier récent, c'est un frein majeur à son identification et, à mon sens, à sa reconnaissance tant par les institutions que par le grand public. Mon regard est probablement biaisé par mon parcours professionnel mais je reste persuadée que les médias sont encore un vecteur puissant d'informations et qu'il est dommage de se résigner à en être exclus, comme j'ai pu le percevoir dans mes échanges avec certains acteurs associatifs et certains médiateurs et médiatrices, formateurs ou étudiants rencontrés dans le cadre du DU.

J'ai parfaitement conscience des tendances problématiques au raccourci, au sensationnel, à la polémique ou encore à la surenchère que l'on reproche, souvent à juste titre, aux médias. Mais pour connaître personnellement un certain nombre d'entre eux, je sais aussi que les journalistes en charge des questions de santé sont sensibles aux questions d'accès aux soins et d'inégalités sociales de santé. Nombreux sont ceux en poste aujourd'hui sur les questions de santé qui y sont arrivés après avoir travaillé dans les rubriques société des rédactions. Je ne crois pas qu'il y aurait besoin d'argumenter longtemps pour qu'ils perçoivent la pertinence de l'approche de la médiation en santé et son « potentiel journalistique ». De l'humain et des histoires de vie, il me semble même qu'une partie du terreau est déjà commun. Resterait à convaincre les rédactions en chef d'accorder de la place au sujet, certainement la partie la plus difficile. Et encore, il en suffirait d'un seul car force est de constater que ce que publient les autres est l'une des plus grandes sources d'inspiration médiatique !

De mon point de vue, la reconnaissance statutaire du métier pourrait être une vraie opportunité de médiatisation, car elle ajoute la dimension d'actualité qui peut manquer à une approche qui s'inscrit par ailleurs dans le temps long. La difficulté aujourd'hui serait plutôt de savoir quel discours les acteurs de la médiation entendent porter dans les médias qui les solliciteraient et est-ce qu'ils rejoignent ou non l'ambition des copilotes de la mission ministérielle de « dézoomer » le sujet des populations les plus exclues pour l'inscrire davantage comme une priorité de santé publique globale.

J'entends bien qu'il peut sembler inquiétant aux engagés historiques pour la médiation en santé de la voir s'éloigner des publics les plus exclus pour lesquels elle a dû être créée au « profit » d'une plus large population. Mais cela me paraît être un choix politique et financier, sur lequel ces associations sauront se faire entendre, et pas un positionnement médiatique. L'exemple n'est pas comparable en tous points, mais les associations de patients atteints de maladies rares ont construit leur plaidoyer sur le fait que la générosité des Français à travers le Téléthon et les investissements publics au service de ces minorités de malades bénéficieront à la compréhension de maladies fréquentes et à la santé de tous les Français. Sachant tout ce que les associations de lutte contre le Sida ont apporté à la santé publique en France et aux droits des malades en particulier, ce ne serait pas un

élément de langage creux de dire qu'une approche pensée pour répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables et stigmatisées peut contribuer à l'amélioration des soins du plus grand nombre.

Mais ce débat pose aussi de fait la question des porte-paroles. Dans un métier si ancré sur le terrain, personne n'est plus légitime que les professionnels eux-mêmes pour parler de leur pratique. Or jusqu'ici, et j'en ai fait l'expérience dans ce mémoire, ce sont des institutionnels, des soignants et des associatifs qui prennent la parole, pas des médiateurs. Or lorsqu'un sujet émerge médiatiquement, ce qui pourrait être prochainement le cas de la médiation en santé, le premier interlocuteur identifié comme un « bon client » par les journalistes a rapidement tendance à être sollicités par tous. Il serait donc très utile et pertinent que ce porte-parole soit un médiateur ou mieux encore, une médiatrice, compte-tenu de la grande féminisation du métier.

Bibliographie

- 1 . La Santé en action, Juin 2022, n°460. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. Santé Publique France. Disponible en téléchargement via : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>
2. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, Octobre 2017, Haute autorité de santé. Disponible en téléchargement via : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
3. Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins. Communiqué de presse, 26 octobre 2017. Disponible via : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretes-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins
4. Conseil national de la refondation, plénière santé du 3 mai 2023 au ministère de la santé. Enregistrement vidéo des échanges et discours de clôture du ministre accessibles via : <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/3-mai-2023-cnr-sante-plenier-point-d-etape-vers-la-refondation-de-notre-systeme>
5. Gerbier-Aublanc M., « La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant·e·s vivant avec le VIH en France », Working Paper du Ceped, n°45, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD, ERL 1244 Inserm), Paris, Mai 2020. Disponible via : <https://www.ceped.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-ceped/article/la-mediation-en-sante-contours-et>
6. Reconnaissance et sécurisation professionnelle du métier de médiateur·rice en santé. Note de positionnement du Collectif pour la promotion de la médiation en santé, décembre 2022. Disponible via : https://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2023/01/Reconnaissance-du-metier-de-mediateur-en-sante_CPMS-vf.pdf
7. Pourquoi mener une démarche d'évaluation d'impact social ? Témoignage de Lavinia Ruscigni du Mouvement du Nid sur le site de la Fondation MNH. Accessible via : <https://fondation-mnh.fr/2023/02/07/pourquoi-mener-une-demarche-devaluation-dimpact-social-temoignage-de-lavinia-ruscigni-du-mouvement-du-nid/>
8. Questionnaire de l'étude menée par la Fnasat et Sidaction pour préciser les mission du médiateur. Accessible via : <https://framaforms.org/personnes-en-mediation-sante-1670607855>

9. Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open* 2022;12:e062051. doi:10.1136/bmjopen-2022-062051

10. François Lenglet, Faut-il avoir fait une grande école pour réussir à remplir le dossier d'attribution du RSA ? chronique éco dans la matinale sur RTL le 9 mai 2023. Disponible à la réécoute via : <https://www.rtl.fr/programmes/lenglet-co-and-you/7900262836-lenglet-co-faut-il-avoir-fait-une-grande-ecole-pour-reussir-a-remplir-le-dossier-d-attribution-du-rsa>

Actualité Société

CARENANCES Bien que majoritairement ruraux, les déserts médicaux concernent aussi les territoires urbains

MARSEILLE Un centre de santé inédit permet aux habitants des quartiers nord d'être enfin pris en charge

Correspondante
Marseille (Bouches-du-Rhône)

Des patients qui poussent la porte d'un Espace santé propre et bien équipé, tranchant avec le paysage de barres HLM décaties tout autour. Scène ordinaire à Marseille ? Voire. Les spécialistes savent combien l'ouverture d'un tel lieu est un exploit, jusqu'au ministre de la Santé, François Braun, venu en visite le 4 novembre. Ici, aux Ayalades, au cœur des quartiers nord de Marseille, rien n'est simple. « C'est un territoire stigmatisé car assimilé aux points de deal, aux fusillades [la dernière le 3 avril], à la pauvreté, sans compter les difficultés de transports, décrit Johanne Menu, chargée du projet, également directrice adjointe de l'hôpital Nord de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), posé à quelques kilomètres. Ni médecine low cost ni humanitaire, nous voulons ramener l'accès au droit commun dans ces quartiers. » Au-delà, l'équipe espère inspirer le retour d'autres services publics, qui tous ont quitté les lieux depuis des années.

« À notre arrivée, il ne restait plus que deux généralistes pour 12 000 habitants sur le secteur, précise Olivier Gauché, le coordinateur du lieu, qui insiste sur sa dimension collaborative. Nous travaillons avec les autres acteurs médico-sociaux de la zone, associations, professionnels de santé libéraux, pharmacies, PML... » Ouvert en 2016 et géré par l'AP-HM, ce centre de santé diffère de ceux – une grande majorité – portés par des collectivités territoriales, des mutuelles ou, depuis une loi de 2018, par le secteur privé lucratif.



À l'accueil de la maison de santé des Ayalades, à Marseille (Bouches-du-Rhône). EDWIGE LAMY POUR LE JDD

Cette cité enfin soignée

Ce dernier suscite l'inquiétude : « Profitant du désordre actuel dans l'offre de soins primaires, beaucoup d'affairistes s'emparent malheureusement de la santé comme d'un nouveau marché pouvant rapporter beaucoup d'argent, dénonce Hélène Colombani, présidente de la Fédération nationale des centres de santé. Des groupes comme Ramsay, Elsan Care ou Cosem [récemment accusé de malversations financières] transforment les centres en machines à faire des actes. Ils reçoivent des aides de l'Assurance maladie alors qu'ils sont au service non pas des patients mais des actionnaires qui attendent des dividendes. »

Axé sur le soin, mais aussi la prévention et le dépistage, le centre des Ayalades dessine une alternative : « Nous occupons le terrain avec des parcours de soins de qua-

lité, insiste Johanne Menu. Notre équipe est pluridisciplinaire. Nous disposons de cinq médecins, deux infirmières, une sage-femme, une psychologue, une médiatrice en santé

« À notre arrivée, il ne restait plus que deux généralistes pour 12 000 habitants »

Olivier Gauché, coordinateur du centre des Ayalades

et du personnel d'accueil. » Tous en lien avec les spécialistes de l'hôpital Nord, qui y assurent des consultations externes. Un cadre attractif

pour les médecins : « Ce travail en équipe évite l'isolement et favorise la transmission, estime le cadre hospitalier. Comme nous menons aussi des projets de recherches universitaires en santé publique sur l'action des centres de santé, c'est intellectuellement stimulant. » Les habitants, eux, retrouvent un suivi qui avait disparu ou presque. « Ce centre est une chance incroyable pour le quartier, s'enthousiasme Daniel Peres, président de l'amicale locale, qui habite là depuis cinquante-trois ans. Mes voisins sont retournés chez le médecin alors qu'ils n'y étaient pas allés depuis cinq ou dix ans. » Cadre agréable en prime, sur un territoire où certains médecins, faute de salle d'attente, font parfois patienter les malades dans la rue.

Avec un budget annuel de fonctionnement de 600 000 euros, le centre des Ayalades a assuré

10 000 consultations en 2022, contribuant aussi à décongestionner les urgences, beaucoup plus utilisées ici en premier recours qu'ailleurs. Un succès qui avait pourtant failli tourner court en 2019 : « Lancée en 2016 dans le cadre du plan Ayrault, l'expérimentation aurait été abandonnée si le directeur de l'AP-HM, François Crémieux, ne s'était pas battu avec l'équipe pour la pérenniser », se souvient Johanne Menu. Forte de cette expérience acquise de haute lutte, l'AP-HM ouvre un deuxième centre en juin aux Flamants, autre cité marquée par le deal et la violence. Espérant essaimer dans les quartiers nord mais aussi ailleurs, l'équipe a rédigé un guide pratique pour les futurs candidats. Les CHU de Bordeaux et de Poitiers l'étudient de près. ●

GYULAINÉ IDOUX

Face à la crise de l'hôpital, la « boîte à outils » du docteur Braun

REMÈDES Le ministre dressera mercredi le bilan attendu du CNR santé. Il promet « des solutions concrètes »

L'amphithéâtre du ministère de la Santé affiche complet : soit 250 personnes, professionnels du secteur, élus, représentants de l'État (agences régionales de santé, Assurance maladie...), usagers, associations... Bref, « tout l'écosystème de la santé », résume un proche du ministre François Braun, sera présent mercredi pour dresser

le bilan du Conseil national de la refondation (CNR) sur la santé.

Alors que la grogne ne s'atténue pas à l'hôpital après une grève des internes vendredi, le ministère de la Santé a organisé 250 réunions partout en France et réuni, selon le cabinet, environ « 10 000 personnes » depuis le lancement début octobre. François Braun et la ministre déléguée Agnès Firmin Le Bodo ont assisté chacun à une quinzaine de ces séances de travail collectif. « L'idée n'est pas de dresser un énième diagnostic du système de

santé, qui est bien connu. L'heure est à l'action, résume un proche de François Braun. Le CNR avait pour but de remonter les exemples qui fonctionnent sur le terrain et d'identifier ce qui pose problème. »

Transposer ce qui fonctionne
Le ministre détaillera les « irritants », ces blocages identifiés localement qui empêchent certaines mesures décidées au niveau national d'arriver jusqu'au « dernier mètre », c'est-à-dire les soignants et les usagers. François Braun annoncera

également la création d'une « boîte à outils », une sorte de banque d'idées où chacun retrouvera les exemples qui marchent, dont certains seront valorisés mercredi. Des élus des Pyrénées-Atlantiques présenteront leur dispositif d'aide à l'installation et à la vie quotidienne des professionnels de santé. « Si ça marche là, il n'y a pas de raison pour qu'on ne puisse pas le transposer ailleurs », assure-t-on Rue Duquesne.

Dans son discours, le ministre devrait aussi évoquer le modèle du centre de santé des Ayalades (lire

ci-dessus), « soit une expérimentation positive et collaborative, exactement dans la logique du CNR ». Selon le cabinet, d'autres « solutions concrètes pour les Français » seront présentées, pour l'accès à un médecin traitant, notamment en cas de maladie chronique, mais aussi pour l'hôpital et les urgences, ou encore la prévention. François Braun aurait tellement été convaincu par la démarche qu'il devrait annoncer sa pérennisation, bien au-delà de ce qu'il voit comme « l'acte I ». ● 61.

« Protéger les vulnérables et laisser vivre les jeunes »

Environ 30 % de la population française résiste encore à la vaccination, dont 20 % de personnes âgées. Le professeur François Alla décrypte les mécanismes d'une action sanitaire qui peine à se faire entendre

Isabelle Castera
icastera@sudouest.fr

En dix-huit mois de pandémie, le Covid nous a pris la tête. Au point de devenir le sujet à éviter. Tourner la page, parler d'autre chose, maudire les médias qui nous mentent, les ministres qui nous manipulent, les laboratoires pharmaceutiques, ce fameux big-pharma qui vole dans nos poches, honnir les scientifiques qui se battent derrière les micros pour un fauteuil à la télé, plaindre les médecins qui sont aussi paumés que nous. Sans parler de ce vaccin qui ne sert à rien et du pass sanitaire qui a achevé de nous fiche en colère. La cacophonie n'a jamais été aussi discordante. La France est coupée en deux, les vaccinés et les autres.

