



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

REFERENTIEL DE COMPETENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES

La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins

Octobre 2017

Document n'ayant pas encore fait l'objet d'une relecture orthographique et typographique

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication – information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Avis du Collège de la HAS	5
2. Saisine, objectif et méthode	6
2.1 Saisine	6
2.2 Analyse de la saisine et objectif	6
2.3 Populations concernées	7
2.4 Méthodologie	7
2.5 Périmètre du référentiel	8
2.6 Cible du référentiel	8
2.7 Intitulé du document et choix terminologiques	8
3. Définition de la médiation en santé	9
4. Etat des lieux de la médiation en santé	11
4.1 Le développement historique de la médiation en santé	11
4.2 Multiplicités des missions existantes	12
4.3 Attentes des acteurs de la médiation en santé	14
4.4 Nécessité de la médiation en santé	14
5. Orientations pour un référentiel de la médiation en santé	16
5.1 Bonnes pratiques	17
5.1.1 Cadre déontologique de la médiation en santé	17
5.1.2 Le travail en équipe et en réseau	19
5.1.3 Diagnostic du nonaccès à la prévention et aux soins	21
5.1.4 Les axes d'intervention de la médiation en santé	23
5.1.5 Terminer une action de médiation en santé	34
5.2 Compétences	35
5.3 Formation	36
5.3.1 Formation initiale	36
5.3.2 Formation continue	38
5.3.3 Analyse des pratiques	38
Listes des tableaux et figures	39
Glossaire	40
Abréviations	41
Annexe 1. Article 90 de la LMSS du 26 janvier 2016	43
Annexe 2. Distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé	44
Annexe 3. Méthodologie	45
Annexe 4. Charte déontologique du médiateur en santé (ASV Marseille)	48
Annexe 5. Article L.1110-4 du code de la santé publique	52
Annexe 6. Professionnels susceptibles de partager ou d'échanger des informations relatives à une personne prise en charge	53
Annexe 7. Parties prenantes sollicitées	56
Annexe 8. Compte-rendu de la réunion de parties prenantes du 7 octobre 2016	59
Annexe 9. L'équipe	67
Bibliographie	68

1. Avis du Collège de la HAS

La complexité du système de santé, la méconnaissance par les usagers de leurs droits et des dispositifs de prise en charge disponibles, la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes constituent autant de barrières à l'accès à la prévention et aux soins.

La médiation en santé vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées. Reconnue par la loi de modernisation de notre système de santé, elle s'inscrit dans l'ambition de la Haute Autorité de santé de garantir à chacun des soins de qualité.

Ce référentiel, élaboré dans le cadre des articles L.1110-13 du Code de la santé publique et L.161-37 du Code de la sécurité sociale, précise les compétences requises et le socle minimal de formation pour l'exercice de la médiation en santé, ainsi que les bonnes pratiques à respecter.

A l'occasion de l'élaboration de ce référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, le Collège souhaite souligner l'importance d'un ancrage de la médiation en santé dans les territoires au sein desquels des inégalités de santé sont observées. Les volets précarité de chaque Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) incluent des objectifs de réduction des inégalités pouvant impliquer le recours à des médiateurs en santé.

Par ailleurs le Collège insiste sur la perspective de décroisement qui est au cœur de la médiation en santé et la nécessité pour les étudiants des filières de santé d'être sensibilisés à « l'aller vers », aux spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité des publics auxquels ils seront confrontés dans leur exercice professionnel.

Enfin, le Collège considère que le respect des bonnes pratiques énoncées dans ce référentiel nécessitera une reconnaissance et un financement adapté des dispositifs de médiation en santé.

2. Saisine, objectif et méthode

2.1 Saisine

L'article 90 de [la Loi de Modernisation de notre Système de Santé](#) (LMSS) du 26 janvier 2016, a introduit dans le code de la santé publique (CSP) un nouvel article ([art. L. 1110-13](#) disponible en Annexe 1) prévoyant l'élaboration de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat linguistique. Il est précisé que cette mission est confiée à la Haute Autorité de Santé (art. 90 LMSS). L'article 90 a également modifié l'[article L. 161-37](#) du code de la sécurité sociale (CSS) qui présente les missions de la Haute Autorité de Santé.

L'article D. 1110-5 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017, donne une définition réglementaire de la médiation en santé. Aux termes de cet article : « *La médiation sanitaire, ou médiation en santé, 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 prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités.* »

La Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ont saisi la HAS pour inscrire ce thème à son programme de travail.

Dans l'intitulé de la demande, des éléments de précisions sont apportés. Ces dispositifs sont tournés vers les personnes qui sont éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils concernent notamment « *les migrants, les demandeurs d'asile, les personnes en situation de précarité, d'isolement, les mineurs isolés, les situations de crainte ou de méconnaissance du système de soins, l'illettrisme, le handicap sensoriel (les sourds et malentendants)* ».

Par ailleurs, il est mentionné dans la saisine de la DGS que « *l'élaboration de ces référentiels s'appuiera sur les pratiques existantes et évaluées en ce domaine qu'il s'agira d'encadrer et de stabiliser à travers ces référentiels communs, sans générer de financements supplémentaires* ».

Les travaux parlementaires relatifs à la loi de modernisation de notre système de santé précisaient que « *ce travail, qui sera limité au seul travail d'élaboration, et non plus de validation, de référentiels et de règles de bonnes pratiques par la HAS, permettra de lui faciliter le travail d'homogénéisation de pratiques a priori disparates, sans avoir à les valider en amont, ce qui risquerait en effet de les « fixer », sans possibilités d'évolution ou d'harmonisation avec les autres pratiques.* »

Les principaux enjeux associés à l'élaboration du référentiel sur la médiation en santé, identifiés par la DGS, sont :

- **pour les patients ou les usagers du système de santé** : ce sont les avantages des actions d'« aller-vers » des populations éloignées du soin (information, réassurance, accès aux droits).
- **de santé publique** : favoriser une prise en charge dans les meilleurs délais, accélérer l'accès à la prévention et aux dépistages afin de contribuer à limiter la gravité des pathologies, la diffusion d'épidémies et de maladies transmissibles, favoriser la santé et le bien-être individuels.

2.2 Analyse de la saisine et objectif

La saisine a fait l'objet d'une analyse formulée dans une feuille de route validée par la Commission d'évaluation économique et santé publique (CEESP) le 12 juillet 2016 et par le Collège de la HAS le 21 juillet 2016.

L'objectif de ce référentiel est de préciser le cadre d'intervention de la médiation en santé afin d'en permettre une meilleure appropriation par les publics et les partenaires, et de faciliter l'ancrage de la médiation en santé dans les territoires et dans les systèmes de soins.

Il s'agit de déterminer les bonnes pratiques de la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins et de mieux définir les champs qu'elles recouvrent. Ce référentiel s'appuie sur l'analyse des nombreux dispositifs hétérogènes, actions et outils qui font appel à la médiation en santé pour accompagner les publics vulnérables vers la prévention et le soin.

Les dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat sont introduits dans un même article du CSP. Pour autant, ce sont deux dispositifs bien distincts faisant l'objet de référentiels spécifiques (Annexe 2). Le médiateur en santé n'a pas vocation à se substituer à un interprète professionnel, et inversement.

Le présent référentiel porte sur la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

2.3 Populations concernées

La médiation en santé s'adresse :

- **aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité.** Ces facteurs de vulnérabilité peuvent être multiples : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé en France, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique.

A titre d'information et de manière non exhaustive, lors de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le groupe de travail « Santé et accès aux soins » a identifié différentes populations pour lesquelles le renoncement aux soins et l'exclusion du système de santé sont grandissants (1) : habitants des zones urbaines sensibles et départements d'outre-mer, populations immigrées ou descendants d'immigrés, les « travailleuses pauvres » en situation de vulnérabilité sociale, les enfants et des jeunes, les personnes âgées de 55 – 85 ans en situation de difficulté financière, les populations sans logement personnel, le milieu carcéral.

- **aux institutions/professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations.**

Les deux parties (les populations vulnérables pour lesquelles les institutions rencontrent des difficultés d'accès et/ou de prise en charge, ainsi que les institutions/professionnels de santé) sont confrontées à des difficultés de mise en relation.

2.4 Méthodologie

Pour réaliser ce référentiel, la HAS s'est appuyée sur une revue de la littérature, une réunion de parties prenantes et des entretiens individuels pour approfondir certaines questions (Annexe 3) Une mise en consultation publique du référentiel a été organisée pendant 3 semaines (20 février 2017 au 13 mars 2017) recueillant les retours de 27 acteurs.

La revue de la littérature a eu pour objectif d'identifier les programmes mis en place, les référentiels et les données de coûts, publiés en France et à l'étranger.

La HAS a rappelé son souhait :

- de s'appuyer sur les documents existants publiés ;
- de produire un référentiel utile et lisible par les professionnels de santé, les institutions, les médiateurs.

