

INITIATION A LA MEDIATION EN SANTE
LORS D'UNE RECONVERSION OU D'UN
COMPLEMENT DE PARCOURS : LA
DECOUVERTE D'UN METIER ET D'UN
SECTEUR PROFESSIONNEL

Hélène Branco

DU MEDIATION EN SANTE 2023

UNIVERSITE SORBONNE PARIS NORD

Table des matières

Le cadre de rédaction du mémoire	2
La découverte du métier de médiateur en santé	3
Mon parcours.....	3
Les modes d'écoute d'une débutante en médiation en santé.....	4
Le contexte.....	5
L'appréhension des qualités humaines, de la posture et des compétences techniques du médiateur en santé.....	6
La perception de la posture du médiateur en santé par les professionnels du secteur	6
Les pièges que doit éviter le médiateur en santé	7
Les compétences techniques attendues d'un médiateur en santé	8
L'attitude attendue du médiateur vis-à-vis des théories du complot en santé.....	8
L'écosystème de la médiation en santé : des acteurs et un secteur professionnel en tension.....	9
Les publics vulnérables, qui sont-ils ?	10
Le patient, un interlocuteur dans une relation de service ou un partenaire dans une relation de soins ?.....	11
Le médiateur, un atout – pas si évident – pour les professionnels de santé ?	11
La précarité des publics accompagnés	12
... et du métier de médiateur en santé	13
L'inéluctable précarité des médiateurs en santé pairs ?.....	13
Une vision politique de la médiation en santé en construction	14
Une ambition politique peu claire : le cas des PASS ambulatoires et des CPTS.....	14
L'essoufflement du secteur social et le rejet politique des plus pauvres.....	15
Les appels du pied du ministère de la Santé et de la Prévention	17
Conclusion.....	17

Le cadre de rédaction du mémoire

Le présent mémoire relate une expérience personnelle de découverte de la médiation en santé, courte car composée, au moment de son écriture, de 4 semaines de cours dans le cadre du DU de médiation en santé de Paris 13 et de 2 semaines de stages dans une association et à l'hôpital.

Les impressions et questions rapportées dans ce mémoire proviennent principalement d'observations et de témoignages de personnes – rencontrées dans le cadre de la formation du DU et des stages – qui n'ont pas nécessairement le statut de médiateur en santé mais qui en exercent des missions dans leur cadre professionnel¹. De ce fait, et pour faciliter la lecture du mémoire, j'ai choisi d'utiliser le terme générique de « médiateur en santé » pour les présenter. Je précise toutefois que tous les « médiateurs » interrogés ont des profils de poste et des cadres de travail bien différents, qui donnent à voir une pluralité de tâches, d'expériences et de points de vue sur leur rôle social et professionnel, ce qui rend difficile le fait de les regrouper dans un ensemble homogène. Certains de leurs propos marquants sont d'ailleurs rapportés directement entre guillemets.

Ce travail a des limites évidentes, à commencer par la question de sa légitimité. L'expérience non-représentative qu'il relate le rend impossible à étendre au cheminement d'autres médiateurs en santé. Les éléments que je rapporte ne sont que des premières observations ou informations obtenues à travers des témoignages et des mises en situation, ayant pour but de donner un aperçu de ce que peut être la découverte du métier de médiateur en santé et de son écosystème par un débutant. Les connaisseurs du secteur de la médiation en santé percevront peut-être la logique empirique du mémoire et les propos énoncés pour des lapalissades ou des non-sens.

Le travail ne pouvant pas se fonder uniquement sur des témoignages *ad hoc*, une recherche d'études et d'articles a ensuite été réalisée aux fins de venir, dans la mesure du possible, recadrer, éclairer et approfondir les questions traitées. Les sources d'informations sur le secteur social sont nombreuses mais encore assez limitées en ce qui concerne strictement le statut de médiateur en santé. En outre, en ce qui concerne la précarité et l'accès à la santé, la multiplicité des sources d'informations provenant des institutions (INSEE², DRILH³, DREES⁴, etc.), des associations sous tutelle de l'Etat (CREDOC⁵) ou des associations ou fédérations militantes du secteur de l'accès aux soins (Comede⁶, Médecins du Monde, FNASAT⁷, etc.), ayant des méthodologies, des visions et des objectifs différents, complique le travail de mise en lumière du contexte de développement de la médiation en santé en France en 2023.

La définition du médiateur en santé a beau être très détaillée dans le référentiel HAS de la médiation en santé⁸ édité à cet effet en 2017, force est de constater que le vécu du métier (à savoir le cadre, le rôle et responsabilités et, la compréhension et l'application des qualités et compétences attendues) varie grandement d'une personne à l'autre. C'est pourquoi j'ai décidé de consacrer une partie entière du mémoire aux réflexions des médiateurs rencontrés sur leur vision du métier (Cf. *infra*

¹ Professionnels de santé (médecins, infirmières, aides-soignants, psychologues) et travailleurs sociaux (assistants sociaux, coordinateurs de parcours, éducateurs spécialisés).

² Institut national de la statistique et des études économiques

³ Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁵ Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

⁶ Comité pour la santé des exilé.e.s

⁷ Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage

⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

L'appréhension des qualités humaines, de la posture et des compétences techniques du médiateur en santé).

Pour conclure, les consignes données pour la réalisation du mémoire (15-20 pages), la date limite de rendu – qui ne laisse pas toujours au débutant le temps de la confrontation d'informations et de la capitalisation – et, la volonté de donner une vue d'ensemble des sujets abordés et des situations vécues, rendent la qualité de ce travail forcément discutable ; il n'a, par conséquent, aucun apport scientifique dans le corpus des travaux sur la médiation en santé. De ce fait, il doit être pris pour ce qu'il est : une illustration d'un parcours de démarrage en médiation en santé parmi tant d'autres, dépendant de la personnalité et du parcours de la personne l'écrivant et du lieu de formation et de stages où les premières impressions et informations ont été collectées.

La découverte du métier de médiateur en santé

Pour circonscrire les leçons apprises lors de ma courte expérience en médiation en santé, je présente tout d'abord mon parcours académique et professionnel et le contexte général de ma découverte du métier de médiateur. Je me suis ensuite intéressée à trois piliers de la médiation en santé : 1) les qualités humaines, la posture et les compétences techniques attendues du médiateur ; 2) l'écosystème humain et professionnel dans lequel le médiateur évolue et qui façonnent son apprentissage et enfin, 3) la vision politique pour la santé des populations et le rôle que peut y jouer la médiation en santé.

Mon parcours

J'ai découvert la médiation en santé en juin 2022 lors de la présentation du projet Mille Parcours de l'Hôpital Avicenne alors que je travaillais dans la coordination de projets de coopération hospitalière internationale dans le cadre du Projet Réseaux et Partenariats Hospitaliers 3, piloté par la Fédération Hospitalière de France et financé par l'Agence Française de Développement. J'ai identifié il y a quelques années que mon parcours professionnel, très généraliste dans la gestion de projets de développement, manquait de connaissances fondamentales dans le domaine médico-social.

J'ai une formation en Droits Humains et Démocratisation, et plus de 10 ans d'expérience dans les associations de solidarité internationale où j'ai principalement travaillé en tant que coordinatrice de projets de développement dans divers domaines : agriculture, gestion des risques et désastres, santé, jeunesse et citoyenneté, etc. Je me suis toujours intéressée aux questions démographiques, de migrations, de pauvreté, d'inégalités des chances et d'exclusion sociale. D'une façon plus générale, ce sont les valeurs des droits humains – « respecter, protéger et instaurer/réparer »⁹ – qui ont défini mon parcours professionnel. Cependant, ces dernières années, j'ai perdu le contact avec le terrain au profit de missions d'encadrement et de recherche de fonds qui, bien qu'intéressantes, ne me contentent pas. C'est en voulant renouer avec mes valeurs et avec la volonté de les faire vivre au quotidien que j'ai choisi de me former en médiation en santé.