Le besoin d'une parole calmée dans ce monde brutal, clivé, orgueilleux se révèle salutaire. « La vaccination massive de la population doit être la priorité des priorités. L'acceptation vaccinale se gagnera par une communication positive et humaniste, sans peur ni menace. » Voilà la prescription de cinq chercheurs en santé publique et sociolo-

« L'acceptation vaccinale se gagnera par une communication positive et humaniste »

gie (1), soit une tribune intitulée « Plaidoyer pour une gestion alternative au bénéfice de la population ». Car la suite de la pandémie dépend de l'acceptation vaccinale. Aujourd'hui en France, 30 % de personnes résistent encore. Et pourtant, les antivax purs ne sont qu'une faible proportion parmi ces ultimes résistants. Le professeur en santé publique au CHU et à l'Université de Bordeaux François Alla est l'un des cinq rédacteurs de la tribune publiée dans *The Conversation*. Selon lui, la communication s'est pris les pieds dans le tapis, dès le début de la crise. « Le politique et le sanitaire ne font pas bon ménage. »

L'enjeu des plus fragiles

L'état des lieux qu'il résume n'est pas flichon pour la France. « On est mauvais, les plus mauvais de l'Europe de l'Ouest en termes de taux de vaccination complète des 80 ans et plus. L'Espagne et le Portugal ont vacciné 100 % des plus de 80 ans. Nous, même pas 80 %, déplore-t-il. Impossible d'envisager quoi que ce soit tant que les plus vulnérables ne seront pas protégés.



Ambiance nocturne sur le miroir d'eau de Bordeaux, les jeunes se retrouvent. FABEN COTTREAU / 'SUD OUEST'



Le professeur François Alla. FABEN COTTREAU / 'SUD OUEST'

S'ils ne sont pas vaccinés ces 20 %, c'est en raison de la politique de santé publique qui les a oubliés. L'accessibilité a manqué, il n'y a pas eu assez d'"aller vers". Il faudrait aller les chercher là où ils sont, un par un. Sonner aux portes, téléphoner. La France a tout mis sur le numérique, les plateformes de rendez-vous, c'est mal connaître la population française...

Aujourd'hui encore, un Français sur cinq ne maîtrise pas l'outil numérique. Comment les toucher ? « Par les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers à domicile, remarque le professeur Alla. Les généralistes n'ont été mis dans la boucle que trop tard. Ils n'ont accès à la liste de leur patientèle non vaccinée que depuis cet été et reçoivent les vaccins au compte-goutte. »

Pour répondre à cette prio-

rité de vacciner les plus vulnérables, le professeur Alla préconise de fluidifier les stocks de vaccins chez les médecins généralistes mais aussi de faire intervenir des médiateurs en santé, associations, réseaux d'aide à domicile : « Il faudrait déployer tous ces moyens de proximité, de façon humaine. Ce seraient des gens qui pourraient relayer les messages de manière adaptée et circonscrite auprès des plus vulnérables, qu'ils soient par leur condition physique (personnes âgées, malades, NDLR), sociale (précarité économique, quartiers

« Il suffit de mettre en place des moyens pour répondre aux doutes légitimes concernant ces nouveaux vaccins »

difficile, NDLR), linguistique (migrants, NDLR), lieu de vie (gens du voyage, SDF, etc., NDLR) »

Convaincre les jeunes ?

Trop d'incohérences, de stop & go, d'effets d'annonces et de retours en arrière ont généré une baisse de la confiance. « Le pass sanitaire, reprend François Alla, est une mesure dure, qui pénalise les plus jeunes déjà très éprouvés par les confinements et les soumet à une logique de chantage et de punition. Ils sont contraints

LA DÉFIANCE VACCINALE DU SUD DE LA FRANCE

Une étude de la fondation Jean-Jaurès montre que le Sud de la France, depuis les Pyrénées au sud des Alpes avec une extension dans la vallée de la Garonne, serait moins enclin à se faire vacciner que le reste du pays. Les auteurs de l'étude, dirigée par Emmanuel Vigneron – géographe de la santé à l'université de Montpellier –, expliquent cette frac-

ture, par le fait que ce territoire serait historiquement plus rebelle et réfractaire face à l'État, mais aussi qu'il serait une terre d'accueil de néoruraux, décroissants et d'agriculteurs bio notamment en Ardèche ou dans les Pyrénées. Ces régions se caractérisent par une plus forte appétence pour les médecines douces ou alternatives.

de trouver leur dose au plus vite s'ils veulent avoir le droit de continuer à vivre normalement, de garder leur emploi et de poursuivre leurs études. Quid de l'humain ? »

Une mesure non acceptée parce que mal comprise est une mesure rejetée, contournée, qui va encore faire chuter la confiance dans les autorités, rendant encore moins acceptables les autres mesures, même pertinentes. À cet égard, François Alla est le co-auteur d'une pétition en ligne. La perte de confiance dans la parole publique est aujourd'hui considérée par les spécialistes en santé publique comme une difficulté majeure dans la gestion de la crise. « Ça a commencé par la tragédie du masque, observe le professeur Alla, mais ça continue avec cette communication menaçante, les slogans et pubs stupides. Alors qu'il faudrait expliquer pour convaincre. Et commencer par convaincre les professionnels de santé qui refusent de

se faire vacciner. Il suffit de mettre en place des moyens pour répondre aux doutes légitimes concernant ces nouveaux vaccins, les effets indésirables, les risques encourus, en prenant toutes ces questions en considération. Et ça marche, les gens adhèrent. »

Avoir confiance dans le vaccin est la clé, selon le professeur Alla. Pour cela, l'action de santé publique doit passer par l'humain, l'écoute, le respect, la pédagogie. « Aujourd'hui, il faut une stratégie qui permettra de laisser vivre les jeunes et mobiliser tous les moyens en direction des publics vulnérables et des soignants. Soit une approche proportionnée aux besoins », conclut-il.

(1) François Alla, Centre Inserm U129, Université de Bordeaux ; Henri Bergeron, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po, CNRS ; Olivier Bioraz, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po, CNRS ; Linda Cambon, Centre Inserm U129, Université de Bordeaux ; Patrick Castel, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po, CNRS.

Sans toit ni droits, leur santé dépend de la solidarité

ACCÈS AUX SOINS À Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), Médecins du monde offre aux plus démunis des traitements et une aide administrative. Un dispositif qui pallie les carences du système de santé et témoigne de ses dysfonctionnements, pointés dans le rapport publié ce jeudi par l'ONG.

Le grand bâtiment de Médecins du monde ne désemplit pas. Avec 4 000 personnes par an accueillies sans rendez-vous et sans aucune condition, ce centre d'accès aux soins et d'orientation (Caso), situé dans une rue résidentielle de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), est l'un des plus fréquentés parmi les 14 établissements du même type implantés sur le territoire français.

Les traits tirés, Binaté attend son tour, recroquevillée sur son siège. « Un monsieur m'a hébergée deux nuits, puis il m'a dit de venir ici. J'ai dormi dehors, j'ai mal au ventre, je suis fatiguée », souffle la frêle Ivoirienne de 31 ans, arrivée en France cinq jours auparavant. Pour elle comme pour la grande majorité des personnes qui s'adressent au Caso, ce lieu est le seul accessible pour se faire soigner. En effet, les blocages à l'ouverture de droits aux soins pour les personnes de nationalité étrangère (97 % des bénéficiaires des Caso) ne manquent pas. Depuis 2020, en Seine-Saint-Denis, les personnes doivent déposer physiquement leur dossier de demande d'aide médicale d'État (AME) à un guichet unique, situé à La Courneuve. Pour passer la porte de cette agence spécifique de l'assurance-maladie, il faut un rendez-vous qui s'obtient en composant le 36 46. Mais il faut souvent plusieurs tentatives et un temps d'attente infini pour avoir quelqu'un au

bout du fil et obtenir une date de dépôt... Et une fois la demande d'AME acceptée, il faut reprendre rendez-vous, par Internet cette fois, pour aller chercher sa carte. « Pour ceux qui ne maîtrisent pas l'outil informatique, c'est tout simplement impossible. De plus, il n'y a pas d'interprète sur place pour renseigner les personnes non francophones. Et, pour celles et ceux qui ont des problèmes de santé, cela peut être difficile de se déplacer. Enfin, il faut savoir que beaucoup de médecins de ville refusent l'AME, arguant de délais de remboursement trop longs de la part de la Sécurité sociale... » déplore Lynda Boutaleb, coordinatrice du Caso de Saint-Denis.

Particularité de cet établissement de Médecins du monde : il est le seul de France à bénéficier d'une délégation préfectorale pour domicilier les personnes. C'est normalement aux mairies de le faire, mais sans preuve d'attache, certaines, comme à Paris, le refusent pour les personnes vivant dans des lieux informels. Or, sans adresse, pas d'accès à une protection sociale, si minimale soit elle ! « On a reçu, l'été dernier, un monsieur qui sortait de l'hôpital avec une amputation de la main et des broches à la hanche, à la suite d'un accident du travail. Il était à la rue, n'avait pas de couverture sociale et ne pouvait donc même pas faire changer ses pansements... » rapporte Lynda Boutaleb. Les personnes qui s'adressent au Caso le font donc pour voir un médecin, mais aussi pour recevoir

Cet établissement est le seul de France à bénéficier d'une délégation préfectorale pour domicilier les personnes.



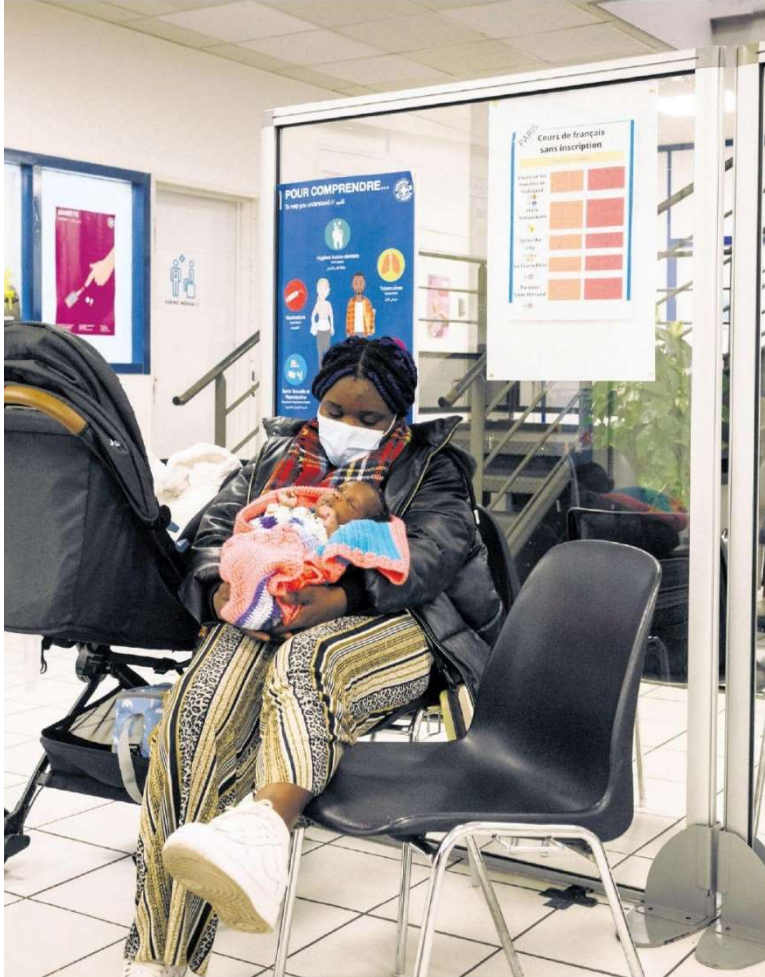
REPORTAGE

Rosalie, 28 ans, a accouché

un accompagnement dans l'accès à leurs droits. En raison du délai de carence de trois mois de présence sur le territoire pour obtenir l'AME, certains étrangers malades n'ont d'autre choix que de se déplacer dans ce centre.

« SI NOTRE STRUCTURE N'EXISTAIT PAS, CES MALADES SERAIENT EN GRAVE DANGER »

« C'est la PMI qui m'envoie. Le cordon ombilical de ma fille ne cicatrise pas bien », explique Rosalie, 28 ans, qui a accouché par césarienne d'Océane, il y a quinze jours. Elle est venue en transports en commun de Puteaux, où elle est hébergée avec la petite par le 115. Arrivée du



d'Océane, il y a quinze jours. Elle vient en transports en commun de Puteaux, dans les Hauts-de-Seine. PHILIPPE LABROSSE/HANS LUCAS

Cameroun il y a trois mois, elle n'a pas encore le précieux sésame. Assis à quelques mètres de la jeune femme dans la salle d'attente, Ali attend aussi de voir le médecin. Depuis qu'il a rejoint, l'été dernier, ses grands enfants installés en France, cet Algérien de 49 ans qui souffre d'hypertension vient chaque mois pour recevoir son traitement. « Je viens d'Épinay. C'est un peu loin, mais je n'ai pas les moyens de payer le médecin et les médicaments. Ici, c'est gratuit », explique-t-il. « On reçoit beaucoup de personnes en rupture de traitement ou de suivi, alors qu'elles ont une pathologie chronique, notamment quand le renouvellement de la carte d'AME ne peut pas être fait assez rapidement. Si

notre structure n'existait pas, elles seraient en grave danger », précise Lynda Boutaleb.