En préambule, des documents clefs, sur lesquels reposent ce référentiel, méritent d'être mentionnés : le rapport FRAES 2010 (2), le référentiel du Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS) 2014 (3), le rapport Incitta 2016 (4) ; ainsi que des documents de l'ASV Marseille rédigé par le cabinet d'audit CapMed.¹

2.5 Périmètre du référentiel

Ce référentiel se concentre sur la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins telle que reconnue à l'article L. 1110-13 du code de la santé publique. En d'autres termes, ce référentiel se concentre sur les outils de l'« aller vers » les publics vulnérables et les structures de santé, pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de ces publics. La médiation sanitaire ou médiation en santé se distingue de la médiation au sens de mode alternatif de règlement des conflits.

Ce référentiel exclut donc de son champ la médiation institutionnelle visant à assurer le règlement de conflits avec les usagers du système de soins. Cette mission est gérée par les commissions des usagers (CDU). Il existe également les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) qui sont des commissions administratives extérieures aux établissements de santé. Ce référentiel ne vise pas non plus l'expérimentation d'une médiation sanitaire au niveau territorial, concernant les réclamations / plaintes en santé, encadrée par le décret du 2 février 2017.

2.6 Cible du référentiel

Ce référentiel s'adresse aux personnes qui interviennent dans le parcours de santé des personnes les plus vulnérables, c'est-à-dire les médiateurs en santé, les structures porteuses des projets de médiation en santé et en charge de la formation, les décideurs publics (Ministère en charge de la santé, ARS, etc.), les professionnels de santé et du social (médecins, infirmiers, assistantes sociales, etc.), et les usagers.

2.7 Intitulé du document et choix terminologiques

Plusieurs participants du groupe de parties prenantes ont remis en question l'utilisation de la terminologie « médiation sanitaire » et recommandent d'employer celle de « médiation en santé », plus utilisée dans la littérature et reprise par les différents acteurs institutionnels dont les Agences Régionales de Santé (ARS). Ce point a fait débat au sein du groupe puisque d'autres intervenants préfèrent la terminologie de « médiateurs en santé publique ».

Ces différentes terminologies sont considérées comme équivalentes et le document utilisera la terminologie « **médiation en santé** » au sens de « médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ». Cette médiation en santé fait le lien entre les personnes éloignées de la prévention et des soins d'une part, et les acteurs du système de santé d'autre part. Elle se situe bien dans le champ de la santé publique et des démarches de promotion de la santé.

¹ Rapport non publié. Cap Med (Conseil Audit Prospective Méditerranée), Action visant l'échange et la capitalisation des pratiques de médiation de santé publique à Marseille : Rapport d'étude exploratoire, Atelier Santé Ville Marseille Centre-ville et Marseille Nord, mars 2011.

3. Définition de la médiation en santé

La médiation est un processus temporaire de « **l'aller vers** »² et du « **faire avec** »³ dont les objectifs sont de renforcer :

- **l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun** ;
- le recours à la prévention et aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

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. Il est compétent et formé à la fonction de 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.

Témoignage d'une médiatrice en santé

« La médiation en santé est la co-construction d'une relation entre un public et des acteurs en santé pour favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. C'est un rôle de passeur, de faiseur de liens. Le médiateur travaille dans une relation de grande proximité avec les personnes pour les mettre en confiance, les orienter et les accompagner ; dans un souci de confidentialité, de neutralité et en visant l'autonomie des personnes et des structures de santé. Son rôle est de mieux comprendre les freins et de trouver des leviers pour l'accès aux soins et aux droits. »

Témoignage d'un médiateur en santé

« Je travaille comme médiateur en santé. J'essaye d'aider les personnes les plus fragiles et exclues à prendre soin de leur santé, et d'apprendre à le faire par eux-mêmes. En fait, c'est un peu, apprendre à apprendre. Je fais le lien entre eux et les professionnels de santé. Ils ne se connaissent pas toujours, ou ne se comprennent pas forcément. »

² La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.

³ « Faire avec » sous-entend faire avec les personnes et non à leur place car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes

Témoignage d'une médiatrice en santé

« La médiation en santé est un formidable outil de lutte contre les inégalités de santé et les difficultés d'accès aux soins. Le médiateur est avant tout un tiers, un relais, un tisseur de liens. Il se trouve à l'interface entre les différents acteurs de notre système de santé et les personnes qui en sont les plus éloignées. Nous favorisons la rencontre, la connaissance et la reconnaissance mutuelle, le dialogue entre les institutions et les personnes en situation de vulnérabilité ».

4. Etat des lieux de la médiation en santé

4.1 Le développement historique de la médiation en santé

Alors que les conditions de l'égalité d'accès à la santé sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique en France *via* une série de dispositifs (par exemple : assurance maladie universelle, CMU-C, AME, PRAPS, PASS, ASV, etc.), l'égalité et l'accès aux droits ne sont pas pleinement effectifs. Dans ce contexte, la médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins.

La médiation en santé apparaît en partie comme une professionnalisation des « adultes-relais », dispositif apparu dans les années 1970-1980 avec la médiation sociale et qui consistait en un travail d'orientation des publics issus de l'immigration vers les dispositifs d'accès aux droits, de prévention et de soins, de (re)création de la relation et de levée des incompréhensions entre les publics et les professionnels de santé.

La médiation en santé a d'abord été portée par des partenariats expérimentaux entre des associations et la DGS pour gérer des problèmes de santé publique spécifiques à certaines populations :

- le dépistage et la prévention de l'infection à VIH chez les populations migrantes (COREVIH) (5) ;
- le programme de médiation sanitaire visant la santé materno-infantile en direction des populations roms vivant en bidonvilles. Ce programme a été étendu par la suite pour un accès plus global à la santé et à un public « Gens du voyage en situation de précarité » (Programme National de Médiation Sanitaire – AREA, Aréas dispositif de La Sauvegarde du Nord, Association pour l'Accueil des Voyageurs, Les Forges, Médecins du Monde, Première Urgence Internationale, Relais Accueil Gens du Voyage, Roms Action et SOLiHA) (6-9).

En 1994, l'association PoPS a expérimenté sur Grenoble la médiation en santé avec des personnes en situation de précarité. En 2002, une charte est élaborée à la demande de la DDASS de l'Isère, puis un guide est rédigé en 2015 afin de partager 20 ans d'expérience de médiation en santé (10).

Le Ministère de la Santé a également financé et piloté un programme expérimental de 5 ans avec l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA) pour former, entre 2000 à 2005, 150 médiateurs en santé⁴ (11).

Les résultats satisfaisants des phases expérimentales ont encouragé un certain nombre d'hôpitaux, de centres de santé communautaires, d'Agences Régionales de Santé à financer des postes de médiateurs en santé afin de lutter contre les inégalités en santé et le non-recours aux soins. A titre d'exemple, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes a lancé des appels à projets sur sa région afin d'améliorer la santé des habitants sur certains territoires (quartiers prioritaires de la politique de la ville). Les structures porteuses de ces actions de médiation de santé sont des organismes publics ou privés à but non lucratif œuvrant dans les domaines de la santé y compris les maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, pôles de santé, collectivités territoriales (12).

L'objectif de la médiation en santé s'inscrit dès ses débuts dans l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention et vise à faciliter les relations entre professionnels de santé et usagers.

⁴ Rapport non publié. Réseau PLURALIS, Bilan descriptif de la mise en œuvre d'un programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique, Octobre 2003

4.2 Multiplicités des missions existantes

Le sociologue Julien Perrin et la consultante en Santé Publique Célia Chischportich ont réalisé en 2017 un état des lieux des missions existantes sur Marseille (caractéristiques communes et éléments de diversité) (4). Leurs éléments d'analyse des caractéristiques communes des projets sont synthétisés dans le Tableau 1.

Les éléments communs des différents projets de médiation en santé auquel la HAS a eu accès à travers l'analyse de la littérature et les entretiens avec des parties prenantes concernent le public cible, l'objectif du processus, les moyens mis en œuvre pour l'atteindre et une partie des activités communes aux différents porteurs de projet. Ces activités communes sont reprises et détaillées dans le chapitre sur les bonnes pratiques de ce référentiel (Section 5.1.4).

Tableau 1. Caractéristiques communes des projets de médiation en santé

Public-cible	Publics vulnérables, éloignés des dispositifs socio-sanitaires de droit commun et qui échappent aux professionnels de la santé et du social.
Objectif général	Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en favorisant le retour vers le droit commun : accompagner les populations vulnérables vers le système de prévention et de soins et faciliter leur intégration dans le parcours de santé.
Moyen	Développer des actions s'inscrivant dans l' « aller-vers » et le « faire avec » : tous les projets de médiation en santé proposent des solutions sur mesure, certains professionnels se déplacent au domicile, réalisent des accompagnements physiques vers les acteurs du parcours pour faciliter la relation de confiance et pour permettre à terme, une autonomisation de chacun dans son parcours de soins.
Activités communes aux projets de médiation	<ul style="list-style-type: none">• (Re)Créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels de santé / institutions), et instaurer une relation de confiance,• Faciliter la coordination du parcours de santé,• Favoriser des actions collectives de promotion de la santé en partenariat avec les professionnels de santé compétents et éventuellement des associations,• Participer aux actions structurantes au projet (veille, partenariat, travail d'équipe, remontée des dysfonctionnements du système, etc.).

