



Les financeurs et la médiation en santé

enjeux et contradictions

DU Médiation en Santé
Promotion 2025

DEGHACHE AZIZOVA Madina

Sommaire

Introduction.....	2
Définition de la médiation en santé	3
Méthodologie et problématique.....	4
I. Présentation de l'association AViH.....	5
1) Historique de l'AViH	5
2) Le financement de l'AViH	5
3) L'équipe pluridisciplinaire.....	6
II. D'interprète russophone à la médiation en santé	7
1) « L'aller-vers » pendant la pandémie de la Covid 19.....	7
2) Les actions des équipes médico-sociales sous les barnums.....	8
3) Fin des barnums et le travail de médiateur en santé	9
III. Dispositif Résorption	10
1) Présentation du dispositif Résorption	10
2) Rappel du contexte	10
3) Les ambitions de l'AViH	11
Conclusion	12
Acquis et perspectives	12

Introduction

Mémoire de fin d'étude réalisé dans le cadre du Diplôme universitaire « Médiation en santé » suivi à l'université Sorbonne Paris Nord de janvier à juin 2025 sous la responsabilité du professeur Olivier BOUCHAUD.

Cette formation continue m'a permis de consolider un parcours professionnel en tant qu'intervenante sociale et interprète depuis cinq ans au sein de l'association AViH (Association Ville-Hôpital) dont les missions principales sont de lutter contre les inégalités de santé, favoriser l'accès au droit commun, accompagner les publics les plus précaires vers l'autonomie en matière de parcours de soins.

Les enseignements suivis ont permis de clarifier et préciser les contours de la médiation en santé dans la mesure où ils ont couvert des aspects très divers allant de la socio-anthropologie au droit en passant par les principaux concepts de santé et santé publique.

Le Diplôme universitaire a également contribué à professionnaliser une pratique basée sur des connaissances trop empiriques notamment via le concept d'approche psycho dynamique de la médiation qui permet d'individualiser plus rapidement l'accompagnement dès le premier accueil, et le concept de double causalité dans une approche socio-culturelle de la santé et de la maladie qui permet de mieux prendre en compte les spécificités culturelles dans l'accompagnement à mettre en place.

Par ailleurs, les qualifications acquises permettent désormais d'envisager les perspectives d'amélioration des compétences et qualités nécessaires pour une réalisation plus efficiente des missions de médiateur en santé. Ainsi, l'inscription aux sessions de formation TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) les 25 et 26 mai 2025 devront permettre de consolider davantage encore le travail de médiateur en santé.

Enfin, la période de stage réalisée du 14 au 25 avril aux sein des équipes du Centre Municipal de Santé (CMS) de Saint-Denis a été l'occasion d'élargir à d'autres publics et d'autres contextes une expérience serte significative et intense cependant encore trop spécifique.

Définition de la médiation en santé

La médiation en santé, une approche multiple

- L'agence santé publique France, qui a pour mission de protéger efficacement la santé des populations, définit la médiation en santé comme un métier nouveau qui s'inscrit dans la réduction des inégalités sociales de santé. Dans une vision holistique, la médiation en santé consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention du fait de diverses vulnérabilités. L'objectif est – dans une logique de « faire avec » – d'aider ces personnes à s'engager dans ces parcours et à les mener à bien, tout en tenant compte de leur environnement de vie.
- La haute autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique qui vise à développer la qualité dans le champs sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes, complète cette définition en identifiant quatre axes d'intervention :
 - (re)créer la rencontre avec les populations concernées (à savoir les populations vulnérables et les professionnels de santé / institutions),
 - faciliter la coordination du parcours de soins,
 - proposer des actions collectives de promotion de la santé,
 - participer aux actions structurantes au projet : assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements des « publics spécifiques » vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale et alerter les autorités compétentes sur les dysfonctionnements dans la prise en charge et les risques pour la santé.
- La promotion 2025 définit la médiation en santé tel qu'un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès au soin des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'informations. C'est un processus de tissage de liens, d'interface, entre les professionnels de santé et les patients qui permet de les maintenir dans le système de santé et de réduire les inégalités de santé. Le médiateur doit faire preuve d'écoute active, d'aller-vers, de suspension du jugement et d'une utilisation maîtrisée de son réseau pour orienter, accompagner, autonomiser et améliorer l'état de santé global des personnes. Il tient également un rôle de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernant les difficultés des patients à réaliser leur parcours de soins.