Pourtant, les Casos de Médecins du monde n'ont pas vocation à se substituer aux structures de droit commun et aux missions de l'État. « Quand c'est possible, nous réorientons les personnes vers d'autres dispositifs », indique Alain, 71 ans, médecin généraliste à la retraite. Au sein de l'équipe de 60 bénévoles, il assure ici deux demi-journées de consultations par semaine. « La prise en charge de nos patients vers des lieux adaptés est souvent compliquée car toutes les autres structures manquent de moyens. En Seine-Saint-Denis, les PMI ne prennent plus

d'enfants de plus de 2 ans, les maternités sont saturées, les lits en psychiatrie introuvables... déplore la coordinatrice du Caso. L'été dernier, grâce à une association qui vient ici chaque semaine faire du dépistage du VIH par test rapide, une jeune femme a découvert sa séropositivité. Elle était effondrée et le psychiatre du Caso a demandé une hospitalisation en urgence, car elle était suicidaire. Faute de lit, aucun hôpital psychiatrique n'a été en mesure de l'accueillir, elle a dû passer plusieurs jours aux urgences... c'est inadmissible. »

DÈS L'ENTRÉE, UN SERVICE DE TRADUCTION FACILITE LES ÉCHANGES

« En général, les patients qui viennent souffrent de maladies de peau, de troubles anxieux, d'affections musculo-squelettiques... Nous avons aussi régulièrement des cas de tuberculose et une prévalence un peu plus importante du VIH chez ces patients. C'est très lié à leurs conditions de vie très difficiles. Beaucoup sont à la rue, en habitat précaire ou insalubre, et souffrent d'épuisement physique et psychologique dû à des

« Ces patients souffrent de maladies liées à leurs conditions de vie très difficiles. »

ALAIN, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À LA RETRAITE ET BÉNÉVOLE AU CASO

parcours d'exil qui se rallongent et se durcissent », détaille le médecin, qui ne cache pas une certaine admiration pour ses patients : « Je viens de recevoir une dame béninoise qui a fui son pays pour protéger sa fille de l'excision. Et, la semaine dernière, j'ai à nouveau reçu Lansana, un

Ivoirien qui s'est lancé, à plus de 70 ans, dans un parcours d'exil d'autant plus compliqué qu'il est presque paralysé. C'est toujours une richesse de découvrir des personnes du monde entier. Quel courage ont ces gens ! »

Le système de traduction par téléphone qui est proposé sur place facilite aussi grandement le travail des médecins et des assistants sociaux. Dès la porte d'entrée, les bénévoles peuvent l'utiliser si nécessaire pour comprendre la demande des personnes qui se présentent. Médecins du monde a une convention avec ce service, qui propose des traducteurs dans différentes langues sur demande. Le fait que cela se fasse au téléphone permet de respecter la confidentialité des personnes et le secret médical. « Par respect, nous refusons qu'un enfant traduise pour ses parents ou qu'une tierce personne entre dans le cabinet du médecin. C'est un système qui marche très bien. Certaines personnes, qui disposent d'une couverture maladie, viennent ici car elles sont sûres qu'elles pourront se faire comprendre. On plaide pour que ce système d'interprétariat soit mis en place dans toutes les administrations et les structures de santé de droit commun », insiste la coordinatrice.

Ce qui pousse aussi les personnes à revenir au Caso, c'est l'empathie et la bienveillance des équipes, bénévoles, qui œuvrent sur place. Au rez-de-chaussée du bâtiment, quelques vêtements sont stockés pour être distribués en cas de besoin, de même que des collations et des boissons chaudes. « La plupart des personnes qui se présentent au Caso cumulent les vulnérabilités : habitat précaire, pas ou peu de revenus, arrivée très récente sur le territoire français... On essaie de prendre tout cela en considération. Toute personne qui arrive chez nous passe d'abord devant un travailleur social qui évalue ses besoins primaires (manger, se laver, dormir), l'aide à faire valoir ses droits, lui indique des activités qui pourraient lui permettre de se socialiser, et ensuite, elle va en consultation avec un médecin si nécessaire, indique Lynda Boutaleb. Nous militons pour que les personnes ne soient pas réduites à leur pathologie, mais que leurs besoins au sens large soient pris en compte. » Une vision de la prise en charge qu'il serait salutaire d'étendre aux autres structures, comme les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux. ■

EUGÉNIE BARBEZAT

« Ce qui est coûteux, c'est le non-accès aux soins »

Présidente de Médecins du monde depuis juin 2022, **Florence Rigal** dénonce les difficultés d'accès aux droits des plus démunis et exhorte l'État à assumer enfin ses responsabilités.

En 1994, alors toute jeune médecin en internat à Toulouse, Florence Rigal effectuait sa première mission au Rwanda, avec Médecins du monde. Depuis juin dernier, elle partage son temps entre l'hôpital de Montauban, où elle exerce dans un service de soins palliatifs, et l'ONG, dont elle est devenue présidente.

Quels sont les principaux enseignements du rapport 2021 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde (MDM) en France ?

Depuis 2000, nos constats sont de plus en plus alarmants. En 2021, parmi les 15 355 personnes accueillies en France dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde, plus de 97 % sont étrangères. Récemment arrivées dans notre pays, elles ont, à plus de 90 %, des revenus largement inférieurs au seuil de pauvreté (43 % n'ont aucune ressource) et des conditions d'hébergement fragiles, voire inexistantes. D'ailleurs, les médecins de nos centres constatent que les pathologies les plus courantes (maladies respiratoires, de peau, MST, troubles squelettiques, anxiété...) sont principalement liées aux conditions matérielles d'existence des patients : ce sont des hommes et des femmes acculés à la survie, qui souvent nous arrivent tardivement. Un retard de recours aux soins est observé chez près de la moitié d'entre eux et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente a été repéré pour plus de 46 %. La situation des personnes que nous recevons est le symptôme d'un système de santé exsangue, de dispositifs d'hébergement d'urgence délibérément insuffisants, et d'une impossibilité pour les plus fragiles d'accéder physiquement aux guichets administratifs du fait de la « dématérialisation ». L'accès aux droits en santé est de plus en plus compliqué pour ces personnes : en 2021, 81,3 % de celles qui disposent de droits théoriques à la couverture maladie n'en bénéficiaient pas.

ENTRETIEN

Pourtant, le volume du public accueilli par MDM n'augmente pas significativement...

Effectivement, les besoins sont immenses et nous ne souhaitons pas nous substituer à l'État, qui doit y répondre. Faute de moyens, nous avons fermé plusieurs Caso depuis 2016 et les plages d'ouverture de certains autres ont été restreintes. Notre rôle est de donner l'exemple en démontrant qu'un accueil physique inconditionnel et un accompagnement sanitaire et social de qualité sont possibles. Historiquement, c'est sur le modèle de nos Caso qu'ont été mises en

place les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) au sein des hôpitaux. Nous avons aussi été à l'initiative des politiques de réduction de risques pour les usagers de drogue et les travailleurs du sexe, et nous ne cessons de militer pour la reconnaissance des travailleurs-pairs en médiation de santé. Nous obtenons ainsi de petites avancées, mais le compte n'y est pas.

Qu'attendez-vous des pouvoirs publics ?

Aujourd'hui, il faut plus de moyens pour l'interprétabilité, afin d'éviter erreurs ou retards de diagnostic, faute de compréhension entre soignants et patients. La multiplication des dispositifs de protection sociale réservés



FLORENCE RIGAL
Présidente de Médecins du monde

aux étrangers et leur complexité en écartent nombre de bénéficiaires, tout en les stigmatisant. Nous réclamons la mise en place d'un système médico-social de droit commun accessible sans délai à tous sans distinction de nationalité et de statut administratif. Il est également urgent de donner aux structures publiques de prise en charge et de prévention (hôpitaux publics, PMI, etc.) des moyens à la hauteur des besoins de santé des populations.

Les sénateurs viennent de se prononcer pour une réduction du budget de l'aide médicale d'État (AME). Qu'en pensez-vous ?

C'est irresponsable et honteux ! Chaque année, les discussions sur l'AME sont l'occasion d'attaques du droit fondamental des personnes à se faire soigner. Espérer contrôler l'immigration par ce biais est inefficace et indigne. De plus, les arguments financiers ne tiennent pas, tant ce dispositif représente une part dérisoire du budget de l'État. Ce qui est coûteux en termes d'éthique et de santé publique, c'est le non-accès aux soins. Laisser la santé des personnes étrangères s'aggraver et amputer leurs chances de pouvoir vivre et travailler normalement sont délétères pour l'ensemble de la société. ■

ENTRETIEN RÉALISÉ PAR E. B.



Le centre d'accueil de soins et d'orientation de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), le 1^{er} décembre. © PHILIPPE LABROSSE/HANS LUCAS

mercredi 7 décembre 2022 LE FIGARO

20 | L'ÉVÉNEMENT

L'Europe confrontée à une crise d'ampleur

Que ce soit en France, au Royaume-Uni ou en Espagne, les réseaux de soins craquent, par défaut de personnel,

MARIE-CÉCILE RENAUULT
@FCRenault

SANTÉ Mis à rude épreuve durant le Covid, les systèmes de santé européens ont résisté. Mais la pandémie a mis en lumière des faiblesses préexistantes. Au-delà de leurs modes d'organisation et de financement différents, ils se trouvent tous confrontés au moins à trois révolutions qui les plongent dans une profonde crise.

L'Europe fait tout d'abord face à une transition démographique majeure liée au vieillissement de sa population. Non seulement les générations nombreuses du baby-boom arrivent au grand âge, mais, en plus, l'espérance de vie augmente. Cette « transition épidémiologique » se traduit par des patients plus âgés, avec des pathologies chroniques et multiples, en plus grand nombre. En conséquence, les prises en charge sont de plus en plus complexes et nécessitent la coordination de nombreux acteurs, du sanitaire jusqu'au social. « On ne meurt plus de maladie cardiaque à 70 ans, mais d'autres pathologies à 80 ans. Et, entre-temps, on se fait opérer de la cataracte, on subit un pontage, on se fait poser des stents, etc. », résume Jean de Kervasdoué, économiste de la santé.

La santé est un système de rationnement, pas de marché. Tous les gouvernements s'assoient sur le couvercle de la marmite pour l'empêcher d'exploser

JEAN DE KERSVADOUÉ, ÉCONOMISTE

L'autre grande mutation est scientifique, technique et numérique. De nouveaux médicaments et traitements, aux coûts élevés, apparaissent. Les progrès bouleversent aussi les façons d'exercer : les besoins en expertise et en compétence s'en trouvent accrus. La dernière mutation est de nature sociale. Internet et les réseaux sociaux permettent aux patients de se renseigner sur leur maladie, leur traitement, et de participer aux choix qui les concernent.

Entre vieillissement, progrès technique et meilleure information, les dépenses de santé augmentent donc naturellement de 4% par an si on ne les règle pas. « Or la santé est un système de rationnement, pas un système d'économie de marché. Tous les gouvernements du monde s'assoient donc sur le couvercle de la marmite pour l'empêcher d'exploser », explique Jean de Kervasdoué. Le rationnement se fait par la limitation de l'offre, du nombre de soignants et de leurs salaires, de l'accès aux innovations... »

Rationnement

Ce rationnement peut être explicite, comme en Grande-Bretagne où le National Health Service (NHS), la deuxième institution la plus vénérée, après la reine Elisabeth voit les files d'attente s'allonger pour

les soins dits « de confort » et calcule les « Qaly » (quality-adjusted life year), c'est-à-dire l'investissement à réaliser pour gagner une année de vie en plus en bonne santé. Le rationnement peut aussi être implicite, comme en France à travers le numerus clausus, l'implantation régulée des pharmacies, les autorisations d'équipements lourds, type scanners ou IRM, etc.

Dopés par le Covid, les dépenses de santé ont fortement augmenté dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE en 2021. L'Allemagne, la France et le Royaume-Uni dépassent une part proche de leur PIB pour la santé, au-dessus des autres pays européens respectivement 12,8%, 12,4% et 11,9%. Pour la première fois en 2022, l'enveloppe dédiée à l'hôpital va dépasser dans l'Hexagone... 100 milliards d'euros, avec un reste à



François Braun, ministre de la Santé, lance le Conseil national de la refondation (CNR) pour revoir l'organisation du système de soins en France.



31 milliards d'euros d'investissements publics dans le « Ségur de la santé »



Stephen Barclay, secrétaire d'État à la Santé et à la Protection sociale, a vu son budget bondir de près de 4 milliards d'euros en juillet dernier pour décongestionner, en deux ans, le système public de soins britannique.



7,1 millions de personnes attendent une intervention au Royaume-Uni

En France, les milliards d'euros du « Ségur de la santé » n'ont pas fait de miracle

Au sortir de la crise sanitaire, tous les acteurs français de santé étaient décidés à ne plus retomber dans les travers du passé. Exit l'organisation en silo, le manque de coordination ville-hôpital, les lourdeurs bureaucratiques, les autorisations de l'ARS (autorité régionale de santé) attendues durant des mois alors que le Covid-19 a montré qu'elles pouvaient être obtenues en deux jours... Mais les bonnes résolutions ont fait long feu. Et la crise de l'hôpital, qui persistait avant la pandémie, reste entière.

Comme si les milliards déversés sur l'hôpital par le « Ségur de la santé », depuis l'été 2020, n'avaient rien changé... Il s'agit pourtant d'un investissement historique et colossal, avec pas moins de 12 milliards d'euros par an pour les revalorisations salariales, mais aussi 19 milliards d'euros d'investissements pérennes (dont 6,5 milliards pour alléger la dette des hôpitaux, 9 milliards pour financer de nouveaux investissements, 2 milliards pour le numérique... Preuve, s'il en fallait une, que les difficultés ne sont pas qu'une question de moyens financiers mais aussi d'organisation.