Les éléments de diversité des projets portent sur les contextes dans lesquels ils ont émergé, le profil des médiateurs, les structures porteuses, les financements mobilisés, la logique de rencontre avec les publics, l'ancrage de la structure dans le système de santé, le nombre de professionnels impliqués dans le projet de médiation, le recours ou non à des outils.

Tableau 2. Eléments de diversité des projets

Contextes d'émergence	Certains dispositifs sont nés d'une mobilisation des habitants et associations de quartier, d'autres ont été favorisés par une impulsion politique, une dynamique nationale.
Profil des médiateurs	Les médiateurs peuvent être issus de professions médicales ou paramédicales (ex : infirmier, sage-femme, aide-soignante) ou dans le champ social, ou bien d'un parcours militant et engagé au sein d'un quartier, sans qualification initiale dans le domaine médico-social et recrutés parce qu'ils partagent des caractéristiques avec une partie des publics qu'ils accompagnent, les médiateurs "pairs" (ex : maladie, prostitution, consommation de drogues, habitant de quartier).
Structures porteuses	Associations, collectivités territoriales, ARS, hôpitaux.
Financements mobilisés	Ces financements sont multiples et peuvent provenir de l'Union européenne, de l'Etat / de la Politique de la Ville, de fondations, de l'Assurance-Maladie, des collectivités territoriales, de la Mutualité Française ou d'entreprises privées. Les ARS apparaissent comme les principaux bailleurs concernés par le financement des projets locaux de médiation en santé.
Logique de rencontre avec les publics	<ul style="list-style-type: none"> • Les médiateurs créent des rencontres sur les lieux de vie et d'activité avec des publics non connus des structures. • Les médiateurs ont pour mission de créer une relation de proximité avec un public déjà connu des structures de santé.
Ancrage de la structure dans la santé	Certaines des structures porteuses de projets de médiation ont en raison de leur objet initial un lien fort avec la santé (hôpitaux, Médecins du Monde, etc.) : le médiateur va pouvoir s'appuyer sur les partenariats préexistants avec les acteurs des parcours de santé. D'autres structures ont un ancrage plus social ou communautaire.
Nombre de professionnels impliqués dans le projet de médiation	Certains projets reposent principalement, voire uniquement sur le médiateur en santé. D'autres favorisent l'implication du médiateur au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
Recours à des outils / fiches	Des outils co-construits avec des partenaires de santé (ex : CHU, conseil régional, Santé Publique France) sont utilisés par certains acteurs comme AŠAV ou Médecins du Monde (ex : carnet de grossesse français/roumain, film de prévention sur l'hépatite B, la tuberculose, etc.).(13) Autre exemple cité par les partenaires : les fiches actions du guide « accompagnement santé » rédigé par la Fédération des acteurs de la solidarité (FNARS) (14).

4.3 Attentes des acteurs de la médiation en santé

Les parties prenantes sollicitées s'accordent à dire que le référentiel publié par la HAS devrait permettre une meilleure valorisation de la médiation en santé, en reconnaissant et encadrant ses missions. Les actes du colloque organisé par PNMS en 2016 font aussi les mêmes constats.

Néanmoins, pour ces acteurs, le recours à la médiation en santé impliquera également de lever d'autres freins :

- **Statutaires** : absence de statut de médiateur dans le secteur public et dans le secteur privé. Un statut professionnel propre aux médiateurs en santé permettrait de fixer, dans un cadre légal et réglementaire, les droits et obligations des médiateurs en santé notamment en matière de formation et de conditions d'exercice.
- **Financiers** : les financements actuels sont liés à des appels à projets, donc non pérennes. Or la stabilité professionnelle du médiateur est essentielle pour faciliter la construction d'une relation de confiance avec le public et les professionnels de santé. Les acteurs souhaitent des financements fléchés pour la médiation en santé.
- **Institutionnels** : les médiateurs ne peuvent intervenir de façon isolée. Ils ont besoin de soutien institutionnel, de l'accueil dans les structures de soins, de la reconnaissance de leur position sans exigence au-delà de leurs missions. A ce titre la médiation en santé a été consacrée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et inscrite au code de la santé publique à l'article L. 1110-13) aux termes duquel, « *La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.* »
- **Organisationnelle** : Certains acteurs souhaiteraient que soient :
 - créées des plateformes locales, qui seraient des lieux d'échanges, d'information, de ressources et de plaidoyer autour des freins ou des obstacles rencontrés en matière d'accès aux soins ;
 - mis à disposition des documents nationaux pour établir de manière efficiente des partenariats entre les acteurs de la santé et du social.

Par ailleurs, les acteurs soulignent l'importance pour les professionnels de santé d'être sensibilisés durant leur formation initiale aux spécificités des populations les plus vulnérables.

4.4 Nécessité de la médiation en santé

La médiation en santé est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions aux inégalités de santé dans notre société. Visant la promotion de la santé et son accès pour tous, elle est fondée sur les principes d'action et les valeurs éthiques et sociales défendues par la Charte internationale d'Ottawa⁵ (15). La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

Depuis quelques années, le nonaccès à la prévention et aux soins, c'est-à-dire le fait que des personnes ne bénéficient pas des droits ou des offres publiques auxquels elles peuvent prétendre, fait l'objet d'une attention croissante en France. La lutte contre le non-recours est notamment inscrite parmi les objectifs stratégiques de l'Assurance-maladie. Les CPAM se sont dotées d'un plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR), permettant de rechercher des bénéficiaires potentiels. Les volets précarité de chaque Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) incluent des objectifs de réduction des inégalités pouvant impliquer le recours à des médiateurs en santé.

La médiation en santé est une action fortement soutenue par les partenaires institutionnels du champ de la santé. A titre d'exemple, certains programmes et textes mentionnent le recours pos-

⁵ Charte adoptée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunion à Ottawa le 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

sible à la médiation en santé, tels que le décret n°2017-281 du 2 mars 2017 (16) approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution / travailleurs du sexe et complétant le code de la santé publique (article L.1181-1)⁶ ; ou encore le plan d'action de l'Institut national du Cancer pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein (17)

La médiation en santé, en facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions (18) :

- à la complexité du système de santé (dispositifs et des conditions d'accès) pour leurs bénéficiaires potentiels ;
- à la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes ;
- à la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits qui provoquent non-recours et retards des soins ;
- à la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiels.

6

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=33E2FEA8909D4D7AAF4747BD3AB47122.tpdila17v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032398361&dateTexte=20160426&categorieLien=id

5. Orientations pour un référentiel de la médiation en santé

La médiation en santé s'inscrit d'une part auprès des personnes éloignées du système de santé et d'autre part auprès des professionnels et des institutions intervenant dans le parcours de santé de ces personnes. Elle nécessite un cadre déontologique, un travail en équipe et en réseau, un diagnostic du nonaccès à la prévention et aux soins, des axes d'intervention définis. La médiation en santé fait appel à des compétences spécifiques, acquises en partie par des formations, présentées dans ce référentiel.

La médiation en santé est un dispositif pour favoriser l'équité en santé. Elle contribue à la promotion de la santé. La promotion de la santé, telle que définie dans la charte d'Ottawa (15), a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

La médiation en santé vise à faciliter le retour vers le droit commun, en visant l'autonomie des personnes et en participant à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Elle tente d'agir sur les dysfonctionnements du système de santé, ne suffit donc pas à elle seule, nécessite le soutien des institutions.

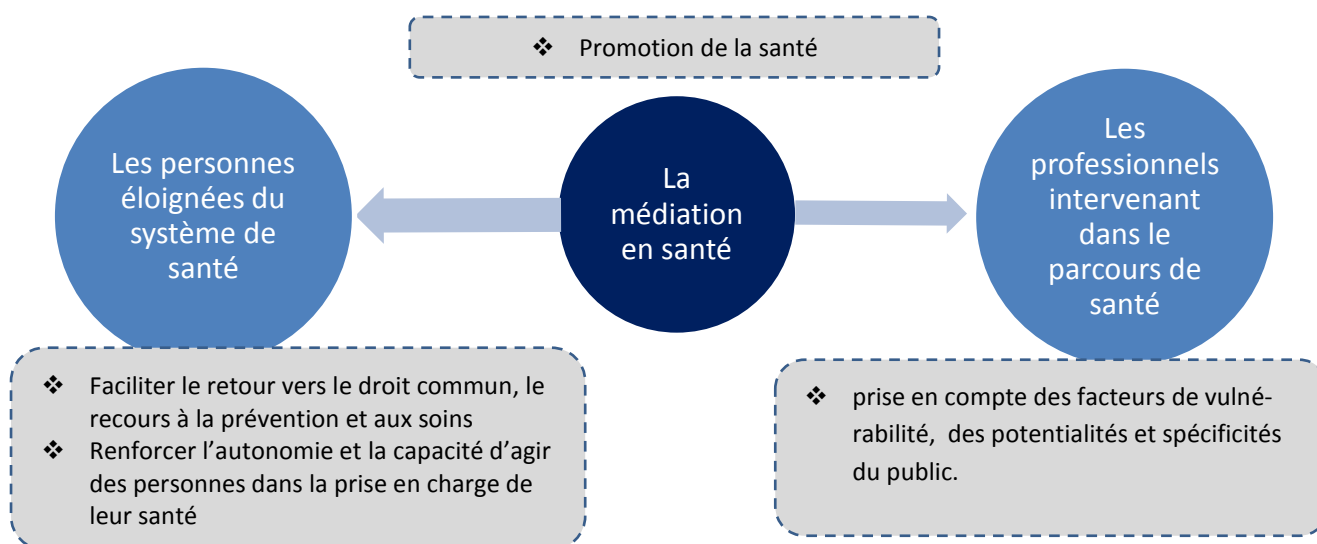


Figure 1. Objectifs de la médiation en santé

Témoignage d'une médiatrice en santé

« La médiation en santé, c'est faire le lien entre les personnes en difficultés et les institutions, les associations, les professionnels de santé. »