Méthodologie et problématique

Articulé autour des différents éléments des approches ci-dessus rappelées, ce mémoire vise à éclairer l'importance des échanges avec les pouvoirs publics qui sont les principaux financeurs, et les médiateurs en santé qui sont en contact direct avec les populations concernées.

Afin de conceptualiser les éléments tirés de la pratique qui seront évoqués, les enseignements suivis lors de cette formation appuieront les réflexions qui pourront être proposées.

Enfin, les expériences tirées des deux semaines de stage réalisées au sein du CMS de Saint-Denis du 14 au 25 avril seront l'occasion d'élargir la réflexion sur d'autres publics et d'autres contextes.

La problématique proposée est d'envisager comment intégrer, de manière effective et durable, l'approche holistique dans les actions des différentes administrations pour améliorer la santé de publics vulnérables dans un cadre budgétaire souvent contraint et politique pas toujours très favorable.

Ainsi, dans une première partie il s'agira de présenter l'association AViH (I), dans un second temps d'évoquer comment le métier de médiation en santé s'est imposé dans le cadre de l'accompagnement de familles Moldaves avec des préoccupations matérielles très contraintes dans le contexte de la pandémie de Covid 19 (II), pour terminer la réflexion en envisageant le souhait au national de résorber les bidonvilles (III). Enfin, sur la base de cette réflexion une conclusion permettra d'envisager des perspectives tant professionnelles que globales sur le métier de médiateur en santé.

I : Présentation de l'association AViH

1) Historique de l'AViH

L'AViH est une association loi 1901, à but non lucratif, créée en 1996 par des professionnels de santé, des travailleurs sociaux et d'autres associations afin d'accompagner des personnes touchées par le VIH et faire le lien entre le suivi hospitalier et libéral. Par la suite, la structure a élargi ses missions aux patients porteurs du virus de l'Hépatite B et aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Avec une forte augmentation du nombre de personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits et aux soins sur le territoire de Seine et Marne l'association a encore étendu ses missions afin d'améliorer le parcours de santé (médicale, sociale et psychologique) des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

2) Le financement de l'AViH

Les actions sont pour l'essentiel financées par des fonds publics (Région, Département, collectivités publiques), mais également par des fonds privés (Fondations, dons...) :

- L'Agence Régionale de Santé (ARS) finance les dispositifs Permanences d'accès aux soins de santé (PASS de ville renforcée) et Equipe Mobile Santé Précarité (EMSP) ;
- Les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) financent le dispositif Mineurs Non Accompagnés (MNA), les principales missions sont : évaluations psychologiques individuelles ou en groupe ;
- La Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et de la Solidarité (DDETS) finance le dispositif Résorption ;
- Le Fond Inter Régional (FIR) de l'ARS finance le dispositif d'actions de Promotions et de Prévention de la Santé a pour mission Promouvoir la santé des femmes en situation de précarité ;
- Création en 2025 d'une Equipe de Soins Spécialisés Infirmiers Précarité (ESSIP) financée par l'ARS.



3) L'équipe pluridisciplinaire

En début 2025 l'équipe pluridisciplinaire comprend 15 salariés : deux co-directrices, une assistante de direction, une assistante de coordination chargée d'accueil, trois assistantes sociales, deux médecins coordinateurs, deux infirmières, trois psychologues et une médiatrice en santé/interprète russophone. Courant 2025 l'équipe doit être renforcée par 2 aides-soignants et 2 infirmiers.