Ma première expérience en santé a été dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs. L'une des premières raisons motivant la consultation étant très souvent la douleur, c'est une porte d'entrée pour les soignants vers les nombreuses pathologies et situations médicales complexes que rencontrent les patients et qui sont devenues insupportables. À de nombreux égards, la logique de prise en soins rappelle le rôle et les missions du médiateur en santé. Le patient y est vu dans son ensemble. Les effets directs de sa pathologie intéressent moins les soignants que les retentissements de ceux-ci sur la

⁹ <https://www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law>

qualité de vie du patient ; comment cela influe sur sa vie et ses relations en famille, au travail ou dans la société. Les réticences des médecins à référer aux consultations douleur semblent également s'apparenter aux réticences de certains soignants à recourir aux dispositifs de coordination ville-hôpital. Les propos d'un médecin généraliste qui affirmait que : « de son vivant, il n'y aurait pas de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans la ville où il exerce » m'ont été rapportés. Dans les pays où le médecin est directement payé par le patient, la peur de voir le patient soulagé peut expliquer le manque d'entrain des soignants à le référer à une unité douleur mais cela est bien plus difficile à comprendre en France, où tous les soins sont pris en charge par l'assurance maladie. Il y a malheureusement une grande part d'égo mal placé dans la bonne marche des parcours de soins, encore en 2023.

En m'inscrivant à la formation de DU en médiation en santé, j'avais une vision très claire de ce que l'enseignement pouvait m'apporter dans mon parcours professionnel. Je ne souhaitais pas changer de métier (coordinatrice de projets de développement) mais plutôt ajouter une corde à mon arc dans un domaine qui m'attire et m'intéresse mais pour lequel je connais mes limites. Je sais notamment que je manque de connaissances en médecine et en politiques de santé publique, et que je n'ai que très peu de réseau dans ce domaine.

Cependant, grâce aux enseignements du DU et aux stages, il m'a été donné de passer du temps auprès de professionnels et de militants du secteur de la santé, souvent issus d'associations de malades ou de patients, ou du monde médical, et qui s'investissent grandement à la fois dans leur métier mais aussi dans les réseaux de soins et les organes de coordination et d'administration d'associations du secteur. Ces rencontres ont confirmé la justesse de mon choix de formation et réaffirmé mon souhait d'allier médiation en santé et solidarité internationale dans mon parcours professionnel à venir. En outre, elles ont été l'occasion d'échanges et d'entretiens très intéressants qui viennent nourrir le mémoire.

Les modes d'écoute d'une débutante en médiation en santé

Lors de la quatrième semaine de cours dans le DU, nous avons effectué un exercice sur notre mode d'écoute dominant, qui éclaire sur sa propre personnalité et ses travers dans la relation aux autres. L'exercice met en avant 12 situations d'entretien face auxquelles un médiateur se retrouve et pour lesquelles il doit choisir une façon de répondre, dans une liste de 10 suggestions écrites correspondant à des modes d'écoute différents. Nous avons réalisé cet exercice à froid, sans aucune autre instruction que de répondre ce qui nous paraissait le plus naturel. Par la suite, au quatrième jour, après avoir approfondi les techniques d'entretien au travers de jeux de rôle, la grille d'interprétation des différents modes d'écoute¹⁰ nous a été remise. Il est attendu que ceux qui doivent prédominer chez les médiateurs en santé sont : l'accueil, l'exploration et clarification et le fonctionnel. Dans mon cas, bien que j'aie eu une bonne représentation de l'exploration et clarification et du fonctionnel, mon autre mode d'écoute a été celui de la réciprocité et du partage ou, sous-entendu, de la compassion. Ayant travaillé pendant plusieurs années pour des ONG d'inspiration protestante, je m'interroge sur l'apparition de ce besoin de compassion. Était-il préexistant – et il m'aurait donc menée vers des organisations religieuses – ou ai-je développé un mode d'écoute compassionnel alors que je travaillais dans des structures qui placent la relation fraternelle au centre des échanges ?

Il m'est aussi apparu lors de cet exercice que je choisisais plus facilement les réponses composées de questions courtes et ouvertes. Ce réflexe était probablement guidé par une stratégie de pudeur et

¹⁰ Ces modes d'écoute sont : accueil ; réciprocité, partage ; sympathie ; avis, interprétation diagnostique ; jugement de valeur, évaluation morale ; suggestion, prescription ; soutien, consolation ; exploration, clarification ; investigation et fonctionnel.

d'évitement, en cherchant à faire parler l'interlocuteur pour ne pas avoir à reformuler ses dires au risque de me tromper.

Le contexte

La première difficulté que j'ai rencontrée avec la question du statut de médiateur en santé a eu lieu lors de la recherche du stage. Mon premier réflexe a été de rechercher un stage dans des associations accueillant des publics cibles assez précis (santé des migrants - Comede, accompagnement des mineurs non-accompagnés - Hors la Rue, personnes en situation irrégulière - CASO de Médecins du Monde, etc.), malheureusement, peu de structures associatives sont enclines à accepter des stagiaires pour des stages d'observation de courte durée. J'ai également sollicité un service hospitalier (Policlinique Baudelaire de Saint-Antoine) qui a une mission de prise en soins des personnes vulnérables et éloignées du soin mais la policlinique n'a pas donné suite à la demande de stage en raison de l'absence de médiateur en santé qui aurait pu superviser le stage.

La notion de « missions de médiation en santé » n'est pas maîtrisée par les structures de soins qui ont pour réflexe de répondre qu'elles ne pourront pas assurer l'accueil d'un stagiaire médiateur, faute d'en avoir dans leur structure. Une évidence est que de nombreuses personnes aux statuts et fonctions très divers assurent des tâches de médiation en santé sans le savoir et sans être formées à cet effet. Les qualités humaines et compétences utiles et demandées dépendent de la nature des services offerts : dépistage et prise en charge médicale rapide en réponse à une infection contagieuse ; coordination de parcours de soins complexes en raison de polyopathologies, de polyhandicaps ou liés au grand âge ; accompagnement de personnes à la précarité multidimensionnelle où les difficultés sociales prennent le pas sur toute possibilité de prise en soins ; difficultés d'annonce de pronostics graves nécessitant de parler de fin de vie et de mise en place de soins palliatifs... En formation et lors du stage, les étudiants et professionnels mettent très régulièrement en avant le fait que le médiateur en santé a beau avoir une casquette santé, il reste tout de même un travailleur social avant tout.

Mon expérience en médiation en santé se résume donc pour l'instant au temps passé dans les enseignements du DU et dans les lieux où j'ai effectué mon stage, le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de l'hôpital Antoine Béclère de Clamart où j'ai assisté à 5 permanences de 2h30 et le Dispositif d'Appui à la Coordination 92 Sud – Osmose où j'ai passé deux semaines. Une grande partie de mon mémoire se fonde donc sur les situations rencontrées et les témoignages obtenus lors des semaines de cours et de stage. Les personnes interrogées pour le mémoire se composent principalement de 20 personnes, à savoir, 3 infirmières, 2 aides-soignantes et 3 médecins (2f, 1h) du CeGIDD et 1 psychologue (f), 3 infirmier.ères (2f, 1h), 4 médecins (3f, 1h) et 5 travailleurs sociaux (4f, 1h) du DAC. Parmi ces personnes, aucune n'avait le statut formel de médiateur en santé mais la plupart en exerçaient des missions : accueil, information et orientation, facilitation de l'accès au système de santé et à des soins, coordination de parcours de soins, prévention et éducation pour la santé, recherches de partenaires et réseautage, etc.