Témoignage d'une coordinatrice territoriale

« Les objectifs de la médiation en santé sont à la fois de promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité en facilitant leur accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé, de favoriser le développement des connaissances et des capacités des personnes qu'elle accompagne pour un accès et un recours autonome dans les services de santé de droit commun, tout en cherchant à mobiliser les acteurs de santé en leur permettant d'avoir une meilleure connaissance des difficultés que rencontrent ces personnes »

5.1 Bonnes pratiques

5.1.1 Cadre déontologique de la médiation en santé

Dans l'attente d'une charte spécifique de la médiation en santé élaborée de façon consensuelle par les acteurs de ce champ, la HAS retient trois grands principes déontologiques devant s'appliquer à la médiation en santé, à savoir :

- **la confidentialité et le secret professionnel**
- **le non-jugement**
- **le respect de la volonté des personnes.**

Ces trois grands principes déontologiques n'exonèrent pas les professionnels de santé travaillant également comme médiateurs en santé du respect des exigences propres du code déontologique auquel ils sont soumis le cas échéant.

Il n'existe pas, au jour de la rédaction de ce référentiel, de cadre déontologique spécifique à la médiation en santé, établi dans une charte et adopté par les acteurs de la médiation en santé. Pour autant, différents textes méritent d'être cités dont la charte de référence de la médiation sociale (19)⁷ et la charte de la médiation en santé élaborée par l'Atelier Santé Ville de Marseille⁸ (présentée en Annexe 4).

► **La confidentialité et le secret professionnel**

Le médiateur en santé a un devoir de confidentialité concernant toute information recueillie, venue à sa connaissance ou comprise relative à une personne prise en charge. Conformément à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (disponible en Annexe 5), il est soumis au secret professionnel de la même manière que les professionnels de santé auprès desquels il est amené à intervenir.

Néanmoins, un médiateur en santé peut dans la mesure où il est professionnel de santé au sens du code de la santé publique ou un professionnel mentionné au 2° de l'article R.1110-2 du code de la santé publique (voir Annexe 6 et 6bis) échanger ou partager avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, aux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils participent tous à sa prise en charge ;
- qu'ils agissent dans le périmètre de leurs missions ;
- que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable.

Dans tous les cas, le médiateur doit informer la personne prise en charge de son droit de s'opposer à tout moment à l'échange ou au partage d'informations la concernant.

⁷ Comité interministériel des villes le 1er octobre 2001. Cette charte renvoie aux principes généraux suivants : la neutralité et l'impartialité, la négociation et le dialogue, le libre consentement et la participation des habitants, la mobilisation des institutions, la protection des droits des personnes, le respect des droits fondamentaux.

⁸ Rapport non publié. Cap Med (Conseil Audit Prospective Méditerranée), Action visant l'échange et la capitalisation des pratiques de médiation de santé publique à Marseille : Rapport d'étude exploratoire, Atelier Santé Ville Marseille Centre-ville et Marseille Nord, mars 2011. Cette charte s'inscrit dans les valeurs citées précédemment, tout en s'articulant autour de problématiques propres au champ de la santé.

Témoignage

« Une attention particulière doit être portée à cette exigence. Le médiateur en santé, du fait de sa présence régulière sur les lieux de vie et du suivi du parcours de santé de la personne acquiert une connaissance approfondie de la vie privée des personnes et de leur famille. S'il peut être questionné par les membres de la famille ou du groupe il a l'obligation de respecter la confidentialité des informations qu'il détient. »

► Le non-jugement

Le médiateur en santé exerce ses fonctions sans jugement dans une posture de retrait. Le médiateur en santé n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes.

Le médiateur peut utilement s'appuyer sur les travaux de Carl Rogers (20-22) qui établissent le « non jugement » parmi l'un des critères fondamentaux de la relation d'aide.

► Le respect de la volonté des personnes

La médiation en santé s'inscrit dans le respect absolu de la volonté de la personne et de sa liberté de choix.

Témoignage d'un médiateur en santé

« L'objectif de la médiation est de renforcer l'autonomie des personnes. La médiation ne doit jamais « faire à la place de » mais « faire avec » ceux qui sont éloignés du système santé. »

Le consentement aux soins est formulé à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique en ces termes :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

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. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

5.1.2 Le travail en équipe et en réseau

L'action de médiation en santé ne se réduit pas au médiateur.

La médiation en santé nécessite une équipe pluridisciplinaire, des espaces d'échanges, que l'activité du médiateur soit pensée avec celle de sa structure et avec celle des professionnels autour.

Le partenariat constitue le mode d'intervention privilégié du médiateur, transversal à toutes ses actions. Le médiateur en santé se doit d'avoir une connaissance fine des acteurs de son territoire d'intervention.

► Travail en équipe pluridisciplinaire et coordination

Les activités de médiation en santé doivent être coordonnées par un responsable qui assure l'organisation de l'activité, les relations institutionnelles et le respect des règles de confidentialité et déontologiques, le suivi des compétences individuelles et des formations continues nécessaires.

L'intégration du travail de médiation en santé dans une équipe pluridisciplinaire (interne à la structure porteuse du projet ou externe en partenariat) semble importante pour permettre une mutualisation des compétences, une approche multidimensionnelle des problématiques rencontrées et une objectivation des situations.

L'intervention en binôme (médiateur et autre professionnel) semble également un élément favorable pour renforcer l'efficacité des projets de médiation en santé.

► Développer des partenariats, participer à des réseaux

La médiation en santé ne doit ni se substituer aux professionnels de santé et de l'action sociale en place, ni compenser l'absence de ceux-ci sur le territoire. Le médiateur doit tenir sa position de personne-ressource, qui prend le temps d'écouter, de guider et orienter. Il met en lien en fonction des besoins qui sont exprimés par la population et les professionnels en s'appuyant sur l'existant. Le lien de proximité et de confiance avec un public en situation de vulnérabilité conduit à ce que des questions hors des champs de la santé – logement, emploi, école, questions administratives en général – puissent se présenter. Le médiateur en santé oriente alors les personnes concernées vers les acteurs adaptés aux différentes problématiques (travailleurs sociaux, organismes de protection sociale, associations).

Les acteurs de la médiation en santé informent les différents acteurs du territoire de leur présence et missions en début de projet, et orientent le public-cible vers les interlocuteurs adéquats. Une liste de partenaires possibles (liste non-exhaustive) est proposée dans le Tableau 3 (23).

L'implication des acteurs de santé dans le projet de médiation en santé peut être formalisée dans le cadre d'un comité de suivi impliquant les représentants des collectivités territoriales, des services départementaux de prévention, des structures de santé locales et de l'ARS, les acteurs de la politique de la ville ou de la commune.

Le médiateur doit mobiliser son réseau local et pluridisciplinaire compétent pour les demandes qui dépassent son champ d'action.

Tableau 3. Partenariats possibles décrits dans les projets de médiation (non-exhaustifs)

Les professionnels de santé	Etablissements de santé MCO, SSR, HAD, Secteur psychiatrique, CMP, SSIAD, infirmiers, médecins, laboratoires d'analyses médicales, pharmacies, transports sanitaires, CMP, points écoute, PMI, CeGIDD, PASS, centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles.
Promotion santé	Professionnels de santé, associations spécialisées (CSAPA, AIDES), CPEF, associations de promotion de la santé, centres ressources, services départementaux de prévention (protection maternelle et infantile, CLAT), Ateliers santé ville
Accompagnement vie quotidienne	SAMSAH, SAVS, aides à domicile, associations/bénévoles, famille/entourage
Accompagnement social	MDPH, associations, AS, CAF, MDS, CCAS, justice, police
Réseau accès aux droits	CPAM, MSA, RSI, CARSAT, Mutualité Française
Hébergement et logement	Tuteurs, bailleurs, appartements thérapeutiques, pension de famille, acteurs du logement social, CADA, associations hébergements migrants
Education / insertion	Education nationale, formation / insertion professionnelle, missions locales
Accompagnement vie quotidienne	SAMSAH, SAVS, aides à domicile, associations/bénévoles, famille/entourage

5.1.3 Diagnostic du nonaccès à la prévention et aux soins

L'action de médiation en santé démarre avec un diagnostic initial territorial robuste et de qualité permettant d'identifier les obstacles au recours à la prévention et aux soins, les besoins latents et les attentes du public-cible sur un territoire donné. Ce diagnostic sert de point de départ au suivi et à l'évaluation du programme. Le médiateur en santé peut participer à des enquêtes et diagnostics locaux en lien avec les collectivités locales.