De fait, l'hôpital a de nouveau été au bord de l'implosion cet été et aucune amélioration notable n'est intervenue depuis. Au contraire. Des services d'urgences ont été contraints de fermer, même si le gouvernement s'est félicité, grâce aux mesures prises courant juillet par François Braun, le nouveau ministre de la Santé, d'être « passé à côté de la catastrophe annoncée ».

En psychiatrie, parent pauvre du système, les soignants dénoncent un « débâclement » du secteur, un « manque criant » de lits

d'hospitalisation, des « fermetures régulières » de centres médico-psychologiques. Quant aux services de pédiatrie, confrontés à une épidémie de broncholite, ils sont saturés et obligés parfois de transférer les enfants à plusieurs centaines de kilomètres de chez eux. En cause ? La pénurie d'effectifs de médecins et d'infirmières, démotivés par les conditions de travail, les astreintes de nuit, une perte de sens et un manque d'attractivité financière. À ces difficultés, viennent s'ajouter des cyberattaques, comme récemment à Corbel-Essonnes et encore ce dimanche à Versailles, mais aussi des ruptures d'approvisionnement en médicaments, comme actuellement avec le manque d'amoxicilline, l'un des antibiotiques les plus utilisés chez les enfants.

La France est au 1^{er} rang européen en personnel hospitalier

FRANÇOIS ÉCALLE, FONDATEUR DU SITE RPECO

La situation n'est pas meilleure en médecine de ville. En grève les 1^{er} et 2 décembre, les médecins libéraux réclament une revalorisation de leurs honoraires, mais, au-delà, expriment eux aussi un malaise profond lié à un manque de reconnaissance et les lourdeurs administratives. Alors que 6 millions de patients n'ont pas de médecin traitant, les libéraux refusent d'être tenus responsables des « déserts médicaux » et s'opposent aux élus locaux qui préconisent de réguler leur liberté d'installation ou de mettre un terme aux dépassements d'honoraires.

« Le gouvernement est contre toute forme de régulation, de coercition et d'obligation », a rappelé Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée à l'organisation des soins, expliquant qu'« il n'y a pas assez de médecins » et que « réguler zéro, ça fait toujours zéro ».

Pour remettre le système de santé sur les rails, François Braun a lancé le 3 octobre au Mans le Conseil national de la refondation (CNR) santé. Il devrait totaliser 300 réunions dans les territoires - associant soignants, élus et usagers - à la fin de l'année. Une première remontée est prévue mi-décembre avec bilan d'étape en janvier.

Sans attendre, « toutes les initiatives bonnes à accompagner doivent l'être », indique François Braun, qui s'est dit par exemple très intéressé par l'expérimentation des « médiateurs en santé » dans les quartiers nord de Marseille, à qui des associations confient la mission « d'aider chercher les gens éloignés du soin et de la prévention ». Pas sûr toutefois que cela soit à la hauteur des enjeux...

M.-C.R.



Le gouvernement est contre toute forme de régulation, de coercition et d'obligation

AGNÈS FIRMIN, LE BODO, MINISTRE DÉLÉGUÉE À L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS
NVIÈRE DAVIET / ABA/CAPRESS.COM

Au Royaume-Uni, l'attente interminable à l'hôpital

JULIE ZAUGG @julie_zaugg
LONDRES

Une dame de 85 ans avec la hanche brisée a attendu... quatorze heures avant qu'une ambulance vienne la chercher à son domicile, dans les Cornouailles. Devant l'hôpital, elle a dû encore patienter vingt-six heures, dans d'atroces douleurs, car l'établissement manquait de lits. Dans le Hertfordshire, un patient souffrant de graves difficultés respiratoires a dû se rendre à l'hôpital en Uber car l'attente pour obtenir une ambulance s'élevait à dix-huit heures. Comme ces exemples récents le montrent, le système de santé britannique (National Health Service, NHS) est à nouveau au bord de la rupture. En octobre, les services d'urgence n'ont pas pu répondre à 23% des appels. Soit un sur quatre ! Quelque 5 000 patients ont subi des conséquences graves, pouvant aller jusqu'à la mort...

À cela s'ajoute la quasi-impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez le médecin et d'interminables listes d'attente pour les opérations. « Il y a désormais 7,1 millions de personnes en attente d'une intervention rien qu'en Angleterre, contre 4,4 millions en 2019 », relève Max Warner, économiste de la santé auprès de l'Institut pour les études fiscales, un think-tank. Et plus de 400 000 patients depuis plus d'un an.

Ces manques touchent aussi les soins à domicile et les établissements pour personnes âgées. « De nombreux patients n'ont plus besoin de soins aigus, mais ne peuvent pas quitter l'hôpital car ils sont en attente de type de prestations », note Siva Anandachy, un expert des politiques de la santé auprès de l'ONG The King's Fund. Ils occupent des lits qui pourraient bénéficier à d'autres

malades. » Cette situation extrême est l'œuvre de ce qu'il décrit comme « un cocktail toxique exacerbé par la pandémie ». Néanmoins, les longues listes dans les années 1990, les listes d'attente du NHS avaient été progressivement réduites sous l'impulsion du gouvernement travailliste, mais elles ont commencé à grimper de nouveau à partir de 2010 à l'arrivée au pouvoir des conservateurs, qui ont préféré équilibrer les comptes qu'investir dans le système de santé.

Première grève des infirmières le 15 décembre

Juste avant la pandémie, le NHS avait 100 000 postes vacants. À 2,45 lits hospitaliers par 1 000 habitants, le Royaume-Uni compte l'une des proportions les plus basses d'Europe. La pandémie a accentué ces déséquilibres. « En 2020, les services non essentiels ont fermé durant plusieurs mois », explique Tim Gardner, un expert de l'ONG The Health Foundation. Cela a créé des reports que le système n'a pas encore finit d'absorber. » À l'approche de l'hiver, de nombreux lits hospitaliers sont à nouveau occupés par des patients atteints du Covid-19.

En annonçant son budget mi-novembre, le ministre des Finances, Jeremy Hunt, a promis d'octroyer 3,3 milliards de livres (près de 4 milliards d'euros) additionnels au NHS ces deux prochaines années. « Mais l'inflation va annuler cet apport de fonds », juge Max Warner. « Pour voir son budget craquer, le NHS aurait besoin de 4 milliards de livres supplémentaires d'ici l'été 2024-2025 ».

La hausse du coût de la vie frappe aussi de plein fouet les employés du système de santé. Le 15 et 20 décembre, les infirmières se mettront en grève pour la première fois de leur histoire. ■

de ses systèmes de santé

de financement ou par manque d'organisation, sous le poids des dépenses croissantes.

charge pour les ménages en santé le plus faible, soit 8,9% en 2021, juste derrière le Luxembourg.

Épuisement des soignants
Malgré ces efforts financiers, les différents pays sont confrontés à un épuisement des soignants. Bien que le nombre de médecins et d'infirmiers ait augmenté au cours des dix dernières années dans presque tous les pays de l'OCDE, les pénuries de personnel se multiplient dans chaque pays et engendrent partout des fermetures de lits et l'allongement des délais de rendez-vous.
« Le modèle public crucial car les niveaux de salaires ne sont pas mirobolants et l'engagement du personnel atteint ses limites. Même si on est fonctionnaire

impliqué avec une grande conscience professionnelle, il y a un moment où l'effort demandé n'a pas assez de contreparties financières », note Frédéric Bizard, économiste spécialiste des questions de protection sociale et de santé. La partie privée s'en sort mieux, parce qu'il y a une meilleure rémunération, une meilleure organisation, il y a moins de fuites de la ressource humaine. Donc, quand le secteur public est l'alpha et l'oméga, c'est encore plus violent que dans les pays où coexiste un secteur privé qui permet de modérer ces difficultés. »

Le directeur général de l'OMS a d'ailleurs souligné que cette pénurie de soignants était mondiale, et pas qu'européenne. Il manquera, dans les cinq ans à venir, pas moins de 12 millions de professionnels de santé à travers le monde. Avec un phénomène de d'un-

plomb des pays riches vis-à-vis des pays pauvres: les médecins africains sont attirés par l'Europe de l'Est, les médecins d'Europe de l'Est par l'Europe de l'Ouest, les médecins d'Europe de l'Ouest par le Canada...
Au final, « des systèmes de santé plus résilients sont indispensables à des économies plus fortes et elles aussi plus résilientes », indique l'OCDE dans son Panorama de la santé. L'organisation internationale estime qu'une société en meilleure santé et mieux préparée permettrait d'éviter, en cas de crises, des mesures de confinement strictes et coûteuses. Mais cela suppose d'investir sur la prévention pour conserver les individus en bonne santé le plus longtemps possible, consolider les fondements des systèmes de santé en s'attaquant aux dépenses inutiles et en augmentant l'efficacité des dépenses. Et enfin en soutenant les professionnels de santé travaillant en première ligne. ■



Carolina Darias, ministre de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité en Espagne, doit faire face à la désertion des praticiens formés dans le pays.

En Espagne, les médecins fuient à l'étranger

MATHEU DE TALLAC @Mestallac ML610

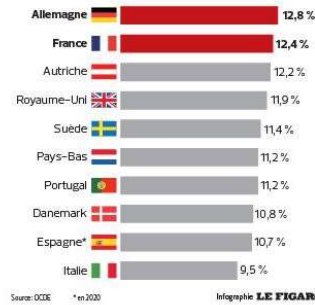
Les médecins de famille et les pédiatres de la Communauté autonome de Madrid sont en grève, leurs confrères de la région de Valence le seront mi-janvier, tandis qu'une cascade de démissions à la direction des services de santé provoque au Pays basque, selon le quotidien *El Correo*, « une crise sans précédent ». Dans ce pays décentralisé où la santé publique est gérée par les 17 communautés autonomes, la malaise traverse tout le territoire.
« Partout en Espagne les problèmes sont les mêmes », expose Víctor Pedraza Carbonell, secrétaire général du syndicat de médecins valenciens CESM-CV, lui-même médecin à Alicante. Les centres de santé et les hôpitaux sont débordés. Les ressources ont été diminuées, en particulier les équipes de médecins. Il est habituel d'accumuler 50 ou 60 rendez-vous en une journée et d'avoir des pics à 80 patients !
Son organisation réclame des créneaux de dix minutes par patient. Dans les hôpitaux, les tours de garde accumulent les plaintes des professionnels : trop longues, trop récurrentes et trop mal payées. « Nous demandons trois choses : des améliorations de nos conditions de travail, des hausses de salaire et des contrats stables », plaie le médecin de famille.
Le meilleur révélateur des maux du système espagnol est sa pierre angulaire : les centres publics de santé. Dans ces dispensaires, des médecins généralistes, des infirmiers et des pédiatres, tous fonctionnaires régionaux, soignent les patients ou les orientent vers des spécialistes, eux aussi employés par la communauté autonome. Le patient présente l'équivalent de sa

carte Vitale et n'avance jamais un centime. Une organisation bon marché et efficace qui participe à l'excellente espérance de vie des Espagnols et qui était, jusqu'à il y a peu, un motif de fierté nationale.
Mais le coronavirus a fait craquer des coutures déjà tendues. « Nous devons dispenser les soins qui ont été retardés pendant les deux ans où l'on s'est concentré sur le Covid et les urgences », explique Víctor Pedraza Carbonell. Les listes d'attente s'allongent et la qualité des soins diminue. La goutte qui a fait déborder le vase, c'est quand la région a embauché 6 000 travailleurs, mais seulement 16 % de médecins. Ce n'est pas en multipliant les administratifs que l'on va déboucher les rendez-vous ! »

Des salaires très faibles
Les régions répondent qu'elles peinent à trouver des médecins qui fuient exercer à l'étranger : un professionnel touche en moyenne 53 000 euros annuels, contre 95 000 en France. « Le salaire n'est même pas la première revendication, nuance Angela Hernandez, secrétaire générale d'Amyts à Madrid. La demande fondamentale, c'est l'amélioration des conditions de travail, pour les médecins et pour les patients ». Son syndicat a lancé le 21 novembre une grève très subtile dans les 423 centres de santé de la région. « 223 médecins ont pu signer un CDI : seuls 17 l'ont fait, les autres ont préféré faire des remplacements dans les hôpitaux », argue-t-elle.
En Espagne, la santé publique est financée par l'impôt et sa gestion est assurée par les régions. Les transferts du gouvernement central, qui cède une part des recettes fiscales, sont conséquents, et les 17 régions ont un objectif de déficit minimal de 0,6 % du PIB en 2022. ■

Dépenses de santé : la France deuxième après l'Allemagne en Europe

DÉPENSES DE SANTÉ, en % du PIB en 2021



LE CONTACT TRACING À REVOIR

Le traçage des cas contacts de personnes atteintes du Covid-19, pilier de la stratégie « tester, tracer, isoler » mise en œuvre en France après le premier confinement, a coûté plus de 600 millions d'euros depuis deux ans, selon la Cour des comptes. En l'absence d'évaluation scientifique, le rapport conduit à l'« efficacité incertaine » du dispositif. Ce « contact tracing » a permis de joindre 32 millions de personnes testées positives et 22 millions de leurs contacts « à risque ». La Cour appelle à « concevoir un dispositif plus efficace », pouvant être « activé puis désactivé dans des délais rapides dans l'éventualité de nouvelles épidémies de grande ampleur ».

La vie ensemble

Les avantages du Pinel diminuent, Nexity en donne plus. (1)

Augmentez la rentabilité de votre investissement immobilier neuf en économisant jusqu'à 10 500 € (2)

Chez Nexity, malgré le changement du dispositif Pinel, nous renforçons vos avantages avec notre offre exclusive Pinel Boosté. (3)

PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC UN CONSEILLER NEXITY DÈS AUJOURD'HUI ET PROFITEZ DE NOTRE OFFRE PINEL BOOSTÉ JUSQU'AU 31/12/2022.