Enfin, pour clôturer la partie sur le contexte de la découverte, je précise que j'effectue la formation en médiation en santé pendant une grossesse et que malgré le souhait d'être la plus objective possible et de traiter les informations collectées avec justesse et détachement, il y a sûrement eu quelques ratés – dus à la distraction et à l'émotivité – dans la compréhension, l'analyse et le rendu de ce que j'ai perçu et de ce qui m'a été dit. Les premières contractions sont d'ailleurs apparues pendant la rédaction du mémoire, avec un effet indéniable sur la concentration !

L'appréhension des qualités humaines, de la posture et des compétences techniques du médiateur en santé

Le premier élément qui m'a marquée en commençant la formation de médiation en santé a été l'importance donnée par les médiateurs, et enseignants, aux notions – au début un peu nébuleuses – de « l'aller vers », du « faire avec » et de la « suspension du jugement ». Ces notions, une fois définies et comprises semblent évidentes dans le cadre de la pratique attendue d'un médiateur et de la genèse de la création de son statut. Mais on se rend vite compte que chacun met derrière ces notions des compétences, une vision du métier et des expériences personnelles très diverses. Il n'y a pas de formule magique de la médiation et la posture s'adapte forcément à la personne accueillie sans possibilité de pouvoir édicter une recette magique ou une posture « moindre mal ».

La perception de la posture du médiateur en santé par les professionnels du secteur

La majorité des retours que j'ai eus mettaient l'accent sur l'importance de « l'aller-vers », moteur indispensable et forme de raison d'être du médiateur en santé. Que cet aller-vers soit physique, via des rencontres ou des maraudes ou qu'il se traduise par une grande ouverture et accessibilité du professionnel – qui entame la conversation sur son lieu d'accueil, transmet ses contacts et se montre constamment disponible au dialogue et à l'échange. Bien que fondamental et cultivé par les témoins, l'aller-vers n'en reste pas moins une attitude professionnelle qui demande des efforts et de l'énergie. Pour la plupart des personnes interrogées, elle est loin d'être naturelle et va nécessairement de pair avec un accroissement de la charge de travail. Les personnes accompagnées se sentant plus en confiance et partageant plus largement leurs besoins. Il est à noter que les médiateurs se définissant comme introvertis sont capables d'« aller-vers », ce qui rassure sur la capacité de tout un chacun de développer cette compétence.

Le « faire-avec » est, semble-t-il, bien plus difficile à mettre en pratique au quotidien par les professionnels. Non pas (ou pas seulement) pour des raisons de dépendance des personnes accompagnées mais du fait de l'organisation même du travail. L'autonomisation des personnes accompagnées demeure une finalité. Cependant, le manque de temps et de moyens et la nature des tâches effectuées, qui requièrent des compétences souvent administratives, font que celles-ci sont majoritairement effectuées par et entre des professionnels (connaissance du jargon, des rouages et des acteurs, relation privilégiée du travailleur social avec ses pairs, etc.). Les personnes accompagnées sont informées et, si elles en montrent l'intérêt, associées aux démarches mais cela ne représente pas la majorité des cas qui m'ont été rapportés.

Enfin, j'ai découvert avec étonnement et un peu de crainte que le décentrage et la suspension du jugement sont de loin les notions les moins bien appliquées par les professionnels, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Les langues se délient sur les manquements à l'éthique des collègues, de ceux qui ne respectent pas le secret médical, de ceux qui ont la hantise des personnes précaires ou qui abusent du système et pour qui « tout m'est dû », ou de ceux qui sont odieux avec les personnes rencontrées car elles doivent « apprendre à s'aider soi-même » avant de demander l'aide des autres.

En outre, même pour les professionnels qui adoptent une posture impeccable avec les personnes accueillies, on sent que le non-jugement demande des efforts considérables : « on fait comme si on jugeait pas mais qu'est-ce qu'on juge ! ». Comme pour tout métier demandant une attitude ou une posture sans accroc, on peut se demander combien de temps on sera capable de maintenir un haut niveau de professionnalisme avant de devoir éventuellement changer de métier. Une forme de friction apparaît entre l'authenticité de la personne qui doit être à l'aise pour travailler tous les jours et, une

posture professionnelle exigeante de suspension de jugement. La diminution progressive de la zone de confort (difficulté croissante à recevoir certains publics ou à se trouver dans des formes d'accompagnement ressenties comme difficiles), est un symptôme de fatigue professionnelle non-négligeable et totalement ignorée par l'organisation du travail. Je n'ai pas entendu parler de procédures ou de dispositifs de soutien tels que des groupes de parole, des consultations de suivi psychologique, des groupes d'analyse de pratiques ou de simples relais de « vidage de sac » prévus pour les personnes interrogées sur leur lieu de travail, ce qui me semble très préoccupant.

Les pièges que doit éviter le médiateur en santé

En dehors de l'aller-vers, du faire avec et du non-jugement, les personnes interrogées dans le cadre du mémoire m'ont fait part des pièges ou des travers les plus communs à éviter selon eux dans une relation d'accompagnement. Ce sont :

- a) le paternalisme : en montrant que nous, nous savons et que par conséquent, l'interlocuteur ne sait pas. Il faut rester humble et ne pas « supposer que » ou « prendre les gens pour des imbéciles » en les réduisant à des préjugés d'ignorance en raison de leur origine culturelle ou sociale ;
- b) l'intérêt feint ou forcé : pour une personne ou sa situation. Cette attitude est adoptée pour cacher une éventuelle fatigue ou pour éviter d'admettre que les personnes accompagnées ne sont pas toutes intéressantes. Il n'est pas nécessaire de surjouer, et admettre qu'on est tout simplement fatigué peut au contraire faciliter l'échange ;
- c) être péremptoire dans les informations données : les dispositifs, recours et informations changent vite et le professionnel peut avoir tendance à nier l'intérêt de ce qu'il ne maîtrise pas (encore). Cette attitude délégitime la qualité de l'accompagnement et remet en question les propositions des partenaires ou de la personne accompagnée, pour un résultat forcément négatif ;
- d) vouloir aller trop vite, en inondant les personnes accompagnées d'informations qui ne leur seront utiles peut-être que dans quelques semaines ; vouloir anticiper des scénarios, vouloir aussi éviter d'avoir à effectuer un accompagnement trop rapproché via un autre RDV ou par téléphone. Le petit-à-petit est la clé, même s'il est très lourd au quotidien pour le professionnel qui doit multiplier les reprises de contact et les actions de suivi ;
- e) se cacher derrière l'information donnée. Ce point est le plus compliqué car les comportements et points de vue divergent grandement à son égard. D'aucuns pensent que le médiateur est au service de l'information. Son rôle est de fournir une information vérifiée et de qualité et de donner, de manière claire et précise, des options sans laisser transparaître son point de vue sur la question. Mais pour d'autres, l'information en tant que telle ne suffit pas si elle n'est pas accompagnée de conseils adaptés au contexte dans lequel la personne évolue. Le médiateur est vu comme une personne ayant l'information mais qui a aussi une responsabilité dans la capacité d'agir et de réussir de la personne accompagnée. La finalité de l'autonomisation de la personne doit rester son objectif.