Les principaux obstacles (liste non-exhaustive) à l'accès à la santé des populations en situation de vulnérabilité, confrontées à un usage inexistant ou limité des services de santé de droit commun en France observés par le Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS) (6, 8), Médecins du Monde (MdM) (24), le COMEDE (25) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) (26, 27) sont de deux ordres :

- Obstacles liés au système :
 - Difficultés d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie (ex : complexité des démarches administratives);
 - Difficultés d'accès à l'offre de soins (ex : refus de prise en charge des bénéficiaires de l'AME ou CMU-C, disparités territoriales) ;
 - Difficultés d'accès liées à la barrière numérique (ex : dématérialisation de l'accueil et des démarches, plateformes téléphoniques, etc.) ;
 - Manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes.
 - Manque de recours à l'interprétariat professionnel ;
 - Difficultés à prendre en charge les personnes en situation de précarité ;
 - Discrimination rencontrée à l'encontre du public-cible (racisme, vision culturaliste).

- Obstacles liés au public-cible :
 - Manque d'information ou méconnaissance sur l'existence des dispositifs de droit commun, des offres de soins et de prévention présentes sur le territoire mais aussi des ressources disponibles pour les aider à y accéder ;
 - Difficultés de communication (langue étrangère, illettrisme) ;
 - Méfiance dans les rapports avec les professionnels de santé et le système de soins ;
 - Manque de priorisation de la part du public cible en défaveur de leur santé.

Les typologies explicatives du non-recours élaborées par l'Observatoire des non-recours aux droits et services peuvent en partie être utilisées comme outil d'aide au diagnostic de l'éloignement du système de prévention et de soins (25, 27).

Tableau 4. Typologies explicatives du nonaccès à la prévention et aux soins

Catégorie	Items
Non connaissance	<p>Une personne éligible est en non-recours, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information sur son existence ou son mode d'accès • Maîtrise insuffisante de l'information
Non proposition	<p>Un usager peut ne pas avoir accès aux soins à cause de</p> <ul style="list-style-type: none"> • De discrimination, de refus de soins • De dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités • De l'absence de professionnels de santé sur le territoire
Non demande	<p>Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé par choix, à cause de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non adhésion aux principes de l'offre • intérêts divers • manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage) • estime de soi • alternatives <p>ou par contrainte, à cause de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • découragement devant la complexité de l'accès (ex : démarches, système, langue...) • difficultés d'accessibilité (distance, mobilité) • raisons financières • difficulté à communiquer, exprimer des besoins (incompréhension d'ordre linguistique ou culturel) • crainte d'effets induits • crainte de stigmatisation • sentiment de discrimination • dénigrement de ses capacités • perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits
Non réception	<p>Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou seulement une partie, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oubli de la part du demandeur • Négligence de la part du demandeur • Lenteur administrative • Erreur administrative

Le diagnostic doit orienter les axes d'intervention de la médiation en santé (voir section 5.1.4).

5.1.4 Les axes d'intervention de la médiation en santé

Lucie Pelosse pour la FRAES a identifié en 2010 (2) trois champs d'actions principaux : l'accès aux droits et aux soins, la prévention et la promotion de la santé, le partenariat.

En 2016, Julien Perrin pour Incitta (4) et à travers l'analyse de nombreux projets de médiation, a rajouté le champ d'action « Créer la rencontre avec de nouveaux publics », ce qui rejoint la demande des parties prenantes de rajouter la notion de « repérage » dans les missions. Julien Perrin réinscrit également plus largement la notion de partenariat dans la « Participation aux actions structurantes au projet » en complétant ces actions.

Ce référentiel propose quatre champs d'intervention de la médiation en santé, qui s'inscrivent dans un ensemble, comme présenté dans la Figure 2.

Le travail en équipe et en réseau, détaillé en section 5.1.1, est une action essentielle au bon développement d'un projet de médiation et à son maintien. Les partenariats interviennent de manière transversale. Le diagnostic de non-recours aux soins, présenté en section 5.1.2, est une étape clef pour démarrer une action de médiation en santé sur un territoire donné. Les quatre champs d'action du médiateur en santé sont :

- (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.

L'ensemble des éléments évoqués contribue à la promotion de la santé individualisée des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

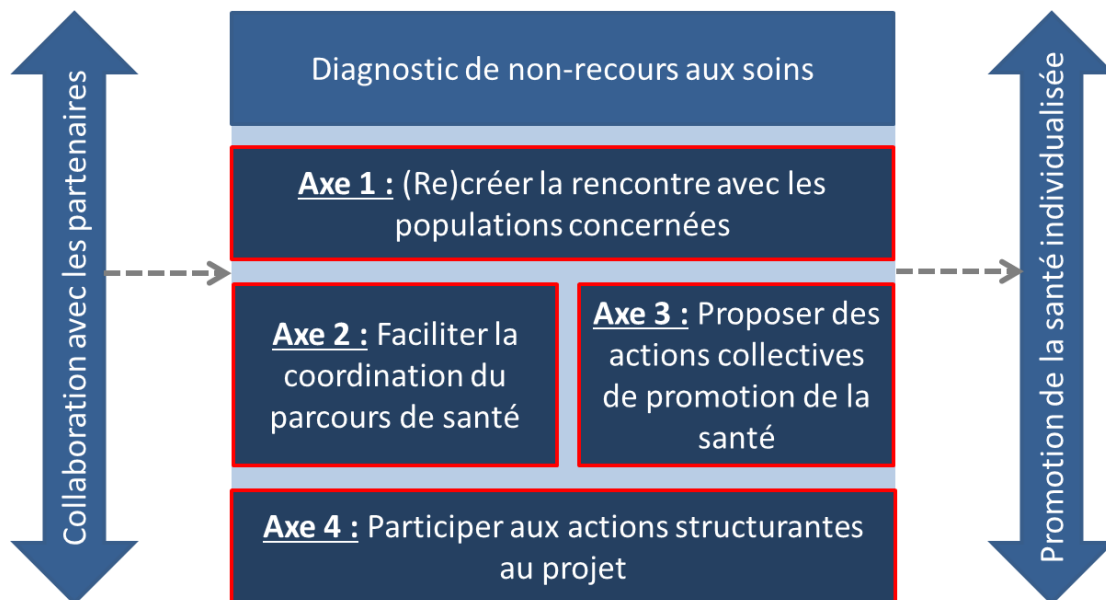


Figure 2. Activités communes de la médiation en santé

Au travers de ces différents champs d'actions, la médiation et l'échange sont au centre du travail des médiateurs. Ils sont à l'interface entre les acteurs locaux concernés (populations vulnérables et institutions/professionnels). Une grande partie de l'action de médiation est d'orienter les personnes vers des professionnels compétents, médicaux ou sociaux.

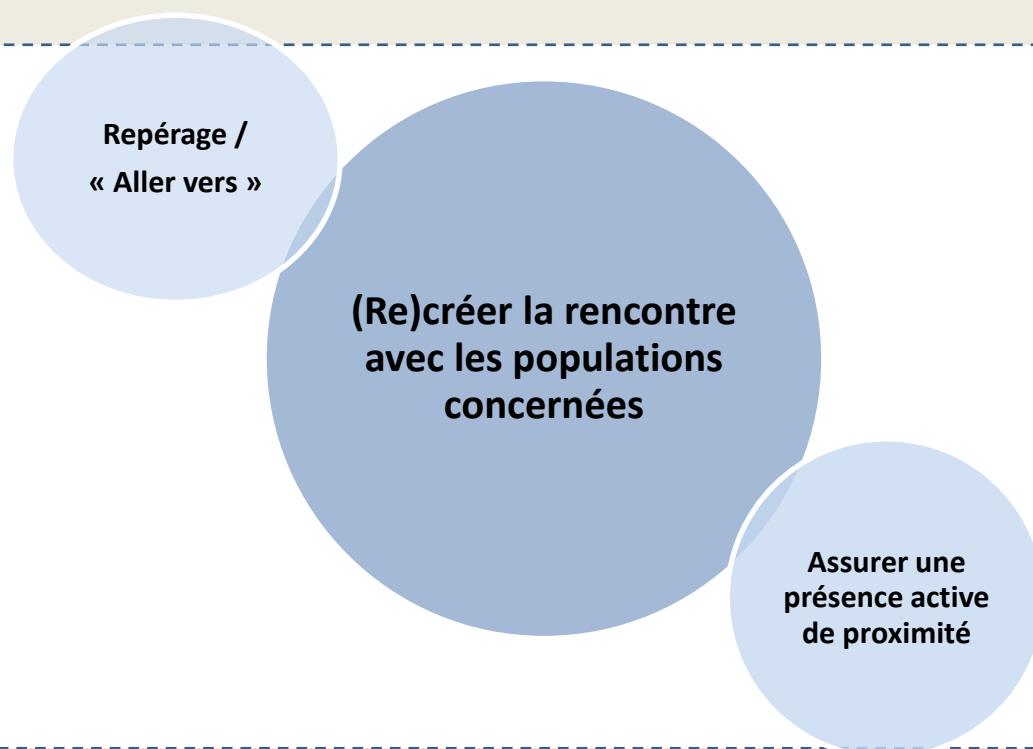
Témoignage d'un médiateur en santé

« La médiation santé comporte deux volets : un volet accompagnement individuel sur l'accès aux droits et aux soins et un volet actions collectives de promotion et de prévention santé »

► **Axe 1 : (Re)créer la rencontre avec les populations concernées**

- « Aller vers » les professionnels de santé / institutions, et autres partenaires
- « Aller vers » les publics-cibles : Identifier les personnes sur leur lieu de vie (domicile des habitants, CHRS, habitat précaire, etc.), se faire connaître et reconnaître en particulier des populations fragilisées et isolées, créer un lien de confiance, et les amener à apporter une attention à leur santé.