L'Equipe est complétée par des bénévoles issus du champ médical, paramédical, associatif et social qui peuvent intervenir dans les actions ou la direction.



II. D'interprète russophone à la médiation en santé

1) « L'aller-vers » pendant la pandémie de la Covid 19

Lors de la pandémie de la Covid 19 en 2020 l'AViH a été sollicitée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) et l'ARS afin d'évaluer la situation sanitaire d'une population Roms vivant dans un squat dans la ville de Noisiel dans le département 77 Seine-et-Marne. Les équipes médico-sociales, constituées de salariés et de bénévoles sont intervenues sous des barnums disposés devant le bâtiment squatté. Entre 300 et 400 Roms Moldaves, russophones, demandeurs d'asile ont bénéficiés d'entretiens sociaux, d'informations sur les gestes barrières contre le Covid 19, de tests PCR et de consultations médicales.



2) Les actions des équipes médico-sociales sous les barnums

Dans ce cadre j'ai été recrutée pour assurer la traduction avec ce public généralement russophone mais les missions ont très rapidement évolué vers un accompagnement plus soutenu : prise de contact, recherche de professionnel de santé spécialisés au regard des pathologies identifiées, accès aux droits...

Si l'action a eu quelques adhésions aux conseils et prescriptions des équipes médicales il n'en demeure pas moins que cette population souvent très méfiante concernant les informations publiques autour de la pandémie a été très impacté du fait d'une totale inapplication des gestes barrières considérés comme inutiles et de la forte promiscuité de leur cadre de vie.

Dans le même temps une opposition très forte des habitants du quartier soutenue par la Mairie et la Préfecture a abouti à la fermeture du squat avec très peu de proposition de relogement. Cela a bien évidemment mis fin au travail de médiation et d'orientation vers les médecins hospitaliers et libéraux qui a été mis en place avec l'adhésion des personnes et l'accord de l'ARS.

Entre 2020 et 2023 il y a eu plusieurs squats habités par les Roms Moldave au Nord de Seine-et-Marne. L'équipe de l'AViH mettait en place, à chaque fois, un travail de récréation de lien de confiance, la mise en place d'un parcours de soins, l'accompagnement des personnes vers l'accès au droit commun, la sensibilisation des professionnels de santé concernant les difficultés de cette population à réaliser leur parcours de soins avec un lieu de vie aussi instable.

Ici, la contradiction entre les objectifs de l'ARS et de la Préfecture est un exemple type de la difficulté de mettre en œuvre un travail de médiation en santé efficace avec les fermetures systématiques de squats sans prise en compte de l'état de santé de la population et du travail des équipes médico-sociales. Le même constat a pu être fait pour les équipes CMS de ST-Denis avec des médiateurs en santé tenus d'accompagner un public en situation de précarité tout en tenant compte de leur environnement de vie, de faciliter la coordination du parcours de soins, rendre les personnes acteurs de leur santé mais sans les moyens pour, par exemple, prendre en charge des frais de transport ou après 2 ans la mise à disposition d'un véhicule souvent indisponible du fait de sa trop grande vétusté.

3) La fin des barnums et le travail de médiateur en santé

L'action a été l'occasion pour les équipes médicales de repérer un nombre important de pathologies chroniques comme diabète, hypertension, maladies cardiaques, addictions... et les contacts initiés sous les barnums en 2020 ont permis aux personnes d'identifier l'AViH. Cependant, du fait de l'éloignement du lieu de vie de cette population notamment dans les départements 93, 91, 78 cela est devenu compliqué de leur proposer un accompagnement dans un parcours de soins dans lequel ils seraient autonomisés et proactifs. Par ailleurs, l'accompagnement dans ce cadre concernait d'autres publics que la population Rom Moldave mais toujours des personnes en situation de précarité administrative, médicale et économique importante.