Malgré la pluralité des opinions entendues et des stratégies développées par les personnes interrogées et suivies, des grands principes ressortent, qu'il convient d'essayer de faire converger. Ainsi, le médiateur en santé devrait : rester authentique (en se sentant à l'aise dans le choix de l'attitude choisie vis-à-vis de la personne accompagnée) et ne pas se mettre en danger ni mettre en danger la personne accueillie en fournissant une information juste mais incomplète et/ou mal cadrée ; se sentir légitime dans l'accompagnement fourni tout en veillant à ne pas réduire trop drastiquement sa zone de confort (thèmes abordés ou publics accueillis) ; rester humble et s'assurer de toujours demander au préalable

quelle peut être l'aide utile à fournir et de chercher à savoir ce que les personnes accompagnées connaissent et savent faire pour ne pas les dénigrer ; veiller à adapter l'information donnée à ce qui est nécessaire dans l'instant présent sans aller trop vite ni être péremptoire ; être et se sentir impliqué dans l'accompagnement mais pas trop, au risque de se penser indispensable.

Les compétences techniques attendues d'un médiateur en santé

Au sujet des savoir-faire du médiateur en santé, les témoins conviennent que celui-ci doit parfaitement connaître l'écosystème médico-social de son territoire. Pour ce faire, il effectue une veille pour se tenir à jour des nouveaux dispositifs et acteurs qui y émergent régulièrement. Il doit connaître les bases du travail social – et notamment savoir remplir les dossiers de demandes d'aides, maîtriser les techniques d'entretien et multiplier les situations d'aller-vers (rencontres, permanences, maraudes, etc.). Il doit également se tenir à jour des programmes associatifs qui existent et qui cadrent et guident son action (ex : Programme National de Médiation en Santé – PNMS) ou institutionnels (ex. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins – PRAPS).

En ce qui a trait aux connaissances géopolitiques et culturelles – notamment en fonction des territoires et des pays de provenance des publics accompagnés, toutes les personnes interrogées ont fait part de leur envie d'acquérir des connaissances, tant par curiosité personnelle que pour s'adapter au mieux aux besoins de leurs interlocuteurs et garantir la réussite de l'accompagnement. Elles attestent néanmoins ne pas avoir assez de temps à consacrer à des recherches (lectures, conférences, formations, etc.) et le regrettent. Le manque de connaissances est alors compensé par la posture, l'écoute et la connaissance fine de l'écosystème et des politiques en vigueur.

En revanche, la place donnée au niveau de connaissances médicale et juridique qui peut être exigée de la part des médiateurs en santé varie fortement selon les personnes interrogées. Les positions divergent en fonction de la nature des structures. Une fois encore, le contexte et le cadre de travail jouent sur les attentes en matière de connaissances, compétences et de formation des médiateurs. De toute évidence, il est demandé aux médiateurs travaillant dans une structure médicale ou très spécialisée de maîtriser les domaines médicaux traités de manière plus verticale que les organisations accueillant le grand public.

En revanche, pour certains travailleurs sociaux, il semble contre-intuitif et contre-productif – et parfois même dangereux – de demander au médiateur de fournir des informations trop spécifiques (par exemple, en lien avec la pathologie d'un patient), même s'il est formé et mandaté pour cela par son employeur. Ces médiateurs (principalement des travailleurs sociaux) insistent sur le fait que, pour rester légitime et dans son domaine de compétences, le médiateur doit en permanence avoir la possibilité et les moyens de recourir à des professionnels de santé, du juridique ou du social qui sont responsables par rapport aux informations transmises et dont c'est la mission principale. En outre, dans le cas où la fiche de poste du médiateur en santé n'est pas précise ni cadrée, il y a un risque de ne pas être pris au sérieux ou à l'inverse, de communiquer des informations ou de proposer des recours de mauvaise qualité. Toutefois, comme dans toute création de métier et, *a fortiori*, d'ouverture de poste dans une structure donnée, le profil de poste de médiateur se construira tant à partir des manques et des besoins identifiés sur le terrain et dans la chaîne organisationnelle que des appétences de la personne qui occupera le poste en premier.

L'attitude attendue du médiateur vis-à-vis des théories du complot en santé

Un savoir-être semble néanmoins de plus en plus essentiel à développer pour les médiateurs en santé, celui de la conduite à tenir devant les personnes adeptes des théories du complot en santé. Faut-il

essayer de déconstruire les idées reçues pour garantir une prise en soins plus efficace et une meilleure observance des traitements, ou non ? Il n'est pas possible de forcer un individu à se soigner, comme c'est très bien résumé dans la loi : « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable.* »¹¹

Le choix du refus de soins est déroutant surtout dans le cas d'un risque de contamination de l'entourage du patient malade. Quand le refus de soins s'opère pour des raisons culturelles ou sociales, c'est la peur de la perte du sentiment d'appartenance qui prévaut. La personne sera certes malade mais restera dans le groupe. Or, l'adhésion aux théories du complot est souvent sous-tendue par un désengagement progressif : augmentation de l'angoisse, de la méfiance et de l'isolement¹² qui font craindre une rupture complète avec l'entourage, la société et les institutions, soit la mort sociale. Bien que ce choix soit protégé par le droit, le médiateur ne devrait-il pas dépasser la posture d'altérité et de décentrage requise par sa fonction pour tenter de réinstaurer un lien de confiance ? Cela pose la question de la hiérarchie des compétences et des objectifs du médiateur dans sa relation avec les personnes accompagnées.

J'ai été marquée par le manque de littérature sur ce sujet. De nombreux articles font état des théories du complot visant les vaccins ou le Covid-19 et de la nécessité de lutter contre leur propagation par des bons réflexes d'esprit critique (vérification des sources, du ton et de la nuance des propos, de l'expertise de l'auteur, etc.)¹³. En revanche, je n'ai trouvé que très peu de contenus sur l'impact du complotisme sur le refus de soins et, notamment, aucun curriculum de formation à destination des soignants ou des travailleurs sociaux. Il ne s'agit pas pour le médiateur d'être en mesure de déconstruire toutes les idées reçues ou de sauver les personnes en perdition, mais bien de savoir adapter son discours aux personnes les plus réticentes, pour tenter de protéger leur intégrité psychique et physique ainsi que celle de la population en général. Surtout, il s'agit pour le médiateur d'aller-vers les populations les plus éloignées du soin, comme le prévoit son statut.

Les réflexions sur les qualités humaines que les professionnels cherchent à voir chez un médiateur en santé m'ont été très utiles pour comprendre à quel point la hauteur de l'exigence morale attendue se heurte au manque de reconnaissance et de valorisation du métier, qui malgré ses ambitions pour l'inclusion, l'égalité des citoyens et le progrès de la société, reste un choix professionnel précaire.

L'écosystème de la médiation en santé : des acteurs et un secteur professionnel en tension

Selon la Haute Autorité de Santé : « *La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter : d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ; d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé. Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de*

¹¹ Art. L 1111-4 du Code de la Santé Publique

¹² https://chaireunesco-prev.ca/wp-content/uploads/2022/08/Programme_final57-2.pdf

¹³ Reconnaître les théories du complot, Unesco : https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/fighting-disinformation/identifying-conspiracy-theories_fr#is-this-a-conspiracy-theory-check-before-sharing

repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires. »¹⁴

Les publics vulnérables, qui sont-ils ?

Cette question est cruciale pour un débutant dans le domaine de la médiation en santé car une grande partie de la légitimité du travail de médiateur tient à sa capacité de lutter contre l'exclusion des personnes les plus éloignées du système de santé en les y (ré)intégrant et en contribuant à les y maintenir. De nombreuses études relatent les facteurs de vulnérabilité matérielle et immatérielle que rencontrent les personnes pour accéder aux soins en France, notamment résumées dans le dossier *La Santé en Action* n° 460 de juin 2022¹⁵. Les « publics vulnérables » ne sont eux jamais clairement définis. Or, ce choix est volontaire, tel que justifié dans le référentiel HAS de la médiation en santé¹⁶.