1. La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes [] : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.



- Présence sur les lieux de vie / d'activité, permanence dans une structure, repérable par le public cible
- Observer et identifier auprès des personnes des situations problématiques individuelles et/ou collectives, soutien moral, réassurance, orientation, informations sur le système de santé (par exemple, discuter de la méfiance des publics vis-à-vis du système de santé, et inversement)

Figure 3. Axe 1 : (Re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels de santé / institutions)

Témoignage d'un médiateur en santé

« Je vais chercher un par un les personnes précaires, les potentiels bénéficiaires ».

Témoignage d'un médecin coordonnateur de projet

« Quelle que soit la façon dont on rencontre les gens, il faut réussir à tendre des perches »

Témoignage d'une médiatrice en santé

« Je vais à la rencontre de personnes isolées ou de groupes en grande difficulté afin d'établir un premier contact, de créer un échange permettant d'identifier leurs besoins premiers. »

Témoignage d'un médecin coordonnateur de projet

« Le fait de se déplacer, d'aller à leur rencontre nous permet de créer un lien de confiance qui s'établit beaucoup plus rapidement que si on reçoit la personne dans notre bureau, et surtout il nous permet de rencontrer des personnes qui ont un réel besoin car les personnes en situation de précarité sont souvent éloignées des institutions et des différents lieux ressources où il peuvent trouver de l'information et de l'aide dans leurs démarches.

[...]

contrairement à ce qu'on pourrait penser le fait d'aller vers les gens que ce soit dans l'espace public ou lors du porte à porte, et leur parler de santé, d'accès aux droits est quelque chose de plutôt très bien perçu par les habitants qui y voient un côté bienveillant. »

► **Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de santé**

- Aider à la mise en place des démarches administratives d'accès aux droits de santé des personnes ayant des difficultés à compléter leurs dossiers
- Mettre en relation avec des professionnels susceptibles de régulariser les dossiers
- Effectuer un suivi des démarches en s'assurant de l'effectivité de celles-ci
- Assurer un accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les administrations

Ouverture des droits en santé

Faciliter la coordination du parcours de santé

Information et orientation

Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé

- « Mettre en relation » et (re)faire du lien pour les publics vers les professionnels mais aussi pour les professionnels vers les publics
- Assurer un accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les administrations et les structures de santé
- Mobiliser les structures pour sortir sur les lieux de vie et aller vers les personnes concernées

- Pour les professionnels / institutions
 - Sensibilisation des acteurs de la santé aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités des publics cibles
 - Amélioration du service rendu, responsabilité en matière de qualité de la prise en charge et de l'effectivité des droits
 - Coordination de parcours de santé, promotion de la communication dans le parcours de santé,
 - Remontée des difficultés rencontrées par les personnes
 - Autonomisation du système par conscientisation du problème
- Pour les populations vulnérables
 - Faciliter l'accès et la compréhension des informations de santé publique
 - Présenter le rôle et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire : sécurité sociale, hôpitaux (en particulier les PASS, les services d'urgences et la maternité, PMI, CPEF, CeGIDD, centres municipaux en santé, médecine de ville, etc.)
 - Aider à identifier les professionnels de santé (par exemple, à partir de [l'annuaire de l'assurance maladie](#))
 - Encourager / orienter des personnes (pour accéder à un dépistage de l'infection par le VIH, une consultation psychiatrique ...)

Figure 4. Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de santé

Témoignage d'une médiatrice en santé

« Nombreuses sont les personnes isolées, en situation précaire, perdues dans un système de santé complexe qui se retrouvent malgré elles, éloignées des dispositifs de droit commun. Etre médiateur en santé, c'est orienter ces personnes, leur permettre d'accéder aux structures qui leur sont adaptées »

Témoignage du Programme National de Médiation Sanitaire

« V. a 25 ans et elle a une fille de 3 ans. Quand notre équipe l'a rencontrée en décembre 2013, elle était enceinte de 8 mois et elle venait en France pour la première fois. Notre équipe a réalisé avec elle une fiche de liaison vers la maternité afin de préparer son accouchement. Aucun suivi de grossesse n'étant possible du fait du terme avancé, une demande de domiciliation administrative a été faite auprès du Secours Catholique pour faciliter l'ouverture des droits. Deux semaines plus tard, V. a accouché et l'assistante sociale a pu faire la demande AME. Après l'accouchement, l'une des médiatrices a accompagné la maman et le bébé à la PMI. Malgré les quatre expulsions de son lieu de vie subies par la jeune femme depuis son accouchement, elle retourne toujours à la PMI pour la vaccination de ses enfants et suit sans faute les rendez-vous. Madame se rend régulièrement au Secours Catholique pour récupérer son courrier. Madame et Monsieur ont bien identifié la CPAM où notre équipe les avait orientés une 1ère fois début 2014 et ont fait les démarches d'eux-mêmes pour le renouvellement de leur AME. »

Témoignage de Médecins du Monde

« ...Marcus est un petit garçon de 2 ans, qui vit avec ses parents et ses 5 frères et sœurs dans un bidonville éloigné de tout, dans des conditions très difficiles. Il est admis après un passage aux Urgences dans le service de Pédiatrie du CHU. Il vient de déclarer une grave maladie rénale et doit rester hospitalisé plusieurs mois. La vie de toute la famille s'en trouve bouleversée, et l'équipe médicale ne réalise pas les difficultés multiples qui se posent alors pour eux.

La maman, qui habituellement s'occupe de toute la fratrie, doit brutalement rester auprès de Marcus, et l'éloignement du bidonville ne lui permet pas de rentrer tous les jours. Elle ne sait ni lire, ni écrire, ne parle pas français et ne comprend pas les consignes du médecin. La famille n'a pas de couverture maladie, le CCAS refusant leur domiciliation. Enfin, le papa, qui subvient aux besoins de toute la famille par le ferrailage, ne peut pas être présent auprès de Marcus comme il le souhaiterait. A la demande des parents, j'interviens alors auprès des équipes du CHU pour mieux comprendre la maladie du petit Marcus. A son tour, le service de Pédiatrie me sollicite pour mieux comprendre le contexte de vie de l'enfant et de sa famille.

Des visites régulières sur le bidonville comme à l'hôpital, et l'organisation d'une table ronde réunissant les parents, l'ensemble de l'équipe médicale et l'assistante sociale du service, permettront de faciliter la prise en charge de Marcus, en prenant en compte les difficultés liées aux conditions de vie de la famille, en favorisant l'ouverture de droits à l'AME, en sensibilisant l'équipe soignante et en accompagnant l'enfant et ses parents dans la compréhension et la prise en charge de sa maladie. Au bout de 2 mois, Marcus rentrera avec sa maman, et c'est elle-même qui, avec le soutien de Médecins du Monde, effectuera chaque jour les soins et la surveillance nécessaire pour une évolution favorable de l'état de santé de son enfant, malgré leur complexité. Aujourd'hui elle sait exactement ce qu'elle doit faire, en cas de récurrence et l'équipe médicale a adapté ses prescriptions aux conditions de vie de Marcus... »

Témoignage d'ACSBE, La Place Santé Saint Denis

« Le médecin généraliste se rend compte que Mme. D a manqué plusieurs rendez-vous et est en rupture de suivi. Il fait appel, avec l'accord de Mme D, à une médiatrice qui intervient dans le temps de la consultation. Les échanges tripartites font apparaître que Mme D a arrêté de se faire suivre car elle n'avait pas réussi à renouveler ses droits. Elle n'avait pas osé en parler et attendait d'avoir suffisamment d'argent pour payer sa consultation. Dans le cours de la consultation, il est proposé à Mme D une orientation vers la médiation pour une aide à rouvrir des droits. Les démarches sont menées par la médiatrice, qui informe le médecin de leur avancement par un outil de liaison partagé dans le dossier informatique de Mme D. »

► **Axe 3 : Favoriser des actions collectives de promotion de la santé**

Favoriser des actions collectives de promotion de la santé

- Mobiliser les acteurs de santé, tels que les acteurs de la promotion de la santé : PMI, associations, CODES/IREPS/CRIPS, etc. ; les Ateliers Santé Ville (pour la liste des partenariats possibles, cf. tableau 6)
- En collaboration avec des partenaires :
 - participer au recensement des besoins et préoccupations en santé de la population, à des enquêtes et diagnostics locaux
 - participer à l'organisation d'actions collectives de prévention et d'éducation pour la santé
 - mobiliser le public en amont
 - co-animer ces actions collectives, identifier les intervenants
 - participer à des actions de sensibilisation en direction des professionnels, sur les problématiques spécifiques de santé liées à la précarité et sur la thématique de l'accès aux droits et aux soins
 - Participer à des actions de dépistage et de prévention
 - Encourager la dynamique de santé communautaire¹
- Utilisation possible des outils de Santé Publique France ou appuyer la co-construction d'outils de prévention et d'information, adaptés aux besoins

¹La santé communautaire est entendue comme un processus d'appropriation des questions de santé par les habitants dans lequel la notion de participation est essentielle.