Le non-respect des engagements de location entraîne la perte du bénéfice des incitations fiscales.

0800 250 304
Service et appel gratuits

nexity.fr

L'attention de l'acquéreur est attirée sur les risques afférents à un investissement locatif (ex. : non-respect des conditions d'achat de l'incitation fiscale, y compris des conditions de mise en location, absence de locataire, loyers impayés, évolution défavorable du marché locatif) susceptibles d'entraîner la perte du bénéfice des incitations fiscales en cas de rupture du contrat de location. (1) Nexity en donne plus, se traduisant par les avantages exclusifs par Nexity dans le cadre de son offre Pinel Boosté valable pour tout contrat de réservation ou promesse de vente signés entre le 07 novembre 2022 et le 31 décembre 2022. (2) À titre illustratif dans le cadre de l'offre PINEL BOOSTÉ, le montant de la réduction sur le prix de vente pour l'acquisition d'un logement d'une valeur de 200 000 euros sera ainsi forfaitairement la somme de 10 500 €. Super Réduction PINEL 2022 - Réduction PINEL 2022 soit 21% de 200 000 € = 42 000 €. (3) Offre Pinel Boosté. Offre valable du 07 novembre 2022 au 31 décembre 2022, ouverte à toute personne physique majeure achetant un bien immobilier neuf à usage de logement construit par une société cotée boursièrement ou indirectement à 100% par la société Nexity Logement CASU dont le siège social est 18 rue de Vanne 75008 Paris immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 3991813821 et vise de réaliser un investissement durable au dispositif PINEL. L'acquisition des logements situés dans des résidences gérées, des logements situés dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ou qui répondent aux critères de qualité d'usage et de performance énergétique et environnementale instaurés par le décret n°2022-384 du 17 mars 2022 est valable uniquement sous réserve de la signature d'un acte authentique de vente dans les délais stipulés au contrat de réservation et au plus tard au 31 décembre 2023. L'offre se traduit par une réduction sur le prix de vente stipulé au contrat de réservation. Le montant de la réduction est un montant forfaitaire correspondant à la base du montant de la réduction d'impôt PINEL entre 2022 et 2023 auquel peut s'ajouter l'acquéreur pour une durée d'engagement de location de 12 ans. Offre non cumulable avec d'autres promotions en cours. Les conditions de l'offre Pinel Boosté complètes et la liste des programmes éligibles sont à retrouver sur <http://offres.nexity.fr/Nexity-3A> au capital de 230 648 620 €. Siège social : 18 rue de Vanne, 75001 Paris - RCS PARIS n° 444 346 795.

SANTÉ LE TEMPS DES URGENCES

Ereinté par la pandémie et des décennies de politiques publiques inadaptées, le système français est au pied du mur. Alors que les déserts médicaux se multiplient et que les vocations se font rares, tour d'horizon des dossiers brûlants.

Par **BENJAMIN LECLERCQ**
Dessin **FANNY MICHAËLIS**



Il est l'éternel et grand souci. Sondage après sondage, la santé caracolonne en tête des préoccupations des Français, avec le pouvoir d'achat. Des Français qu'on dit d'ailleurs chanceux, en la matière, avec leur sacro-sainte Sécurité, leur médecin de proximité, leurs médicaments gratuits, leurs grands hôpitaux publics... Autant de « biens précieux, [...] indispensables quand le destin frappe », soutenait, lyrique, le président Emmanuel Macron en mars 2020. Indispensables, certes, mais menacés. La pandémie a eu valeur d'électrochoc : le système a tenu, il a sauvé mille vies, mais il en sort essoré. Les 3,5 millions de personnes qui le font survivre depuis des années ne cessent d'en témoigner, à longueur de manif, de tribunes et d'interpellations du politique.

En 2020, le Ségur de la santé a prétendu une mobilisation générale de l'Etat, accompagnée d'une revalorisation salariale des infirmiers et aides-soignants des hôpitaux. Las, deux ans plus tard, un rapport sénatorial regrettait « le saupoudrage de ces mesures [...] et leur extension sans réflexion d'ensemble et par à-coups aux « oubliés du Ségur », notant au passage « une amertume

qui ne tarit pas ». Le 3 octobre, François Braun, ministre de la Santé, lançait cette fois le volet « santé » du Conseil national de la refondation, annonçant un bilan pour janvier. Espérons alors que les actes suivront car les urgences, elles, s'annoncent...

HÔPITAL PUBLIC : RÉORGANISER ET RÉHUMANISER

Il est probablement celui qui souffre de la crise la plus aiguë, au point d'être menacé, prédisent certains, de s'écrouler. Les symptômes de l'usure de l'hôpital public sont tels qu'en dresser la liste exhaustive est impossible. Il y a les services d'urgences, asphyxiés par la hausse continue de leur fréquentation (3,5% par an), le manque de personnel et les cadences insoutenables. Il y a les fermetures de lits d'hospitalisation complète (plus de 5700 en 2020, 4300 en 2021). Il y a aussi la pédiatrie, que la récente épidémie de bronchiolite a mise au supplice ; la gériatrie et la psychiatrie, tout autant sevrées de soignants au moment où les besoins explosent. Il y a les démissions, les burn-out et les suicides.

Bref, l'urgence est absolue : sauver un hôpital affamé de moyens,

d'autonomie et d'humain. Concrètement, plaident les premiers concernés, il faut réformer le financement, plombé par le trop rigide objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et perverti par la « T2A » (la tarification à l'activité). Il faut soigner l'attractivité des métiers – en 2019, la France était 18^e sur 35 pays de l'OCDE en termes de rémunération des infirmiers. Renouer les liens avec la médecine de ville, valoriser la spécialisation des infirmiers, redonner de l'autonomie aux services cliniques... Et recruter, recruter, et encore recruter.

DÉSERTS MÉDICAUX : REPEULER LE VIDE

Soulager l'hôpital passe aussi par le retricotage d'une médecine de ville pleine de trous. Selon Santé publique France, près d'un tiers de la population vit dans une « zone d'intervention prioritaire », un désert médical. Dans certaines régions – le Centre-Val-de-Loire ou l'Île-de-France –, ce taux côtoie les 60%. Signe de cet accès au soin entravé : 11% des Français de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant, alertait le Sénat dans son rapport de mars. Un pourcentage qui grimpe à 20% pour les 17-30 ans.

Or, la pénurie de médecins, qui concerne autant les généralistes que les spécialistes, va s'accroître. Selon la Direction de la recherche des ministères sanitaires et sociaux (Dress), le creux de la vague pour l'ensemble des médecins aura lieu en 2024, et les effectifs ne reviendront à leur niveau actuel qu'à l'horizon... 2030.

En traitement d'urgence, l'Académie de médecine préconise la création d'un service citoyen médical d'un an pour tout médecin nouvellement diplômé. Le gouvernement, lui, encourage les médecins retraités à remplir, en cumulant emploi et retraite. Primes d'installation, majoration des honoraires, augmentation du nombre d'ouvertures (qui a remplacé le fameux numerus clausus, entré en 2021) ou encore développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, plus attractives pour les jeunes médecins, figurent aussi parmi les leviers.

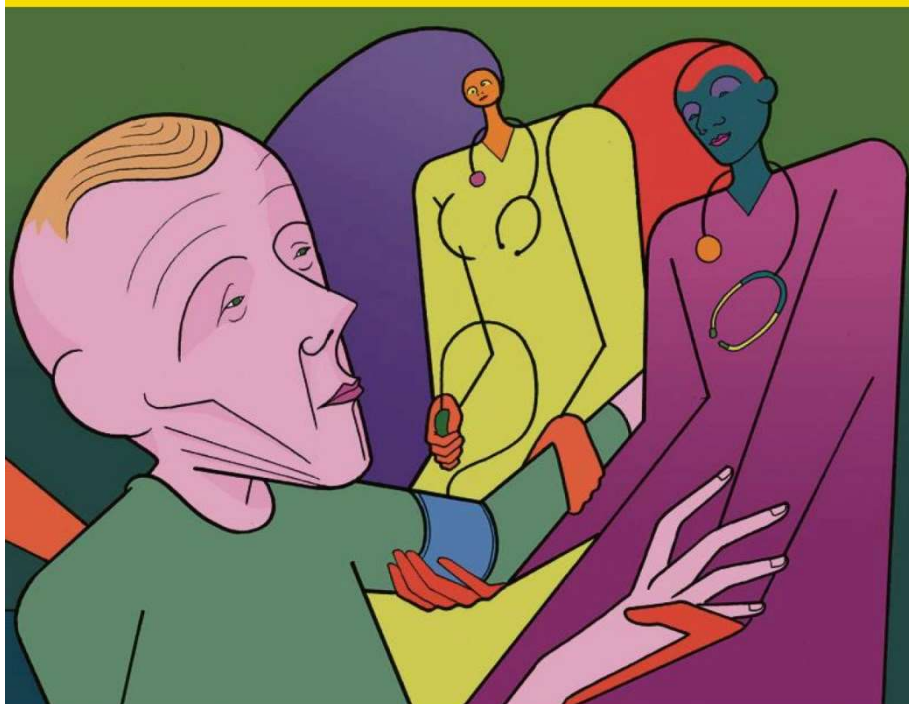
Tout comme la généralisation de la télé-médecine. Depuis la pandémie, les cabines connectées essaient en France (lire page 4). Sans faire de miracle, toutefois : les téléconsultations sont retombées à moins de 10% des consultations, et affichent leurs limites, comme

un accès compliqué pour les générations âgées – le téléconsultant français a en moyenne 30 ans. Pour y remédier, le principe de la téléconsultation assistée (par un infirmier ou un aidant) fait son chemin.

PRÉVENTION : RATTRAPER LE RETARD

« On entre dans l'ère de la prévention », annonçait en septembre le ministre de la Santé, François Braun, dans les pages du *Journal du dimanche*. Il était temps, car la France, dont le système de santé est historiquement focalisé sur le soin, accuse un retard endémique en la matière. En 2021, la Cour des comptes n'avait pas été tendre : « Les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins ». Entre autres écueils, une « adhésion trop faible » aux programmes de prévention médicalisée, à l'instar des dépistages des cancers ou du diabète de type 2.

L'enjeu est immense car la prévention est le nerf d'une guerre qui s'annonce redoutable : celle contre l'épidémie des pathologies chroniques. Les cinq principales – cancers, diabète, maladies cardiovasculaires



res, respiratoires, psychiatriques... sont en progression. Le bilan de la Sécurité sociale dit bien leur poids : 62% des dépenses totales (104 milliards d'euros sur un total de 168 milliards). Le retour des maladies infectieuses (anciennes ou émergentes) complète un tableau qui, en sus, change de dimension avec le vieillissement. L'Insee table sur 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050.

Il y a donc fort à faire. Plus, estimant en tout cas les spécialistes, que la dernière mesure annoncée par le gouvernement : des bilans de santé gratuits à «trois âges [clés] de la vie, 25 ans, 45 ans et 65 ans». La priorité? Une prévention large spectre, qui coordonne les acteurs bien au-delà du seul secteur médical : école, clubs sportifs, associations, services sociaux, collectivités territoriales, etc.

INÉGALITÉS SOCIALES : RÉPARER LES FRACTURES

Dans son rapport sur «L'état de santé de la population en France» paru en septembre, la Drees rappelait un constat cruel : «De la naissance aux grands âges, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent.» Les chiffres

parlent d'eux-mêmes... Le risque de diabète? Celui des 10% les plus modestes est 2,8 fois plus élevé que celui des 10% les plus aisés. Un risque qui est multiplié par 2,4 pour les maladies du foie ou du pancréas, par 2 pour les maladies psychiatriques, par 1,4 pour les maladies cardio-vasculaires. Prématrité et petits poids des bébés, obésité, tabagisme... Les inégalités sont partout et renforcées par un recours aux soins moindre : en France, d'après une enquête de l'Insee, être pauvre multiplie par trois le risque de renoncement.

Pour les professionnels, le défi est de renforcer une médecine dite du «aller vers» : vers les populations isolées, vers les travailleurs pauvres, vers les personnes âgées des Ehpad, etc. Concrètement, elle passe par la multiplication des équipes mobiles et de leurs moyens, à l'instar de celles de psychiatrie-précarité. Dernière priorité, la santé dite «communautaire», une approche efficace fondée sur les besoins des patients à l'échelle d'une communauté territoriale, en mobilisant une pluralité d'acteurs : paramédicaux, médiateurs de santé, assistants sociaux. ▶

«Le care rappelle que nous sommes tous interdépendants»

Cynthia Fleury
philosophe
et psychanalyste

Professeure titulaire de la chaire humanités et santé du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et titulaire de la chaire de philosophie au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, Cynthia Fleury revient sur l'histoire du concept de «care» et son implication dans l'approche du soin.

Le terme de «care» est désormais bien installé dans le débat d'idées en France. D'où nous vient-il exactement?

On trouve la première occurrence clinique à partir des années 50 et les travaux de Donald Winnicott. Le «care», nous explique alors ce pédiatre et psychanalyste britannique,

c'est ce qui se différencie du «cure», le traitement médical purement technique. Complémentaire, donc, mais pas secondaire : Winnicott clame que ce care est absolument déterminant dans l'accompagnement de la psychologie humaine.

Comment va ensuite s'enrichir ce concept au fil des décennies?

Portée par la philosophie et psychologue américaine Carol Gilligan, se développe à la fin des années 80 une vision du care plus typique des «women's and gender studies» (études des femmes et de genre). Le care y prend la forme d'une morale genrée, et d'une manière plus altruiste de concevoir

sa propre autonomie : en prenant très fortement en considération la place des autres.