On comprend la logique visant à ne pas restreindre le champ des vulnérabilités pour s'assurer d'inclure le plus grand nombre de personnes. De nombreuses études sur les facteurs de vulnérabilité existent, par conséquent, il n'est pas aisé de trouver des chiffres à échelle régionale ou nationale qui fassent autorité chez tous les acteurs. On trouve des publications à vocation descriptive (institutionnelles, principalement au niveau des ministères) ou par domaine d'intervention ou par pathologie à vocation de plaidoyer, le plus souvent rédigées par des chercheurs ou des associations.

Peu satisfaite de n'avoir pas pu percevoir clairement qui étaient les publics vulnérables mentionnés dans les différentes politiques et stratégies de plaidoyer consultées, j'ai cherché une définition de la vulnérabilité. La définition suivante, issue d'un appel à communications pour un colloque, me paraît intéressante : « *La notion de vulnérabilité [...] considère davantage les capacités de résilience des individus : elle invite à penser moins les difficultés sociales que la puissance d'action des personnes. Elle impose de considérer l'environnement des individus pour identifier les causes de la vulnérabilité – revenu, statut, profession, genre, âge etc. – et les moyens d'y remédier. La vulnérabilité est ainsi relative à un territoire et une histoire particulière. Elle permet de penser les degrés d'exposition (intégrité physique, autonomie économique, soutien social, degré de dépendance) à un aléa pour envisager une prise en charge adaptée. Elle invite à questionner les formes de la communication, les systèmes de croyances, les termes de la solidarité (entre les membres de la famille, entre les travailleurs et les entreprises, entre les amis et les amoureux, entre l'État et les différents ayant droits...).* »¹⁷

Cette définition laisse refléter une part de responsabilité de l'individu dans son état de vulnérabilité. Bien que présentée ici de manière positive (la capacité d'action et la résilience de l'individu), cette responsabilité personnelle est souvent mise en avant de façon bien plus critique dans la communication politique et médiatique où l'on cherche à mettre dos-à-dos les « bons et mauvais pauvres » et où certains méritent « assistance » là où les autres abusent de l'« assistanat ». (Cf. *infra* [Une vision politique de la médiation en santé en construction](#)).

¹⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

¹⁵ Encadré sur les facteurs de vulnérabilité, *La Santé en Action*, n° 460, juin 2022, p.6

¹⁶ La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf, p.65

¹⁷ « Nouvelles approches sur les vulnérabilités sanitaires et sociales », Appel à contribution, Calenda, Publié le mercredi 02 juin 2021, <https://calenda.org/882094>

Le patient, un interlocuteur dans une relation de service ou un partenaire dans une relation de soins ?

Comme il a été vu précédemment, il est attendu que le médiateur en santé possède un éventail de qualités et de compétences humaines, déployé au service d'une posture professionnelle irréprochable pour mener à bien sa mission de coordinateur de parcours de soins auprès des publics suivis. Dans ce cadre, quelle est la place de l'impartialité¹⁸ du médiateur en santé dans sa relation avec les patients et leur entourage alors qu'il est supposé participer activement à l'autonomisation des publics accompagnés ? Le médiateur en santé est souvent sollicité pour faire basculer les personnes accompagnées de l'état de « mort sociale » à celui d'« existence sociale », passage obligé et nécessaire dans la démarche de soins, indissociable du besoin de reconnaissance de la dignité humaine.

Les quelques patients rencontrés et interrogés et leur entourage rapportent l'importance de la relation avec le médiateur – la bonne communication, la confiance et l'intérêt porté à la personne – qui est au centre du pacte de la démarche de soins et de l'autonomisation. Les patients et aidants se sentent entendus, compris et de nouveau respectés, après une errance médicale parfois longue. Ils ont trouvé dans la personne du médiateur, un partenaire qui les aide dans une situation difficile dans leur vie : solutions pour voir un médecin et se soigner à moindre frais, aide à l'ouverture de droits sociaux indispensables à une intégration dans la société, coordination de rendez-vous médicaux et de soins dans le cas d'une maladie chronique complexe ou invalidante, mise en place de soins de support en raison de douleurs insoutenables, aménagements à domicile en vue d'une fin de vie plus paisible, accompagnement dans le retour à une vie normale après rémission d'un cancer, etc.

Il s'avère pourtant que la relation patients - aidants / médiateur revêt les mêmes déséquilibres que toutes les relations de service : les premiers dépendant des connaissances, du professionnalisme et de la temporalité du dernier. C'est lui qui connaît les solutions et qui sait comment les activer. S'il n'est pas à jour, il se peut aussi qu'il passe à côté de solutions très profitables pour les personnes suivies. Pour les personnes qui n'ont d'autre choix que d'accueillir les médiateurs chez eux ou en sont dépendantes car elles ne savent pas lire et écrire, ce déséquilibre est encore plus manifeste. Dans d'autres situations, le médiateur pourra faire l'objet de transferts amoureux, comme cela existe pour les professionnels de santé.

Cet état de fait n'est pas nécessairement un problème tant que le médiateur en santé reste conscient de cette asymétrie dans la relation avec les personnes accompagnées et que son employeur et lui fixent des garde-fous pour essayer de maintenir le même niveau de qualité de service à tous. Je n'ai, à l'heure actuelle, pas entendu parler d'outils et de mécanismes dans les structures pour prévenir les éventuels glissements de comportement des médiateurs dans leur pratique mais, une fois de plus, ceci doit dépendre notamment du niveau de structuration des organisations qui offrent des missions de médiation en santé.

Le médiateur, un atout – pas si évident – pour les professionnels de santé ?

Les professionnels de santé interrogés ces dernières semaines étaient, du fait de leur fonction dans des dispositifs de coordination ou d'accès aux soins, informés de l'existence du métier de médiateur en santé. Ils accueillent favorablement la nouvelle fonction de médiateur en tant que relais très utile dans la communication entre les différents interlocuteurs (patients-aidants-professionnels de santé-travailleurs sociaux-structures partenaires), dans la coordination des parcours de soins, dans l'adhésion et l'observance thérapeutique, etc. Mais ceci, à condition de bien cadrer les missions du médiateur et

¹⁸ A savoir, son objectivité, son indépendance et sa neutralité vis-à-vis des personnes accompagnées.

de ne pas le rendre responsable des difficultés en termes de communication entre patients et soignants.

Pour certains témoins, et notamment en oncologie, il y a toutefois une crainte que la volonté d'ajouter un interlocuteur dans la relation patients-soignants ait pour objectif tacite de vouloir cacher qu'à certains moments, la communication entre les deux groupes sera forcément difficile. En effet, certains diagnostics et pronostics annoncés sont forcément indicibles, inacceptables et « inentendables ». Malgré toute l'attention donnée à la formulation, à la temporalité et au contexte, l'annonce aura toujours un effet dévastateur car le soignant ne veut pas dire et le patient ne veut pas entendre. Le médiateur est un atout indéniable dans l'accompagnement et la mise en place des aménagements nécessaires pour le patient et son entourage mais il ne faut pas lui faire porter la responsabilité des effets du choc traumatique de l'annonce.