Figure 5. Axe 3 : favoriser des actions collectives de promotion de la santé

Témoignage de l'association départementale d'éducation pour la santé du Rhône

« Un autre volet de ma mission est la mise en place d'actions collectives sur les thèmes d'éducation à la santé, auprès des publics rencontrés. Ces actions étaient organisées de manière ponctuelle en fonction des besoins repérés lors de mes entretiens individuels, puis ces actions sont devenues régulières, programmées sur l'année. Je fais appel à un intervenant externe spécialisé sur la thématique; Ceci mobilise un réseau d'acteurs correspondant toujours au besoin repéré en amont ou exprimé par les habitants. Pour se faire, je sollicite des structures missionnées pour faire de la prévention auprès de ces publics spécifiques. Ma spécificité consiste à la mobilisation du public, en amont, vu lors des permanences ; la co-animation de ces rencontres consiste à poser un cadre tout en privilégiant l'aspect convivial et confidentiel.

Témoignage de médecins du monde

“Les professionnels de santé souhaitaient créer un outil de prévention adapté autour de la tuberculose. Je leur ai proposé de le construire à partir des représentations des personnes elles-mêmes sur la maladie. J'ai recueilli leurs témoignages, et le médecin à adapté ses messages en fonction des questionnements apparus lors de ce recueil. Cet outil a été traduit, imagé pour être accessible au plus grand nombre, et a été ensuite validé par les personnes. Aujourd'hui, le service l'utilise sur les lieux de vie pour proposer des actions de prévention, qui rencontrent le plus souvent un grand succès”

► **Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet**

- Assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques : vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale, vers les concepteurs de politiques de santé, vers les concepteurs de messages de prévention, etc.
- Alerter les autorités compétentes¹ sur :
 - les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé des personnes (par exemple, refus de soins de la part de certains médecins)
 - les risques pour la santé des personnes accompagnées (par exemple, lieu de vie insalubre)

¹le Défenseur des droits, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, etc.

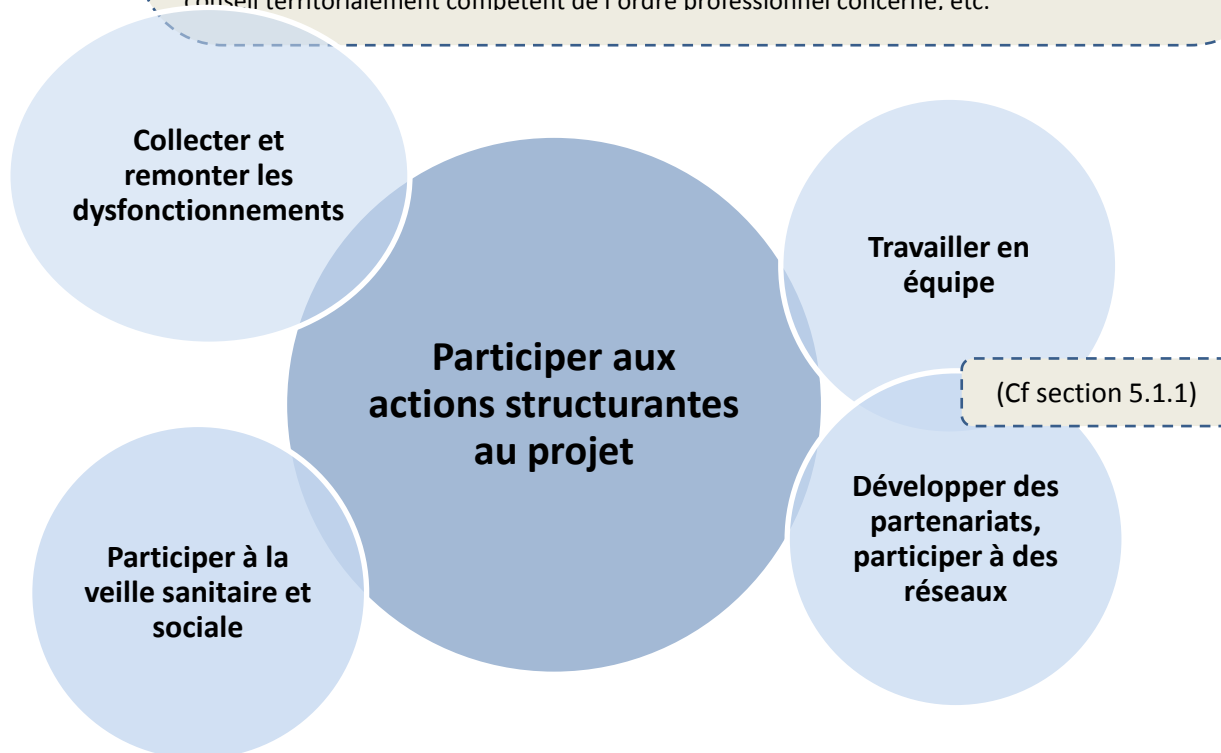


Figure 6. Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet

Témoignage d'un coordinateur de projet de médiation en santé

« Le médiateur est un observateur de l'environnement du patient/usager, il témoigne des difficultés/obstacles/injustices rencontrés par l'utilisateur, sans le dévaloriser, afin d'adapter les soins aux conditions de vie et de faire valoir ces droits.

Il est important de protéger l'indépendance et la neutralité du médiateur (et de le former) afin qu'il puisse faire remonter des informations préoccupantes ou d'injustice aux autorités compétentes (notion de "lanceur d'alerte"). »

Témoignage d'une médiatrice en santé

« Je participe régulièrement aux instances de travail des ateliers santé ville du territoire d'intervention, avec une fonction de faire remonter les dysfonctionnements. »

Témoignage de l'association PoPs

« Cette année le PoPs a organisé en partenariat avec Médecins du Monde et la PASS, une information sur l'accès aux soins des étrangers. Une centaine de professionnels de la santé et du social sont venus y assister. Cela correspondait à un besoin de tous. »

5.1.5 Terminer une action de médiation en santé

Si la médiation en santé est une démarche longue car elle vise à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, en travaillant avec les publics les plus vulnérables et les institutions / professionnels de santé, pour autant, elle s'inscrit dans un cadre temporel défini. Elle vise l'autonomie des personnes. Cette dimension de l'« *empowerment* » est le processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'agir, de s'émanciper. La médiation est donc temporaire, elle doit viser à l'autonomisation des personnes.

La médiation peut prendre fin quand :

- La personne est suffisamment autonome pour prendre en charge sa santé (ex : droits ouverts, accès autonome des personnes à la prévention et aux soins), objectif ultime de la médiation ;
- Un certain nombre de barrières dans l'accès aux soins a pu être levé au niveau des structures ;
- La médiation semble ne plus avoir de pertinence pour aider la personne: ce qui pouvait être fait l'a été, les relais sont en place, il est possible d'arrêter même si tous les objectifs n'ont pas été atteints.
- La personne a bénéficié de ce dont elle avait besoin et ne souhaite pas poursuivre ;
- La personne n'adhère plus à la démarche.

Témoignage d'une médiatrice

« Lors de l'accompagnement santé de Mme M, je remarque que son accès au droit commun est freinée par ses difficultés de lecture, d'écriture et d'usage du numérique. Aussi je lui propose d'entrer dans un programme local d'apprentissage du français et des nouvelles technologies, afin qu'elle puisse recouvrer une autonomie suffisante dans son accès à la santé et pouvoir se passer à terme de la médiation santé. »

Témoignage de l'association PoPs

« ... Mme D. a 54 ans et vit seule, le dernier de ses 3 enfants vient de partir de chez elle. Ces dernières années, elle s'est occupée de son fils qui a de nombreux problèmes. Elle n'a pas vu de médecin depuis près de 4 ans car elle n'avait plus de droits ouverts et avait renoncé aux démarches. Elle a négligé sa santé et est un peu perdue. Elle est asthmatique, dort très mal et n'a pas vu de dentiste depuis très longtemps alors qu'elle n'a plus de dents en bas. Il est important qu'elle reprenne soin d'elle. Nous avons priorisé ensemble les démarches à faire, la première étant une demande de CMUC. Elle prend vite confiance en elle. Elle se rend seule aux rendez-vous avec son médecin traitant et différents spécialistes. La médiation en santé est désormais terminée. Il n'a duré que 7 mois et elle sait qu'elle peut m'interpeller si elle a besoin.....»