Les années 90 vont, elles, politiser grandement le concept. Elles le déféminisent, le dénaturalisent. Le care devient une façon de «maintenir, perpétuer et réparer notre monde», dit la politologue et féministe américaine Joan Tronto. Il est aussi, selon elle, une sorte de phénoménologie du politique : un moyen de mettre en lumière à la fois la portée déterminante du soin dans toute la société, et son invisibilisation, la dévalorisation. Aujourd'hui, enfin, on pourrait parler d'un nouvel acte du care, dédié à la relation avec le vivant et le non-humain.

En quoi le care éclaire-t-il nos relations aux autres?

Le care définit une manière de prendre soin, de ne pas nier la vulnérabilité des individus ou des écosystèmes, de ne pas ontologiser celle-ci non plus [la traiter indépendamment de ses déterminants, ndr], mais d'avoir assez de lucidité et de créativité pour ne pas la renforcer.

La philosophie du care propose aussi et surtout une véritable déconstruction de l'idée d'autonomie. Elle rappelle qu'il n'y a aucune autonomie hors-sol : nous sommes tous vulnérables et interdépendants. Toute autonomie est une construction collective et individuelle, et seule la vulnérabilité est un fait indéniable. Simplement, certains d'entre nous, les plus privilégiés, bénéficient d'aides, donc de «soins», multiples, pour développer leur autonomie, en invisibilisant le plus souvent les pourvoyeurs de soins. L'exemple privilégié par Tronto étant celui de la femme de ménage qui vient tôt dans les bureaux ou travaille chez vous quand vous n'êtes pas là.

Le care ne se quantifie pas, ne se tarifie pas... Peut-il, dès lors, trouver sa place dans un système de santé gagné par une logique de rentabilité capitalistique?

Le care rappelle que le soin est une activité indivisible qui demande de l'empathie, de la confiance et du temps, parce que la médecine ne soigne pas des maladies mais des personnes malades.

Pour être opérationnelle, celle-ci doit articuler le cure et le care. Ne pratiquer que le premier risque de chosifier la personne, provoquer son non-consentement au soin, mettre à mal son observance, passer à côté de quantité d'au-

tres symptômes, notamment la question de la santé mentale. Ne pratiquer que le care n'a pas de sens dans un univers qui défend, à juste titre, l'exigence de la médecine fondée sur les preuves.

Recueilli par **B.Lq.**



INTERVIEW

SANTÉ MENTALE

À Mulhouse, une prise en charge innovante, précoce et collaborative

Le pôle de psychiatrie et santé mentale du Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace propose une prise en charge innovante des jeunes adultes dès l'apparition de premiers troubles psychiques. Inspirée d'une méthode finlandaise, Diapason intègre l'entourage familial et les proches.

L'Open dialogue est une approche thérapeutique née en Finlande, dans un hôpital de Laponie dans les années 1980. « Elle est d'inspiration systémique, c'est-à-dire qu'il s'agit d'accompagner la personne avec ceux qui l'entourent : les parents, les amis, voire l'entourage professionnel », résume Géry Marchand. Membre du Dehapp (Dispositif extra-hospitalier ambulatoire en pôle de psychiatrie) au GHRMSA (Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace), ce psychologue formé aux thérapies familiales est, avec sa collègue infirmière en psychiatrie Marie Witz, à l'origine de la création d'un dispositif inspiré par le modèle finlandais : Diapason, pour Dispositif d'accompagnement précoce aux soins, lancé en 2021 et non encore pérenne.

La tranche d'âge visée est celle des jeunes adultes, soit 16-30 ans, qui est souvent le moment de « l'entrée dans les grandes maladies psychiatriques, comme la schizophrénie », précise Isabelle Ferré, cadre de santé paramédical qui chapeaute l'équipe. En fonction des demandes, Diapason peut cependant intervenir avec des plus jeunes. Cela a été le cas, par exemple, avec Léa (lire ci-dessous).

« Chacun vient avec son savoir, son expérience... On s'appuie sur les ressources des personnes »

Le principe de cette approche, c'est « d'intervenir en situation de crise, dès les premiers signes, le plus rapidement possible car plus on intervient tôt, meilleure est l'évolution », observe Géry Marchand. L'équipe essaie donc de répondre à un appel « dans les quarante-huit heures », jours ouvrés. Une intervention précoce et au plus près des patients. « Quand une famille nous appelle parce qu'un jeune ne sort plus de chez lui, qu'il s'isole, qu'il est triste, qu'il ne dort plus, nous pouvons nous rendre au domicile, pour rencontrer toutes les personnes concernées par le pro-



L'équipe Diapason du pôle de psychiatrie et santé mentale au GHRMSA propose une approche thérapeutique inédite d'accompagnement précoce aux soins en psychiatrie. Photo L'Alsace/Darek SZUSTER

blème. Nous avons aussi la possibilité d'aller dans un lycée où une infirmière scolaire s'inquiète. Les entretiens vont se faire en façon courtoise », détaille Géry Marchand. « L'idée, c'est de laisser la parole à chacun, de là où il est. Et de s'accorder, de chercher ce qui convient le

mieux pour la prise en charge, en fonction du point de vue de chacun, patient, proche, soignant », précise Marie Witz, qui insiste sur le principe de « l'horizontalité » : « Il n'y a pas de parole plus importante que l'autre, notamment pas celle des soignants. Chacun vient avec son savoir, son expérience... On s'appuie sur les ressources des personnes. »

« En Finlande, les résultats sont impressionnants »

Une approche particulièrement innovante en France où, comme le rappelle Géry Marchand, « la psychanalyse, qui prône l'approche individuelle, est très présente » et, de fait, laisse souvent les parents à l'écart. « Ce type de dispositif existe déjà à Marseille, mais en Alsace, nous sommes les seuls », assure l'équipe de Diapason, qui compte deux autres professionnels : Florence Cahvo, infirmière et Geneviève

Mazars, psychologue – tous sont à mi-temps. Elle est supervisée, via une application de visioconférence, par « une prof finlandaise ». Lutter contre la stigmatisation, éviter les hospitalisations sous contraintes, réduire la médication et les rechutes : voilà les objectifs de l'Open dialogue. « En Finlande, les résultats sont impressionnants. 85 % des personnes ainsi prises en charge n'ont plus de traitements et les effets sont pérennes, avec moins d'invalidités », assure Géry Marchand. Deux grandes études ont été lancées, en Angleterre et en Italie, pour voir s'il était « possible de reproduire cette démarche ailleurs ». À Mulhouse, l'équipe de Diapason intervient toujours « en binôme » et, autant que possible, ce binôme reste le même au cours du suivi. L'idée est que le jeune « formulé une demande », avant d'être orienté vers un suivi individuel ou une thérapie familiale. « Lors-qu'il ne veut pas nous parler, on

REPÈRES

- Le dispositif Diapason a pu voir le jour grâce au Fiop (Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie) du ministère de la Santé, qui lui a attribué la somme de 270 000 €. Il a aussi bénéficié d'une subvention de 12 000 € de la fondation de France, dans le cadre d'un appel à projet « Soutenir les jeunes en souffrance psychique 2020 ». Ce soutien a permis la prise en charge des frais de formation de deux personnes de l'équipe.
- Pour les années 2021-2022, l'équipe Diapason a reçu 109 demandes (35 en 2021 et 74 en 2022) et a vu 88 jeunes. La file active actuelle est de 25 jeunes suivis.
- L'équipe de Diapason est l'une des rares dans le Grand Est à accomplir ce genre de mission. Mais elle ne peut intervenir que dans le Sud du Haut-Rhin, soit dans l'agglomération mulhousienne, les vallées de la Thur, de Guebwiller et de Masevaux, la région des Trois Frontières et le Sundgau.
- Contact : ☎ 03.89.64.77.00 (numéro accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept) ; courriel : diapason@ghrmsa.fr.

recherche les personnes ressources, par exemple, un copain, un co-cadavre qu'on essaie d'aller voir. » L'équipe peut également rencontrer le psychiatre qui suit le patient, faire du suivi post-hospitalisation... Diapason a aussi dans son projet la formation des personnes « en première ligne » : infirmières, conseillers principaux d'éducation des lycées mulhousiens, assistants sociaux de quartier. Pour ouvrir au maximum l'Open dialogue.

Textes : Hélène POIZAT

Avec un médiateur de santé-pair

Diapason peut bénéficier de l'expertise d'un médiateur de santé-pair, une personne passée par un parcours de soins en psychiatrie, dont la situation est stabilisée et qui a ensuite suivi une formation spécifique. Pierre Muller, 37 ans, apporte « l'expérience de la maladie », explique l'équipe de Diapason. « Il peut dire : "Ce que vous vivez, il y en a d'autres qui l'ont vécu." » « J'avais commencé une formation de kiné, ça a été interrompue par les premiers symptômes de ma maladie, apparus à l'âge de 20 ans », précise l'intéressé. « J'ai donc un bagage dans la psychiatrie [il a notamment été hospitalisé sous contrainte], mais avec un bon niveau de rétablissement. J'ai ensuite suivi une formation en alternance à l'université Paris XIII que l'on peut intégrer à bac +2. Elle nous apporte des éléments théoriques qui nous permettent

de métaboliser et prendre du recul sur ce qu'on a vécu. » Diplômé en juillet dernier d'une licence Sciences sanitaires et sociales, le parcours médiateur de santé-pair a été embauché à mi-temps par le GHRMSA. Il fait partie du Dehapp (Dispositif extra-hospitalier ambulatoire du pôle de psychiatrie) et peut donc, ponctuellement, intervenir avec l'équipe de Diapason. « Cet emploi me convient », assure le médiateur, qui est toujours suivi médicalement pour ses troubles. « C'est un travail de funambule. Il faut que les problèmes rencontrés par les personnes nous évoquent des choses, mais sans trop nous affecter. On peut aussi expliquer les stratégies qu'on a mises en place pour lutter contre la maladie. » L'approche de l'Open dialogue lui semble très pertinente. « J'aurais bien aimé en profiter... »

« Pouvoir parler ouvertement m'a beaucoup aidée »

Touchée par une dépression sévère en classe de 4^e, Léa, aujourd'hui élève de 2^{de}, a été orientée vers l'équipe de Diapason par l'association Sépia. Une prise en charge qui lui a permis de se libérer des traitements médicamenteux.

Pendant son cours de vie, regard souriant et ouvert derrière son masque, Léa rayonne. « Mais si vous aviez vu la Léa de l'année dernière à côté, ce n'était pas la même », reconnaît-elle sans détour. À 15 ans et demi, cette lycéenne est « impressionnante de ressources », comme le relève Marie Witz, l'infirmière de l'équipe Diapason qui la suit. Très mature, la jeune fille raconte positivement ce qui l'a conduit dans les services de psychiatrie et comment l'Open dialogue pratiqué par Diapason (lire ci-dessus) l'a soutenue.

« Je raconte mon point de vue mais je me rends compte qu'il y en a d'autres »

« J'ai commencé une dépression en 4^e. C'est venu d'un coup, pendant le Covid. En mars 2021, j'ai dû être confinée, ma grand-mère était

en réanimation à cause du virus, j'étais très mal... La brillante élève se scarie, broie du noir. Elle le cache d'abord à sa famille, avant que sa mère ne découvre des traces et « crève l'abcès ». D'abord reçue par une assistante sociale de l'association Sépia (Suicide, écoute, prévention et intervention auprès des adolescents), Léa est prise en charge par la Maison des adolescents. Un psychiatre lui diagnostique une dépression sévère, qualifiée de « psychotique ». La collégienne se voit prescrire des médicaments à forte dose, antidépresseurs et antipsychotiques, qu'elle a du mal à supporter et qui altèrent ses capacités de concentration.

Il y a un an, l'assistante sociale de Sépia lui parle de Diapason. Et tout change... « Pouvoir parler ouvertement, ça m'avraiment aidée », assure l'adolescente. « Ici, je peux avoir des rendez-vous toute seule ou demander à mon papa et à ma maman de venir. Mon frère est venu aussi... C'est moi qui décide avec qui je veux faire la séance. On met les choses en perspective, je raconte mon point de vue, mais je me rends compte qu'il y en a d'autres. »

Léa s'entend bien avec ses parents, mais « même dans les familles où les relations sont bonnes,

il y a toujours des choses qui ne sont pas dites, par peur de blesser ou par pudeur. En présence de tiers, on arrive à dire des choses qu'on a sur le cœur, à les formuler calmement », souligne Géry Marchand, psychologue. Avec l'équipe de Diapason, Léa, donc, se libère : « Ici, j'ai moins peur de parler, je me sens entourée... Des malentendus s'effacent. » « J'ai pu dire à mes parents que des choses qu'ils faisaient pour m'aider, ce n'était pas forcément ce dont j'avais besoin... »

« À deux, ils ont réussi à mettre le doigt sur des choses que personne n'avait vu avant eux »

Le fait que les professionnels intervenant en binôme change aussi la donne, comme le souligne la mère de Léa : « Ils réfléchissent ensemble, c'est hyper enrichissant. Et à deux, ils ont réussi à mettre le doigt sur des choses que personne n'avait vu avant eux, ils ont fait le lien avec des collègues que Léa faisait quand elle était toute petite. » Le diagnostic de schizophrénie est écarté. Léa est juste « un ado en souffrance ». D'être associés au dispositif soulage aussi les parents. « On se sent utile, on participe au



Les consultations avec l'équipe de Diapason peuvent avoir lieu à domicile ou dans les locaux du pavillon 20 au Haserain. Photo L'Alsace/Darek SZUSTER

débat, on peut exprimer ses états d'âme... », apprécie la mère.