La médiation en santé a aussi été replacée dans une interrogation plus large sur les choix portés par l'assurance maladie en termes de politique de santé publique et notamment, pour comprendre où se situe la vraie mission de service public et, par conséquent, pour quelles priorités les moyens humains et les financements devraient être déployés. Comme exemple cité, il y a eu celui des dispositifs de soins de support proposés dans le cadre des maladies chroniques, du handicap et du grand âge. Certaines personnes interrogées ont émis des réserves en dépit des effets positifs avérés des soins en question et de leur accompagnement relatif. Pour elles, il est nécessaire d'éviter l'amalgame entre soin curatif concret et « câlinothérapie » et il faut faire attention aux propositions « cache-misère » à destination des personnes dont la vie a été bouleversée. De toute évidence, le médiateur en santé a encore du travail de sensibilisation et d'éducation à fournir auprès des professionnels de santé pour se départir de cette image de « câlinothérapeute ».

La précarité des publics accompagnés ...

La question de la prise en charge des parcours de soins complexes m'a frappée sur deux plans : les délais de sollicitation du médiateur, souvent bien trop longs, et la difficulté de privilégier la porte d'entrée médicale au détriment de celle du social. Les cas rapportés en réunion d'équipe montrent souvent des aspects de précarité sociale multidimensionnelle très prégnante qui, au regard du manque de places dans les dispositifs d'accueil (psychiatrie, addictions, soins de suite et de réadaptation, etc.), retardent la prise en soins effective et sont grandement préjudiciables pour les personnes accompagnées.

Dans ce contexte, il existe de fait un risque pour le médiateur de s'habituer à la précarité et de la relativiser. Comme pour tous les travailleurs sociaux confrontés au quotidien à la vulnérabilité des publics suivis, il y a une tendance à la comparaison des personnes pauvres entre elles et à la relativisation de leurs moyens, notamment financiers. C'est un enjeu majeur pour le travailleur social et, *a fortiori*, pour le médiateur en santé que de garder une forme de capacité à s'indigner des mauvaises conditions de vie des populations et de ses propres conditions de travail.

Le métier de médiateur en santé n'est pas encore reconnu. Sept ans après sa création, il n'est toujours pas inscrit au Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME), ce qui empêche son développement, à commencer dans les structures publiques et explique pourquoi il est si peu représenté dans la littérature et les études statistiques. Bien qu'il puisse être issu du monde médical ou paramédical, le médiateur en santé, du fait de son rôle et de ses missions, est un travailleur social. Ainsi, un médiateur débutant se rend vite compte que la précarisation du secteur social est la conséquence de la précarité des publics accompagnés.

... et du métier de médiateur en santé

Un des premiers marqueurs de cette précarité professionnelle est la forte féminisation du secteur social, comme le rappelle le Conseil Economique, Social et Environnemental : « *Le secteur est fortement féminisé : 91 % d'assistantes sociales, près de 70 % de femmes dans les métiers de l'animation, entre 65 % et 68 % chez les moniteurs-éducateurs et 78 % dans les missions locales d'insertion.* »¹⁹ En outre, les compétences demandées dans ce type de métier, sont de fait peu valorisables puisqu'elles seraient des compétences naturelles, apprises dans le cadre familial et, qui plus est, féminines : « *Le rapport relève la permanence des stéréotypes de genre dans des métiers à prédominance d'effectifs féminins, qui tendent à considérer les vocations comme « naturelles » et ne nécessitant que peu de formation.* »²⁰

Le secteur social ne se départ pas pour autant d'autres stéréotypes genrés car comme dans tous les secteurs professionnels, il y a une forte prévalence des hommes dans les postes de direction : « *Cette présence importante des femmes dans les métiers du social ne se traduit pas forcément au sommet de la hiérarchie. La féminisation du travail social souffre d'une très forte inégalité hiérarchique puisque les hommes représentent 60 % des responsables de services alors qu'ils constituent moins de 10 % des travailleurs sociaux.* »²¹ En outre, les publics accompagnés souffrent d'une mauvaise image dans la société : « *Par ailleurs, des représentations négatives des personnes en situation de pauvreté, de handicap ou de dépendance mettent à mal les représentations de ces métiers et peuvent contribuer à limiter l'engagement dans ces voies professionnelles.* »²²

Je n'ai pas trouvé de chiffres spécifiques sur les médiateurs en santé mais les hommes représentaient 25% de l'effectif des étudiants du DU et de l'équipe du CeGIDD de l'Hôpital Antoine Béclère et 19% de l'équipe du DAC 92 Sud – Osmose. La sous-représentation des hommes dans les métiers de l'accueil et de l'accompagnement des personnes éloignées du soin peut-elle s'avérer un frein au recours par les publics masculins, tout particulièrement dans le cas de pathologies sexuelles masculines ? Je n'ai malheureusement pas trouvé de données probantes à ce sujet.

Autre aspect de la précarisation du travail, le temps de travail des travailleurs sociaux. Se fondant, sur l'Enquête sur l'Emploi en Continu de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) éditée chaque année, la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a publié un communiqué de presse sur les chiffres du secteur social qui précise que : « *[...] les travailleurs sociaux sont [...] très nombreux à exercer à temps partiel (43 % contre 16% des autres salariés). [Le temps partiel] est en outre déclaré comme subi dans la moitié des cas.* »²³

L'inéluctable précarité des médiateurs en santé pairs²⁴ ?

Lors de la formation, nous avons été sensibilisés au risque de l'assignation identitaire des publics accompagnés, en raison de leur origine culturelle ou sociale, de leur sexe ou de leur religion, etc. Ce risque est conséquent pour le médiateur qui accueille en permanence de nouvelles personnes et qui peut être tenté de les ranger dans des groupes plutôt que de penser à des unicités de situation. Pour

¹⁹ Avis du Conseil Économique, Social Et Environnemental, Les métiers de la cohésion sociale, Juillet 2022, p.69

²⁰ Id. p.13

²¹ Id. p. 69

²² Id. p.13

²³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-travailleurs-sociaux-des-professions-feminisees-plus-agees-et-exercant>

²⁴ Selon la définition du médiateur en santé pair de l'article : *Le médiateur en santé pair partage la même expérience que le malade*, Olivia Gross, La Santé en action, 2022, n°. 460, p. 23-24

cette question aussi, des dispositifs de recadrage pour éviter les risques de glissement (Cf. *supra* asymétrie de relation entre personnes accompagnées et médiateurs) sont à considérer.

Les médiateurs en santé pairs sont-ils l'objet d'une assignation identitaire particulière, du fait de leur parcours et de leur fonction dans les structures de médiation ? En effet, malgré les avancées incontestables qui ont permis de reconnaître les expertises des pairs et leur rôle central dans l'accompagnement des patients (appropriation de la maladie, connaissance experte du parcours de soins, participation à l'éducation thérapeutique, etc.), leur statut d'expert d'une pathologie ou d'un parcours de vie difficile les cantonne à un rôle social et professionnel qui devient leur seule raison d'être²⁵. En outre, cette expérience-expertise, subie et non-choisie, revêt nécessairement une dimension traumatique ou difficile forte : maladie, parcours migratoire, violences, incarcération, troubles psychiques, etc. qui est mal vue par la société en général ; ce qui se traduit sur la reconnaissance du métier, la valeur sociale du travail effectué et le niveau de rémunération de ses professionnels.

Cela dit, il ne s'agit que d'une impression personnelle que je n'ai pas pu confronter à des études probantes et qui n'a pas non plus été soutenue par des témoignages. L'existence du médiateur en santé pair est très appréciée par les professionnels du secteur qui y voient de nombreux avantages, à commencer par la qualité de l'accompagnement. Il est à noter que la question de l'éventuelle précarité inhérente au statut de médiateur en santé pair ne remet pas en question son bien-fondé et la qualité des interventions des professionnels en fonction.