Recevant du public orienté par divers partenaires le travail consistait à faire un premier entretien pour définir le plus clairement possible la situation et les besoins de chaque demandeur. Un échange hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire déterminait plus précisément les étapes à envisager dans l'accompagnement essentiellement articulé autour de l'ouverture de droit, l'orientation vers des médecins de ville ou hôpitaux partenaires, mobilisation de la PASS de ville intégrée à l'association. La situation très précaire du public imposait souvent de sortir du cadre purement médical avec des actions d'hébergement, de scolarisation... via les partenariats territoriaux.

L'une des difficultés de cet accompagnement était de faire comprendre la nécessité d'intégrer un parcours de soins rigoureusement suivi. En effet, très souvent dans les pays d'origine les soins médicaux sont souvent spécifiques et ponctuels : une gêne, une consultation, une prescription. Par ailleurs, leurs conditions de vie très précaires caractérisée par une forte mobilité rendent, très souvent, les questions de santé secondaires.

Là encore si l'accompagnement porte ses fruits avec des familles et des individus plus soucieux des questions de santé et inscrites de manière plus proactive dans un parcours de soins il n'en demeure pas moins que les contraintes administratives, les réticences politiques et des conditions de vie qui ne s'améliorent pas comme ci-dessus évoqué rendent l'atteinte des objectifs de la médiation en santé très difficiles. Ainsi, les centres communaux d'action sociale (CCAS) au Nord de Seine-et-Marne refusent souvent la domiciliation aux personnes pourtant indispensable pour l'ouverture des droits, alors que c'est l'un des rôles des CCAS. Le Secours Catholique, partenaire de longue date, dépasse depuis longtemps un nombre plafond de domiciliation. Même constat au niveau des équipes CMS ST-Denis qui rencontrent des difficultés similaires avec des ouvertures de domiciliation qui pouvaient prendre plusieurs semaines pour des situations souvent très urgentes.

Malgré l'alerte systématique des financeurs sur les dysfonctionnements repérés sur le territoire, la remonté d'information via des points de suivi réguliers ... l'accès aux droits communs est tellement difficile que le travail du médiateur de faciliter la coordination du parcours de soins devient presque impossible.

III : Dispositif Résorption

1) Présentation du dispositif Résorption

Signée en 2022 avec la direction départementale de l'emploi du travail et des solidarités (DDETS) du département 77 Seine-et-Marne, la convention de Résorption est portée en consortium avec Habitat-Cité, Equalis et AViH. Dispositif Résorption vise à :

- Promouvoir l'insertion professionnelle, le droit au logement et l'accès aux soins,
- Lutter contre les discriminations, les phénomènes de défiances et de traite,
- Repérer des problématiques faisant obstacles aux parcours d'insertion et élaborer un état des lieux,
- Orienter et accompagner vers les partenaires pouvant apporter une réponse adaptée aux projets de vie des personnes.

2) Rappel du contexte

Les années 2020 2021 et 2022 ont été marquées par un nombre important de résorptions et de réinstallations de squats et de campements dans le Nord du département. Plus de 800 personnes, adultes et enfants, ont ainsi erré sur le territoire Nord Seine-et-Marnais au cours des trois dernières années.

Afin de résorber les squats et les bidonvilles de manière plus durable et sur la base de l'instruction gouvernemental en date du 25 janvier 2018 visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles, les autorités du département ont souhaité mettre en place le programme « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables ».

C'est dans ce cadre que l'AViH a répondu à un appel à projet pour accompagner les habitants des bidonvilles et des squats et les familles hébergées à l'hôtel après une résorption de site, en se positionnant sur le volet santé comme déterminant primordial dans tout projet d'insertion par l'emploi et le logement.