L'ado en souffrance « va aujourd'hui beaucoup mieux, même si comme le signale sa mère, « elle a encore des angoisses ». Mais pour l'heure, Léa en a fini avec les médicaments. « J'ai arrêté les antidépresseurs quelques mois après les premières rencontres avec Diapason et les antidépresseurs un peu plus tard. Mon état s'est amélioré d'un coup », assure la jeune fille qui, mesurée, estime pourtant que sans les médicaments, elle n'aurait pas réussi à s'en sortir. « J'en avais besoin, mais ce n'était peut-être pas les bons dosages... » Aujourd'hui, elle se sent « beaucoup moins en colère », regarde l'avenir, aimerait devenir médecin, « généraliste ou psychiatrie »...

Léa va continuer à être suivie par l'équipe de Diapason mais de façon moins intensive. « Eje sais que même après, si ça ne va pas, je pourrais toujours les appeler. »

Hausse des comportements suicidaires depuis le Covid

Si, pendant les confinements, on s'interrogeait sur les conséquences de la pandémie sur la santé mentale des Français, le dernier rapport de Santé publique France y répond. Celui-ci se base sur le nombre de passages aux urgences pour des idées, gestes ou tentatives de suicide, et sur les déclarations de décès par suicide. Le Grand Est se situe dans la moyenne nationale. Pour 100 000 habitants, 142 personnes ont été hospitalisées pour tentative de suicide en 2021. Les taux les plus hauts et bas de tentatives se retrouvent dans deux régions voisines : 268 personnes dans les Hauts-de-France et 92 en Ile-de-France.

Mal-être accru chez les jeunes

Les conséquences du Covid et des confinements sur la santé mentale se sont fait ressentir avec un petit temps de retard. Le nombre de passages aux urgences a diminué en 2020, avec une baisse marquée au cours du premier confinement. Cette baisse, due au contexte sanitaire, peut aussi s'expliquer selon Santé publique France par « un plus grand soutien social (famille, voisinage) » et une « réduction du stress de la vie quotidienne » pour les personnes de 45 à 65 ans. L'effet aggravant du Covid est pourtant bien là : sur la période

2020-2021, les passages aux urgences pour idées suicidaires ont tout bonnement triplé par rapport à 2017-2019. Si en 2020 les seniors sont plus touchés que d'habitude, suite notamment aux confinements qui les ont isolés, en 2021 ce sont les jeunes de 10 à 24 ans qui sont les plus concernés, avec une hausse de 6 % des tentatives de suicide par rapport à la période 2017-2019.

En 2021, la proportion de passages aux urgences pour gestes suicidaires dans le Grand Est (6,3 pour mille) s'est élevée supérieure au niveau national (5,6). Ce sont dans les départements du Haut-Rhin (6,5), du Bas-Rhin (6,7), de l'Aube (7,4) et de Meurthe-et-Moselle que la part a été la plus élevée. Si la tendance est à un mal-être accru chez les jeunes, les décès par suicide concernent surtout les adultes de plus de 40 ans.

Face à ces chiffres, l'Agence régionale de santé déploie plusieurs stratégies : multiplication de formations pour les professionnels de santé et citoyens volontaires (sous le nom de « module sentinelle »), mise en place depuis octobre 2021 du numéro de prévention du suicide 3114, accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et dispositif de suivi Vigilans pour rester en contact avec les personnes ayant commis une tentative de suicide. L.M.

Brève relatant les difficultés financières d'un centre pionnier de la médiation en santé à Toulouse, par G.C. dans La Dépêche du Midi, le 6 décembre 2019



Le 28 novembre, la manifestation de la Case de santé, en musique, place Arnaud Bernard./Photo DR

LA CASE DE SANTÉ ÉVITE UNE IMPASSE FINANCIÈRE AVEC L'ARS

La manifestation des personnels de la Case de santé, le 28 novembre place Arnaud Bernard, a semble-t-il permis de régulariser la situation financière de cette structure à part qui soigne chaque année plus de 3 000 patients : hommes, femmes, enfants, migrants, sans domicile fixe, demandeurs d'asile, personnes sans médecin traitant. La Case de santé, qui fonctionne avec cinq médecins, deux psychologues, quatre travailleurs sociaux, médiateurs santé et personnel administratif, estimait qu'il manquait 80 000 euros pour compléter la subvention de l'Agence régionale de santé (ARS Occitanie) pour son budget 2019 (1,250 million d'euros).

« Le financement de l'ARS, dans le cadre de notre contrat annuel, passe de 130 000 euros (montant reconduit depuis 2014) à 210 000 euros suite à la récente décision du directeur général de l'ARS », a confirmé hier Fabien Maguin, coordonnateur administratif de la Case de santé. « Ce modèle alternatif de service de santé de premier recours, a fait des démonstrations évidentes depuis 13 ans à Toulouse, mais aussi là où il a essaimé à Saint-Denis, Échirolles, Marseille », indique le personnel, rappelant que « le ministre de la Santé a répété son intérêt pour ce modèle innovant des centres de santé communautaire dans les quartiers populaires ».

G.C.

Vendredi 6 décembre 2019 • LA DÉPÊCHE DU MIDI .29

Le médiateur en santé comme interlocuteur d'un sujet sur une population vulnérable spécifique, exemple des travailleuses du sexe. Article de Ch. D pour La Dépêche du Midi, le 26 octobre 2020.

PECHBONNIEU
Attaque d'une banque au tractopelle
 • page 11

TOULOUSE, COMMERCE
Bataille autour des marchés couverts
 • pages 10 et 11

ARNAUD-BERNARD
Menacée avec un pistolet 7,65
 • page 11

URBANISME
Le Grand Matabiau en questions
 • page 12



LOGEMENT
Les syndicats s'adaptent à la crise
 • page 13

CANAL DU MIDI
Une péniche-hôtel dans la Ville rose
 • page 13



LA DÉPÊCHE DU MIDI

HAUTE-GARONNE

LUNDI 26 OCTOBRE 2020

société

Couvre-feu : sale temps pour la prostitution

essentiel ▶ Après le confinement, le couvre-feu marque un nouveau coup dur pour le monde de la prostitution. Faute d'activité, les travailleuses du sexe se retrouvent dans une grande précarité. Une association a lancé une cagnotte pour leur venir en aide.



Pamela se prostitue dans le centre-ville de Toulouse depuis 24 ans. / Photo DDM, Frédéric Chameux.

« **M**on dernier client remonte à une semaine. Je suis en colère. On va encore se retrouver sans rien. » Pamela, 45 ans et « 24 ans de tapis, toujours à la même place, sur le bord du canal », accuse le coup. Le couvre-feu mis en place il y a dix jours à Toulouse rend impossible la pratique de la prostitution. Faute d'activité, les travailleuses du sexe se retrouvent dans une grande précarité. « Lors de nos dernières maraudes, elles étaient très inquiètes, affirme June Charlot, médiateur en santé au sein de l'association Grisélidis qui vient en aide aux prostituées. Comment vont-elles nourrir leurs enfants ou payer leur loyer ? Elles n'ont pas toujours les minima sociaux. Certaines sont déjà à la rue... » Pour leur venir en aide, l'association a mis en ligne une cagnotte sur Internet. Un premier pot commun avait déjà été lancé lors du confinement. Couplé aux dons de financeurs, Grisélidis avait ainsi pu recueillir 1 650 € et distribuer 30 euros par usager et par semaine. « Les dernières semaines, se souvient June Charlot, 200 personnes venaient à nos permanences pour recevoir cette aide. » Pamela en faisait partie. « En deux mois et demi de confinement, j'ai fait seulement six clients, des habitués. Je touche les minima sociaux mais cela ne suffit pas pour vivre. Je vis en colocation, j'ai 250 € de loyer. Et je mange des pâtes, comme tout le monde. » Elle poursuit : « Il ne faut pas croire, aujourd'hui, on travaille pour

payer nos factures, on ne met rien de côté. » Ce qui la révolte, c'est de ne pas avoir de statut : « Je suis prête à payer des impôts pour avoir les mêmes droits que les gens qui travaillent ! »

« **On va se retrouver sans rien. Le problème c'est qu'on n'a pas de statut.** »

« **Les 135 € d'amende, je les paie avec quoi ?** »

En mai, dès qu'elles ont pu, les travailleuses du sexe sont ressorties dans la rue.

« On a bien travaillé jusqu'à septembre, affirme Pamela. Moi, je suis transsexuelle, on n'est pas nombreuses à Toulouse donc j'arrive à maintenir ma clientèle. Je suis personne à risque pour le Covid-19, alors j'ai adapté mes choix de clients. Je fais attention. » Pas de prise de risque financier non plus. Les 135 € d'amende pour non-respect du couvre-feu ont dissuadé Pamela de sortir après 21 heures. « Certains clients

m'appellent à 22 heures et m'engourent quand je ne veux pas venir ». Travailler le jour ? « Des filles sortent plus tôt, pas moi. De 18 heures à 21 heures, il y a des enfants, ce sont les vacances, cela me dérange. Peut-être à partir de 6 heures... Sinon, pourquoi pas aller sur les aires d'autoroute. On ne sait pas trop ce que l'on va faire. »

Selon Grisélidis, une usagère reçue à l'association la semaine dernière leur a indiqué qu'elle avait été verbalisée pour non-respect du couvre-feu, quelques minutes seulement après 21 heures. « Les prochaines semaines s'annoncent compliquées, conclut June Charlot. Ce qui nous inquiète, ce sont les conséquences psychologiques. On constate que sur le plan de la santé mentale, cela dégringole... »

Ch. D.

Cagnotte à retrouver sur la page Facebook de Grisélidis ou directement sur paypal.me/poois/c/81BF3d4TU

« MOINS DE NUISANCES »

Les résidents des quartiers réputés pour accueillir de la prostitution affirment subir « moins de nuisances » depuis la mise en place du couvre-feu. Frédéric Gresse, du comité de quartier Minimes-Barrière de Paris détaille : « Par nuisances, on entend préservatifs usagés, lingettes, cris la nuit, etc. Avec l'interdiction d'être dans la rue après 21 heures, de fait, cela s'est réglé. Même si le couvre-feu n'est pas une solution aux nuisances, il est certain que le montant de l'amende est dissuasif. En revanche, à certains endroits, on remarque que la prostitution commence plus tôt dans la journée. »

Le médiateur en santé comme interlocuteur d'un sujet sur une population vulnérable spécifique, exemple des quartiers prioritaires. Article de Caroline Tréman pour Presse Océan le 5 février 2022.

Presse Océan
SAMEDI 5 FÉVRIER 2022

Grandemétropole

La santé a sa maison

SANTÉ. En projet depuis six ans, la maison de santé pluri-professionnelle de Bellevue vient de voir le jour. Un plus pour des patients de Nantes et de Saint-Herblain.

En rentrant à l'intérieur, l'odeur du bois donne tout de suite le ton de ce bâtiment tout neuf. Le 3 janvier 2022, la maison de santé de Bellevue a ouvert ses portes, six ans après le lancement du projet. À l'étage, une fois l'accueil passé, plusieurs patients attendent leur consultation chez l'un des praticiens. « Nous sommes six médecins généralistes au sein de la maison de la Santé. Il y a aussi un cabinet infirmier, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des orthophonistes, une infirmière Asalée (notamment pour le suivi des maladies chroniques, ndlr) », indique Dr Lucille Clautour, une des médecins généralistes.

La structure compte dix-sept professionnels de santé libéraux

Cette structure de 900 m² avec 17 professionnels libéraux permet d'accentuer l'offre pour les habitants de Bellevue, côté Nantes comme Saint-Herblain. Pour être labellisée « maison de santé » par l'agence régionale de santé, il a fallu élaborer un projet de santé. « Avec la perspective de la maison de santé, il y a eu l'installation depuis deux ans de quatre nouveaux médecins généralistes dans le quartier. » « On est sur un quartier avec des besoins de santé plus



La maison de la Santé de Bellevue a ouvert début janvier 2022 au 15, boulevard Jean-Moulin. Photo Presse Océan-Nathalie Bourreau

importants que dans d'autres », indique Lise Alary, une des deux orthophonistes de la maison de santé. Depuis l'ouverture du lieu, la demande est forte. « On exerçait pour certains dans le quartier à deux pas. Mais le fait d'être

dans la maison de santé accroît la visibilité. Il y a des personnes qui ont vraiment osé franchir le pas pour un besoin de soins qui datait. » Les professionnels travaillent ensemble. Un vrai plus pour les patients. « Nous

nous sommes notamment organisés afin qu'un des médecins généralistes gère les rendez-vous chaque après-midi », précise Dr Clautour.

Plus qu'une maison, un réseau de santé

Toute cette organisation doit aussi prendre en compte le Covid. « Nous mettons tout en place pour proposer aussi la vaccination contre le Covid-19. » Au sein des paramédicaux, des échanges se créent aussi avec les professionnels alentours. « Pour des soins spécifiques, on sait vers quels professionnels les adresser. Il y a deux orthophonistes sur place, mais on peut orienter vers trois autres sur le quartier. D'autres professionnels hors du site sont engagés dans le réseau », selon Lise Alary. Exemple : ils sont désormais six kinésithérapeutes dans un rayon de cinquante mètres, entre la maison de santé et un cabinet tout proche (dont un à temps plein à la MSP et deux entre les deux structures). Baptiste Parmentier, l'un d'eux, soutient : « On aime bien travailler dans ce quartier et on est ravi de rejoindre maintenant l'équipe ». À cela s'ajoutent des bureaux qui serviront pour un agent de la Ville de Nantes et des associations (Les Forges médiation, Ligue contre le cancer, etc.) dès le mois de mars.