Une vision politique de la médiation en santé en construction

Dans cette partie, je m'intéresse principalement au développement des mécanismes de lutte contre l'exclusion des soins de santé des plus vulnérables et aux moyens donnés aux acteurs qui agissent dans la médiation en santé au niveau territorial.

Lors de mon stage au DAC 92 Sud – Osmose, j'ai pu participer à une réunion de Conseil d'Administration en vue de la préparation de l'Assemblée Générale de l'association. J'ai donc pu voir le budget de l'association et les pistes de renforcement et de développement soutenues par les partenaires financiers, à commencer et en grande partie, par l'ARS Île-de-France. Le DAC Osmose, anciennement réseau Osmose, a une longue histoire et un profond ancrage territorial. Cependant, l'émergence régulière de nouveaux acteurs et les refontes périodiques de dispositifs obligent les équipes du DAC à multiplier les rencontres de premier contact et les réunions de coordination pour identifier des pistes de partenariat et de travail en collaboration. Pendant la formation, Mme Talibon pointait déjà le fait que la multiplicité des acteurs et le remaniement des dispositifs avaient un impact négatif sur le bon fonctionnement de la coordination ville-hôpital (perte de repère et manque d'adhésion pour les ressources et les dispositifs mis en œuvre de la part de la population, des soignants et des décideurs).

Une ambition politique peu claire : le cas des PASS ambulatoires et des CPTS

Comme cela a été évoqué plus haut, il semble qu'il y ait un manque cruel de vision pour le développement de l'accès aux soins des plus précaires et de la médiation en santé. Les dispositifs sont très nombreux et changent très souvent sans que les acteurs aient le temps de s'habituer aux nouveaux écosystèmes en place, sans parler de la prise de conscience de la société sur les relais possibles en cas de difficulté à se faire soigner. La prise en charge globale de la personne malade et de

²⁵ Je n'ai pas trouvé de littérature libre d'accès sur ce sujet.

ses besoins en matière de soins est en conflit avec les lignes de financement des bailleurs. Les référentiels pour les dispositifs mis en place sont adaptés de manière très différente et on sent un manque d'entrain de la part du politique pour répondre aux problèmes de la population et pour anticiper les évolutions démographiques des territoires.

Deux exemples en sont la mise sur pied des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ambulatoires²⁶ et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les médiateurs en santé devraient avoir leur place dans ces deux dispositifs de ville, mais cela n'est pas encore le cas.

Les PASS ambulatoires, de même que les PASS hospitalières, sont très différentes d'un centre de santé à l'autre (composition des équipes, jours et heures d'ouverture, créneaux sur RDV ou non, etc.). En Île-de-France, les PASS ambulatoires font l'objet d'un projet expérimental, depuis 10 ans, sur certains territoires mais ces projets ne sont pour l'heure dotés que de très peu de soutien humain, financier et logistique avec pour effet de laisser les centres de santé (et les autres structures participantes : réseaux, pharmacies, laboratoires, etc.) dans une situation difficile ne dépendant que de leur bonne volonté de faire vivre le dispositif et de le maintenir. Les informations relatives à la mise en place et au fonctionnement des PASS ambulatoires et, surtout, à leur pérennisation, manquent et aucun référentiel n'est, à ce jour, disponible. Nous n'avons encore aucune perspective sur la place de la médiation en santé dans ce dispositif.

Il faut rester positif car, depuis 2022, et à la suite d'un travail pour actualiser le cahier des charges des PASS hospitalières pour « *mieux prendre en compte les nouveaux défis auxquels elles font face, notamment le développement de nouvelles formes de précarité, la prise en charge des personnes migrantes nécessitant un accompagnement spécifique au vu des évolutions réglementaires ou la mise en œuvre de l'activité mobile de certaines PASS, dont le développement a été favorisé sur les territoires dans l'objectif « d'aller-vers » les publics les plus éloignés du système de santé* »²⁷, il leur est désormais possible de recruter des médiateurs en santé.

Selon le site du ministère de la Santé et de la Prévention, la création des CPTS entraîne un gain de temps et d'efficacité pour les soignants grâce à une coordination et à une communication accrues. Dans les faits, le développement des CPTS est encore synonyme de l'augmentation des responsabilités et de la charge de travail des soignants déjà très investis dans les différentes structures des territoires qu'ils couvrent. En outre, la structuration en association loi 1901 contraint les CPTS à une certaine lourdeur administrative et organisationnelle qui peut avoir pour effet de limiter le temps consacré à l'opérationnel et à la coordination des parcours de soins complexes des patients identifiés. L'ARS mise sur le développement des CPTS pour répondre aux besoins des patients éloignés du soin et met à leur disposition des financements à cet effet, notamment pour le recrutement d'un coordinateur pour l'encadrement, l'appui technique, l'animation territoriale et du projet de santé. Pour autant, à ce stade, on ne pressent que de faibles perspectives d'embauches de professionnels de la médiation en santé au sein des CPTS.

L'essoufflement du secteur social et le rejet politique des plus pauvres

Pour garantir la pérennité de l'accompagnement des personnes ayant besoin de médiation sociale ou en santé, il est absolument nécessaire de pouvoir faire prévaloir le droit commun afin d'anticiper les

²⁶ Les PASS ambulatoires sont toujours considérées comme un projet pilote ou expérimentale bien que développées sur l'Île-de-France depuis 10 ans.

²⁷ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS), https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_cdc_des_pass_12_avril_2022_101.pdf, p.2

baisses de financement, l'instrumentalisation politique et la « fatigue du pauvre ». Les PASS ambulatoires accueillent parfois des patients qui devraient relever du droit commun depuis plusieurs années et dont la mise en place des droits ne se fait pas par manque de moyens et/ou de volonté professionnelle ou politique, le délai de traitement des dossiers de demandes d'ouverture des droits par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) étant très long. Ceci a notamment pour effet de venir nourrir le discours de rejet des personnes les plus vulnérables qui seraient responsables de ne pas pouvoir prétendre aux mêmes droits que les autres et qui se plaindraient dans la dépendance à un système de soins de moindre qualité.

Dès lors, veiller à ce que les personnes accompagnées puissent bénéficier des mêmes droits que la population générale devient la priorité du médiateur en santé, au détriment de ses autres missions. Ainsi, par exemple, au DAC 92 Sud, le volume d'heures de travail affecté au suivi de demandes d'ouverture des droits de santé pour les personnes concernées, dans l'équipe du pôle Accès aux soins, dépasse très largement celui de la coordination des parcours de soins avec les partenaires du territoire.

Dans la même veine, les professionnels du secteur craignent que les dispositifs mis sur pied pour les personnes les plus éloignées du soin soient conçus pour s'essouffler d'eux-mêmes et susciter le rejet des politiques, des médias et de la société. Le début de débat autour de la future loi sur l'immigration et l'asile et notamment sur la question de la refonte de l'Aide Médicale d'Etat en est une illustration. Le soutien aux frais de santé des étrangers est perçu comme au détriment de ceux des « bons Français qui cotisent » ; il est donc le parfait symbole des abus du système social français et un argument de poids pour la stigmatisation des plus précaires. L'impopularité croissante des dispositifs comme l'AME, permet d'en durcir aisément les règles d'obtention : « *En 2019, une nouvelle réforme a introduit une condition de trois mois d'irrégularité sur le territoire (contre trois mois de présence auparavant) et une obligation de dépôt physique des premières demandes au guichet des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).* »²⁸ ; et, à terme, d'en justifier la suppression ou un remaniement profond.