3) Les ambitions de l'AViH

- Inscrire l'AViH comme acteur à part entière dans la politique de résorption des bidonvilles et squats à l'échelle du Nord de la Seine-et-Marne ;
- Formaliser et développer le travail partenarial basé sur la complémentarité des actions avec les associations Equalis et Habitat Cité ;
- Promouvoir l'accès aux soins, l'insertion professionnelle, l'accès au logement et à l'hébergement des habitants des bidonvilles et des squats ;
- Dresser un état des lieux de la situation des personnes vivant en squats et bidonville dans le Nord 77 opérer une veille et aller à la rencontre des habitants des nouveaux sites ;
- Repérer les problématiques faisant obstacle à l'accès aux soins, à l'insertion socio professionnelle et au logement ;
- Sensibiliser les acteurs médico-sociaux, les institutions, et les différents partenaires aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités de ces publics ;
- Lutter contre les discriminations et les phénomènes de défiances et de traite Repérer les situations de grande vulnérabilité ;
- Valoriser les ressources et les compétences individuelles et collectives, dispenser une information compréhensible pour permettre aux ménages de s'inscrire dans un parcours de soin ;
- Lutter contre l'habitat indigne.

Près de 300 personnes ont pu être accompagnés dans ce cadre avec des résultats très relatifs car très peu ont pu bénéficier d'une solution d'hébergement, les parcours de soins ouverts initiés ont été rapidement rompu faute de soutien adéquate dans la durée et les démarches vers l'insertion professionnelle ou la scolarisation n'ont que très rarement abouties.

Là encore les difficultés restent de même type, à savoir une population qui culturellement attaché à une structure familiale élargie voir clanique refuse systématiquement un hébergement qui l'isoleraient par rapport aux autres membres considérés comme assurant une certaine subsistance. Des solutions de scolarisation très difficile à maintenir notamment du fait de frais de cantine impossibles à prendre ou à faire prendre en charge financièrement. Enfin, malgré les réussites relatives évoquées l'évacuation des squats et du bidonville ont bien été effectives avec des populations de nouveaux éparpillées sur d'autres territoires ce qui a empêché de consolider les parcours de soins pourtant bien initiés.

Ici la démarche est intéressante dans la mesure où pour la première fois une approche holistique est intégrée dans une action qui comprend une dimension santé. Néanmoins, la logique n'est pas soutenue par toutes les institutions, les financements limités dans leur montant et dans le temps. Par ailleurs, la pratique et le travail avec la DDETS a rapidement montré que la dimension santé était secondaire au regard du principal et peut-être unique objectif à savoir faire disparaître les occupations « sauvages » de l'espace publique. A chaque fois, un travail de récréation de lien de confiance, la mise en place d'un parcours de soins, l'accompagnement des personnes vers l'accès au droit commun, la sensibilisation des professionnels de santé empêche d'agir de manière durable sur les difficultés de ces publics à construire un parcours de soins avec un lieu de vie aussi instable. Pourtant le renouvellement de la convention de résorption pour une période de 12 mois supplémentaires a été demandé par la DDETS 77.

Conclusion

Acquis et perspectives

Cette réflexion démontre le caractère essentiel de la médiation en santé dans son rôle de complément au travail des équipes médicales consacrées à l'acte de soins quand celui-ci n'est qu'un des aspects d'un parcours notamment conditionné à des règles administratives souvent très rigoureuses spécifiques à la France ou des pays culturellement proches. Aspect bien évidemment largement pris en charge par le médiateur en santé qui doit déployer des compétences techniques et humaines pour fluidifier les contacts avec les différentes administrations sollicitées.

L'autre acquis de cette réflexion est l'importance de la médiation en santé dans le processus d'insertion globale et sociale. Importance souvent négligée dans les actions publiques qui se concentrent sur un aspect précis d'un problème qui pourtant porte plusieurs dimensions : médicale, emploi durable, logement, insertion professionnelle... Aussi, les structures qui portent des actions de médiation sont dans la nécessité de promouvoir leur rôle auprès des autorités publiques locales comme nationale.

Enfin, en termes plus professionnel si les connaissances administratives sont un fondamental du travail du médiateur, qu'il doit entretenir et consolider, le champ d'action s'inscrit dans un cadre médical pour des personnes dont la problématique première est la maladie. Aussi, des connaissances de bases sont nécessaires pour assurer un premier accueil le plus rapidement utile.