Caroline Tréman

ZOOM



Le travail se fait en équipe, comme entre médecins et infirmières. Photo PO-NB

« Un lieu bien identifié des habitants »

Objectifs. Cet équipement a été lancé par Nantes métropole, les villes de Nantes et de Saint-Herblain. « Il est important au cœur du quartier du Grand Bellevue. Il est bien identifié des habitants qui peuvent rencontrer des professionnels de santé, avoir accès à des services de la ville, des associations », précise Marlène Collineau, adjointe à la Santé à la ville de Nantes. Selon l'élue, les habitants qui ont participé à l'élaboration du projet vont pouvoir s'investir autour de différentes thématiques : santé des

femmes, addictions, etc. « Pour sa santé, il y a les soins, mais aussi la prévention : faire de l'activité physique, bien manger, prendre soin de soi. » « C'est un lieu qui donne envie de pousser la porte. C'est très important dans un contexte de pénurie de médecins. » Sur place, les habitants pourront aussi trouver des agents de la ville, ou des membres d'associations pouvant les aider dans des bureaux de permanence. Une autre maison de santé ouvrira à Nantes Nord à l'été 2023.

Delivré à 85db24eb-1af3-11ec-960b-246e960a74c le 5/18/2023, 3:51:41 PM

en plein cœur de Bellevue



La Ville et les professionnels en location

Chiffres. Pour cette maison de santé, l'investissement d'1,8 millions d'euros a été réalisé par Novapole immobilier, outil de portage au service de Nantes métropole et propriétaire de l'équipement, avec 300 000 € de la Région et 210 900 € de l'Anru (agence nationale de rénovation urbaine, État). Elle a été réalisée par Loire Océan développement. La Ville de Nantes est locataire pour 40 % des espaces. Les soignants sont locataires des autres espaces, essentiellement des cabinets médicaux et un plateau technique pour les kinésithérapeutes. C'est le premier nouvel équipement du projet global du Grand Bellevue. La structure est raccordée au réseau chaleur de Bellevue, avec de bonnes performances énergétiques.

Photo PO-Nathalie Bourreau

Des médiateurs accompagnent les habitants

Un médiateur par quartier. Dans quatre quartiers. C'est un dispositif assez inédit à Nantes, opérationnel depuis novembre 2020. Avec un grand principe : « Lutter contre les inégalités de santé », selon Cécile Coutant, responsable de l'association Les Forges, qui a remporté le marché public.

Ce dispositif de médiation santé a été lancé par la Ville de Nantes après les émeutes de 2018 au Breil. Un plan d'action dans les quartiers a alors été mené, avec un axe crucial sur la santé.

À Bellevue, à Nantes nord ou au Breil depuis novembre 2020, et plus récemment sur l'île de Nantes, des médiateurs vont à la rencontre des habitants pour faire « le lien entre les personnes éloignées du système de santé et les professionnels ».

Pour aller au plus près des habitants concernés, l'association se rend dans des per-



L'association Les Forges propose d'aller vers et de faire avec les habitants.

Photo Nantes métropole-Stéphan Ménoret

manences, dans différents lieux comme un restaurant intergénérationnel, etc. « En fonction des besoins, on peut donner une information, permettre une orientation en

expé- riences à 05 49 24 61 13 - Tél : 06 60 42 46 00 / 06 47 48 18 23

systeme de santé ou assurer une écoute active. Il est aussi possible de proposer un accompagnement physique vers des structures de santé », ajoute Cécile Coutant.

quement de doigt. « Il faut tisser du lien, établir une relation de confiance, rassurer la personne, et comprendre alors quel est le frein dans le parcours de santé. »

Les médiateurs santé sont aussi facilitateurs auprès des professionnels de santé dans diverses situations. Si l'un d'eux s'inquiète d'une rupture de soins d'une personne, le médiateur santé peut intervenir.

Un bureau en mars

Ce travail en réseau va s'accroître : Les Forges auront également un bureau en mars au sein de la nouvelle maison de santé pluridisciplinaire de Bellevue. L'un des objectifs de l'association, missionnée par la Ville, est de rendre les habitants concernés plus autonomes pour leur santé.

CT

SACHEZ-LE

Les différences avec un centre de santé

Une maison de santé pluridisciplinaire est différente d'un centre de santé.

Dans la première, une personne morale et les médecins sont libéraux.

Dans le second, les médecins sont salariés. Ainsi, dans les Pays de la Loire, 111 maisons de santé pluridisciplinaire existent, dont 22 en Loire-Atlantique, selon l'association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APMSL).

À Nantes métropole, elles sont concentrées à Nantes : celle de Bellevue, une autre à Chantenay-Sainte-Anne (rue Amiral du Chaffault) et une autre route de La Chapelle-sur-Erdre. Il existe aussi des maisons médicales. L'une d'elles va, par exemple, être construite d'ici 2023 à Mauves-sur-Loire.

Il n'y a pas que les armes qui tuent les Ukrainiens

UNE CHRONIQUE DU PR GILLES PIALOUX

VIH, tuberculose, Covid... La guerre entraîne des ruptures de traitement et fait exploser le suivi médical de la population.

La guerre en Ukraine qui se prolonge dramatiquement devrait faire des morts et laisser des Ukrainiens sans soin par centaines de milliers. Et il ne s'agit pas là de l'effet des bombardements ou des mines antipersonnel laissés par l'invasisseur russe, d'assassinats ou de viols perpétrés sur des populations civiles, mais bien de l'impact dévastateur et surajouté de la guerre sur l'accès aux soins et à la santé en Ukraine. Et au-delà, des conséquences des migrations d'Ukrainiens en rupture de suivi sur l'épidémiologie européenne.

L'Ukraine perdrait en quelques mois vingt ans de progrès portés par les fonds mondiaux

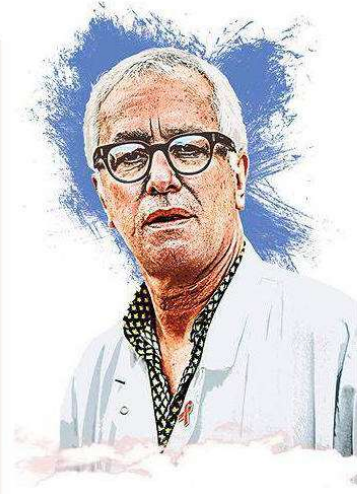
Avant la guerre, l'Ukraine était le deuxième pays le plus touché par l'épidémie de VIH/sida en Europe de l'Est et Asie centrale, après la Russie. Même si depuis 2014, des progrès majeurs ont été accomplis avec 50 % des 260 000 personnes vivant avec le VIH dans le pays qui étaient sous traitement avant l'invasion russe. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a approuvé le 10 mars l'ajout de 30 millions de dollars à son fonds d'urgence, dont 15 millions servent à appuyer la continuité des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH et de la tuberculose en Ukraine. Cette aide financière s'ajoutant aux 119,4 millions de dollars déjà accordés au pays pour sa lutte contre le VIH et la tuberculose sur la période 2020-2022.

Il est à craindre que l'Ukraine perde en quelques mois vingt années de progrès portés par les fonds mondiaux et les associations communautaires. La tuberculose

circulait fortement avant la guerre en Ukraine malgré un taux de vaccination de 92,7 %. Les données publiées en 2021, basées sur les chiffres 2019, indiquaient le deuxième plus haut taux de tuberculose observé en Europe, avec une incidence de 65/100 000 et un taux de mortalité de 7,3/100 000. L'Ukraine fait partie des dix pays du monde avec le plus de tuberculoses (multi) résistantes aux médicaments antituberculeux. Elle se classe au deuxième rang mondial en termes de prévalence de la co-infection VIH et tuberculose : 26 % des personnes vivant avec le VIH dans ce pays avaient aussi la tuberculose. Qui plus est, les ruptures de traitement ou, pire encore, le traitement intermittent pour cause d'arrêt d'approvisionnement ou de déplacement font le lit des mécanismes de résistance des agents infectieux concernés.

En France, l'été est venu compliquer la vie de certains des 100 000 réfugiés ukrainiens (8 sur 10 sont des femmes ou des enfants) dans leur quête d'hébergements, beaucoup peinant à sortir de l'habitat solidaire pour aller vers de l'habitat individuel. La DGS avait dès le mois de mars saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour actualiser son avis de 2015 relatif à la visite médicale des étrangers primo-arrivants, afin de l'adapter à la situation sanitaire de ces déplacés. Le HCSP a ainsi recommandé de hiérarchiser les mesures à mettre en place pour ces personnes : accompagnement médico-social, numérisation des données afin de permettre une

En France, l'été est venu compliquer la situation sanitaire de certains réfugiés ukrainiens



traçabilité, recours à l'interprétariat professionnel et/ou à la médiation en santé... Le précédent gouvernement a pris ses responsabilités en permettant que ces personnes puissent bénéficier, dès leur arrivée, de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire.

Autre maladie dont la guerre devrait exploser les compteurs épidémiologiques : le Covid. Au 12 juillet, 5 019 125 cas de contamination et 108 671 décès liés au coronavirus étaient recensés dans le pays depuis le début de l'épidémie, sachant que la comptabilité est aléatoire durant l'invasion russe. La guerre a commencé à un moment où une nouvelle vague Covid prenait son envol, aggravée par une couverture vaccinale insuffisante : 36 % seulement de la population ayant reçu une ou plusieurs doses de vaccin. Daté du 18 février, le dernier taux de positivité PCR Covid connu pour l'Ukraine atteignait 60 % !

Ainsi les associations humanitaires et les agences sanitaires qui s'occupent de la santé des réfugiés reçoivent un grand nombre de personnes non vaccinées ou partiellement vaccinées contre le Covid, des personnes vivant avec le VIH en rupture de traitement, des patients atteints de tuberculose... Comme les effets d'une bombe à retardement qui imposent des priorités sanitaires, psychosociales et humanitaires en un dispositif qui doit, à l'image de la guerre, durer. *

Le Pr Gilles Pialoux est chef du service d'infectiologie de l'hôpital Tenon à Paris.

La médiation en santé évoquée plus en détail dans la presse professionnelle

- La santé en action, numéro 460, paru en juin 2022. Revue de Santé publique France à destination des professionnels de la prévention, l'éducation et la promotion de la santé.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>
- Médiateur en santé : un métier pour aider les personnes "dont le parcours de soins et de prévention est en échec", article paru sur le site de What's up doc ? Le magazine des jeunes médecins, le 19 octobre 2022.
<https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/mediateur-en-sante-un-metier-pour-aider-les-personnes-dont-le-parcours-de-soins-et-de>
- Médiation en santé : un métier pour le retour aux soins encore méconnu, article de François Petty dans le magazine Le Généraliste et sur son site le 3 avril 2023.
<https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/mediation-en-sante-un-metier-pour-le-retour-aux-soins-encore-meconnu>
- La médiation en santé, qu'est-ce que c'est ? Et quel rôle pour l'infirmier ? article d'Audrey Parvais pour le site www.infirmiers.com le 17 avril 2023
<https://www.infirmiers.com/profession-ide/concepts-de-soins/la-mediation-en-sante-quest-ce-que-cest-et-quel-role-pour-linfirmier>

Contributeurs *par ordre de citations dans le mémoire*

Tous mes remerciements à chacun.e pour le temps précieux que vous avez bien voulu m'accorder et l'intérêt porté à mes questions.

Alexandre Berkese, directeur pour l'Europe du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, professeur associé à l'École des Hautes Études en Santé publique, où ses enseignements portent notamment sur la démocratie en santé, l'intégration de l'expérience patient et l'accompagnement du changement. En janvier 2023, il s'est vu confié par le ministre de la santé, François Braun, le co-pilotage d'une mission sur la médiation en santé et les nouvelles formes de « l'aller vers » dont les préconisations sont attendues pour la mi-juillet.

Elodie Richard, sage-femme de formation, actuellement en cours de thèse en santé publique sur l'étude des conditions d'effet de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins des populations éloignées du système de santé, en lien avec la Fnasat, la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage. Dans ce cadre, elle est la première autrice de l'article paru dans le BMJ Open et cité en référence bibliographique.

Houda Merimi, médecin généraliste de formation, responsable du pôle Qualité des pratiques en santé chez Médecins du Monde et chargée de cours sur le plaidoyer à l'École de santé publique de Nancy. Médecins du Monde met en œuvre des programmes de médiation en santé depuis plus de 10 ans, dans des territoires aussi différents que les bidonvilles nantais, les quartiers prioritaires de Lille, les zones rurales isolées de la vallée de l'Aude.

Anaïs Saint-Gal, juriste de formation, chargée de plaidoyer chez Sidaction et membre du Collectif pour la promotion de la médiation en santé. Sidaction et la Fnasat (Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les tsiganes et les gens du voyage) mènent une étude pour mieux cerner qui sont les médiateurs en santé et les structures qui les emploient. Les résultats sont attendus pour l'automne.

Philippe Denormandie, chirurgien neuro-orthopédiste, délégué général de la Fondation MNH (Mutuelle nationale des hospitaliers) qui finance et accompagne depuis 2019 de nombreux projets de médiation en santé dans toute la France. Il a été désigné par le ministre de la santé, François Braun, comme l'un des trois garants du volet santé du Conseil national de la refondation (CNR) et comme co-pilote de la mission sur la médiation en santé et les nouvelles formes de « l'aller vers » avec Alexandre Berkese et Emilie Henry.

Yves Géry, journaliste, rédacteur en chef de La santé en action, revue trimestrielle éditée par Santé Publique France, consacrée à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Bien qu'accessible en ligne à tous, elle s'adresse principalement aux professionnels de ces trois secteurs. En juin 2022, la revue a consacré un numéro entier à la médiation en santé.

Mille mercis également aux étudiants de la promotion 2022-2023 du DU déjà médiateurs en poste pour m'avoir encouragé dans ce sujet de mémoire hybride entre journalisme et médiation et m'avoir fait partager leurs ressentis, analyses, doutes et interrogations sur ce passionnant métier.