Ainsi, le gouvernement souhaite remplacer l'AME par l'Aide Médicale d'Urgence (AMU), ce qui augmentera les risques pour la santé des personnes concernées qui devront attendre d'être dans des situations périlleuses avant de pouvoir bénéficier de soins qui seront eux, de surcroît, plus coûteux pour la collectivité ; les études attestent qu'il coûte moins cher à une société de prendre en charge des frais de santé d'une population – dans ce cas précis, des populations exilées – en amont de toute urgence.²⁹ Pourtant, à ce jour, « *le coût des soins couverts par l'Aide médicale d'état et du dispositif des soins urgents et vitaux, bien que significatif, ne représente que 0,4% des dépenses de l'Assurance maladie en France au bénéfice d'une population surexposée aux maladies infectieuses transmissibles, aux maladies chroniques non transmissibles et à la souffrance psychique notamment en lien avec leurs conditions de migration et de vie. Les travaux des économistes de la santé ne concluent pas à une surconsommation de soins inutiles par ces bénéficiaires et font, à l'inverse, le constat d'un non-recours à ce droit important (49% selon l'enquête Premiers pas, y compris pour les personnes atteintes de maladies chroniques)* »³⁰.

En refusant un accès facilité aux soins de santé à des populations surexposées aux maladies infectieuses et en souffrance, l'Etat français montre que la question de la santé de la population dans

²⁸ <https://www.lacimade.org/obstacles-a-lacces-a-laide-medicale-detat-la-cimade-et-ses-partenaires-associatifs-publient-une-enquete-inedite/>

²⁹ Exemples de prise en charge des patients hypertendus et des soins prénatals en Allemagne, Suède et Grèce, *Cost of exclusion from healthcare: The case of migrants in an irregular situation*, Agence des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf (Eng)

³⁰ <https://www.srlf.org/article/suppression-laide-medicale-detat-ame>

son ensemble importe moins que la prétendue fermeté envers les personnes qui viendraient profiter des avantages sociaux français.

Les appels du pied du ministère de la Santé et de la Prévention

Un autre fait intéressant sur l'exclusion en santé et le rôle du médiateur se trouve dans la communication officielle autour de la récente campagne « d'aller-vers » lancée par le ministre de la Santé et de la Prévention, François Braun, en mars 2023. En effet, le ministre a rappelé que 6 millions de personnes n'avaient pas de médecin traitant, parmi lesquels 714 000 personnes souffrant de maladies chroniques reconnues en Affection Longue Durée (ALD), et que des actions allaient être menées dans les mois à venir pour que ces dernières – représentant 12% de la population n'ayant pas de médecin traitant – puissent intégrer le système de santé. Les acteurs identifiés dans le communiqué sont : « *les organismes d'assurance maladie, l'ARS, la préfecture, les représentants des professionnels de santé, les structures d'exercice coordonné, les CPTS, les élus locaux ou encore les associations de patients.* »³¹ Une évocation claire et franche des professionnels de la médiation en santé eût été appréciable.

Cependant, le 3 mai 2023, dans le discours de clôture du volet santé du Conseil National de la Refondation, le ministre a fait une allusion bien plus directe à la nécessité de la médiation en santé – mais pas encore tout à fait aux médiateurs en santé – et qui, plus est, émane des besoins recensés sur le terrain : « *Autre exemple de projet à accélérer, la plupart des CNR territoriaux ont remonté la difficulté à soigner les personnes les plus éloignées de notre système. Plusieurs projets ont montré l'intérêt d'une mobilisation de professionnels non soignants, aux côtés des soignants. Dans cette dynamique, j'ai confié au Docteur Philippe DENORMANDIE, à Alexandre BERKESSE et à Émilie HENRY le soin de nous faire des propositions pour le déploiement plus massif de ces nouvelles formes d'« aller-vers » et pour la consolidation des activités de médiation en santé. L'objectif est d'aller toucher cette frange de nos concitoyens (20%, dit-on), qui sont éloignés durablement de notre système de santé, en lien avec les dispositifs de patients-partenaires, de pairs-aidants et les associations représentantes d'usagers.* »³²

Conclusion

Ma découverte du métier de médiateur en santé au travers du DU de médiation en santé de Paris 13 et des stages a été très riche et dense. Cela m'a permis de côtoyer en peu de temps de nombreuses personnes, aux identités et aux expériences très diverses, passionnées et passionnantes. La plupart des personnes que j'ai sollicitées dans le cadre du mémoire n'ont pas le statut de médiateur en santé mais elles en exercent les missions au quotidien, s'évertuent à maintenir une posture irréprochable dans toutes les situations et sont attachées au bien-fondé de leur fonction. Il m'est dès lors apparu que le rôle et les responsabilités du médiateur en santé en font un métier indispensable et épanouissant, bien qu'épuisant en raison du manque de moyens, de ressources et parfois même de soutien moral. Par ailleurs, l'utilité sociale du métier est avérée pour les militants du secteur de la santé, et sa reconnaissance – quoique lente et complexe – tend à se matérialiser.

³¹ Plan d'action pour les personnes en affection longue durée sans médecin traitant, communiqué de presse, 17 mars 2023, <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/personnes-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-le-plan-d-action-du>

³² <https://www.vie-publique.fr/discours/289311-francois-braun-03052023-point-detape-refondation-du-systeme-de-sante>

Dans ce contexte, quel avenir pour le statut de médiateur en santé ? Les travailleurs sociaux rapportent, qu'au fil des années, l'accompagnement des publics fragiles est rendu chaque jour plus difficile par la réduction des moyens humains et financiers dans le social^{33 34}. La crise des vocations des professionnels du secteur commence à se faire sentir³⁵. Les métiers du social attirent de moins en moins en raison des faibles perspectives d'évolution de carrière et de salaire. De plus, la diminution des moyens mis à disposition oblige les professionnels du secteur à explorer des vides juridiques et des zones d'ombre et à recourir massivement au système D car tout est fait pour entraver l'accès des plus vulnérables au droit commun. Mais, il devient « de plus en plus difficile de gérer l'ingérable ».

Sous couvert d'annonces peu crédibles et de petites injections erratiques de financement, le gouvernement est encore loin de répondre aux défis que posent l'organisation du système de santé et l'accès aux soins en France à l'heure actuelle et pour les années à venir.

Pour autant, les difficultés propres à la profession de médiateur en santé, sa structuration et la prise en compte progressive de ses spécificités ont eu pour effet inexorable la création ou la réorganisation de syndicats professionnels afin de défendre les intérêts du métier et de lutter contre toutes les formes de précarité de celui-ci. La multiplicité des actions de plaidoyer des acteurs du secteur de la médiation en santé, tels que la FNASAT et le Collectif pour la Promotion de la Santé, etc., commencent à porter leurs fruits et on sent des velléités de la part des autorités de tutelle d'aller vers une plus grande reconnaissance du métier de médiateur en santé (stratégie Ma Santé 2022). La prise en compte des enjeux et perspectives démographiques est indispensable à la définition de politiques de santé publique justes et inclusives pour la population. Le combat pour l'obtention de ressources humaines et financières et pour l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels du social et de la santé doit perdurer. Une nouvelle promotion de médiateurs en santé, diplômée en 2023, doit rejoindre ce mouvement !

³³ Enquête auprès des travailleurs sociaux, 2014, <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2014-10-page-13.htm>

³⁴ Les vigies du social, Revue Esprit, octobre 2022, <https://esprit.presse.fr/article/esprit/les-vigies-du-social-44266>

³⁵ Vie sociale et traitement, 2022, <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2022-1-page-3.htm>