5.2 Compétences

Exercer en tant que médiateur en santé requiert des compétences, connaissances et capacités spécifiques. Dans le rapport d'enquête de la FRAES (2) et d'Incittà (4), l'analyse des pratiques de médiation a fait émerger un certain nombre de spécificités d'intervention propres aux médiateurs dont le premier critère est la grande disponibilité et le large périmètre d'action en termes d'intervention avec une posture d'écoute, d'attention et de repérage des attentes, des besoins latents, des difficultés rencontrées par les publics.

Les compétences requises pour les médiateurs peuvent être regroupées en trois domaines de compétence principaux :

- Domaine de compétences 1 : compétences techniques ;
- Domaine de compétences 2 : connaissances de l'environnement ;
- Domaine de compétences 3 : savoir être.

Tableau 5. Compétences requises pour la médiation en santé

Compétences techniques	Techniques de l'« aller vers »
	Communication (ex : techniques d'entretien, techniques d'animation en éducation pour la santé)
	Aider à diagnostiquer un problème et trouver des solutions
	Connaitre les éléments de constitution d'un dossier administratif (ex : droits dans le domaine de la santé, pièces justificatives, conditions, personnes ressources, délais...)
	Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire son réseau
	Techniques de distanciation (ex : savoir prendre de la distance par rapport aux problématiques rencontrées) et de gestion du stress
Connaissance de l'environnement	Connaissance du public cible <ul style="list-style-type: none"> • des systèmes de valeurs, codes et pratiques, culturels • des problématiques médicales et médico-sociales rencontrées • de son environnement socio- économique, sanitaire
	Connaissance de l'environnement médico-social <ul style="list-style-type: none"> • des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur • des institutions présentes sur le territoire (acteurs locaux en éducation pour la santé et secteur associatif intervenant auprès du public usager du service) • des parcours de soins dans le système de santé local
Savoir être	Capacité à accompagner des publics vulnérables (ex : précarité, psychiatrie, migrants, ...)
	Respecter la confidentialité
	Ne pas être dans le jugement
	Etre à l'écoute et dans l'empathie
	Capacité à connaître les limites de son rôle, et savoir les expliquer aux usagers / patients comme aux professionnels, devant des multiples sollicitations
	Savoir se remettre en question et remettre en question sa pratique

Il est attendu que les compétences sus-citées soient acquises au cours de formations initiales ou continues et de séances d'analyse des pratiques.

5.3 Formation

La formation initiale et continue des médiateurs en santé a pour objectif de permettre à des futurs professionnels d'acquérir les savoirs et les compétences nécessaires à la conduite d'un projet de médiation en santé.

Certaines formations, existantes au jour de la rédaction de ce rapport, sont référencées sur le [site](#) du programme national de médiation sanitaire⁹.

5.3.1 Formation initiale

De 2000 à 2005, un diplôme universitaire (de 480 heures) de médiateurs en santé a été mis en place sous le titre de « Programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité », par l'IMEA¹⁰ (11), à partir du CHU de Bichat et en partenariat étroit avec la DGS et la Délégation Interministérielle à la Ville. Cette expérience pilote, prévue pour 5 ans, s'inscrivait dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de vulnérabilité.

La détermination du socle commun de formation attendu pour les médiateurs en santé s'appuie en partie sur cette expérience pilote ainsi que son évaluation, complétée par l'analyse d'autres formations plus courtes dispensées notamment par des ARS et les travaux de la société d'audit CapMed pour l'ASV de Marseille¹¹. Par ailleurs, les équipes de la plateforme AAPRISS pour l'ARS Occitanie ont réalisé un état des lieux des formations existantes sur la médiation sociale et / ou en santé, ainsi que des entretiens afin d'identifier les besoins de formation exprimés par les médiateurs et institutions¹².

A partir de ces documents, des propositions de modules de formation sont formulées dans le Tableau 6.

Il conviendra de tenir compte de la diversité des profils des médiateurs en santé dans le cadre de la définition des conditions d'accès à la formation initiale notamment universitaire. Les futurs médiateurs en santé n'auront pas les mêmes besoins en termes de formation en fonction de leur parcours de vie, expériences et/ou de leur origine professionnelle (ex : milieu sanitaire ou social).

Un des prérequis à la formation doit être la maîtrise de la langue française.

⁹ <http://www.mediation-sanitaire.org/la-mediation-sanitaire/formations/>

¹⁰ Rapport non publié. Réseau PLURALIS, Bilan descriptif de la mise en œuvre d'un programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique, Octobre 2003

¹¹ Rapport non publié. Cap Med (Conseil Audit Prospective Méditerranée), Action visant l'échange et la capitalisation des pratiques de médiation de santé publique à Marseille : Rapport d'étude exploratoire, Atelier Santé Ville Marseille Centre-ville et Marseille Nord, mars 2011.

¹² Rapport non publié. Nadine Haschar-Noé (laboratoire creSco et Iféris, Université Toulouse III), Florent Berault et les équipes de la Plateforme AAPRISS (Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé). Etude d'opportunité pour la mise en œuvre d'une formation « médiation en santé » dans la région Languedoc-Roussillon / Midi-Pyrénées. Rapport final (juillet 2016).

Tableau 6. Socle commun proposé par la HAS pour une formation de médiation en santé

Module	Proposition de contenu
La médiation	Approche théorique et historique de la médiation en santé
Environnement institutionnel et des dispositifs juridiques, sanitaires et sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Les institutions, les acteurs et les politiques de santé • Coordination du parcours de santé • Droit à la couverture maladie • Offre de soins, structures de santé et de prévention et leurs conditions d'accès • Droit au séjour et droit au travail • Services sociaux mobilisables
Santé publique et maladies	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminants de santé et inégalités sociales de santé • Principales causes du nonaccès aux droits, à la prévention et aux soins • Pathologies liées à l'environnement et aux conditions de vie (ex : dengue, tuberculose, gale, saturnisme, etc.) • Pathologies chroniques (ex : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.) • Infections transmissibles (ex : infection par le VIH, hépatites, etc.) • Pathologies psychiatriques et souffrances psychologiques, dont les conséquences psycho-traumatiques de violences subies • Usage de drogues et réduction des risques et des dommages (RDRD).
Approche populationnelle et/ ou thématique des facteurs de vulnérabilité	Migrants, personnes âgées, personnes en situation de prostitution / travailleurs du sexe, santé maternelle et infantile, maladies chroniques, grande précarité, santé mentale, addictologie, population carcérale, populations des DOM, etc.
La fonction de médiateur	<p>A- Une posture, des pratiques</p> <ol style="list-style-type: none"> a. cadre déontologique b. rôle et limites de la fonction de médiateur en santé c. actions développées d. partenariat et comment se situer en tant que médiateur <p>B- La dimension technique, éducative et relationnelle</p> <ol style="list-style-type: none"> a. repérage et prise de contact (populations vulnérables et institutions/professionnels de santé) b. écoute et analyse de la demande c. communication : conduite d'entretien, animation d. la relation d'aide (« <i>counselling</i> ») e. la prévention et la promotion de la santé (dont la santé communautaire) f. la distanciation et la gestion du stress g. les pratiques de partenariat
Stage d'immersion et de projet	Faire un stage auprès de médiateurs déjà formés

5.3.2 Formation continue

Il semble important qu'une formation continue soit mise en place par les structures porteuses de projet de médiation en santé afin d'encourager le perfectionnement dans le poste et la montée en puissance des capacités d'intervention. La formation continue permet un approfondissement ou une mise à niveau des connaissances sur des thèmes spécifiques tels que les maladies, l'environnement juridique et administratif, les interventions de professionnels ressources.

5.3.3 Analyse des pratiques

La capacité du médiateur en santé à intervenir nécessite un juste équilibre entre une proximité avec le public-cible inhérente à la fonction de médiateur et la distance qu'il doit maintenir par rapport aux personnes accompagnées. Il doit pouvoir prendre du recul par rapport aux situations et gérer ses propres affects. L'analyse de la pratique, accompagnée d'un psychologue (ou autre professionnel compétent) apparaît importante pour avoir une posture juste et équilibrée, garder la distance appropriée.

L'analyse des pratiques contribue à :

- rompre un sentiment d'isolement pouvant être ressenti par les acteurs de la médiation ;
- analyser entre pairs exerçant la même activité professionnelle, les conditions et modalités de travail ;
- comparer les situations et les pratiques afin de repérer les points communs et les différences ;
- favoriser le transfert d'expérience et l'intégration des nouveaux médiateurs recrutés ;
- explorer les pratiques alternatives susceptibles de lever les obstacles rencontrés ;
- échanger et analyser collectivement autour de situations professionnelles vécues.

L'analyse des pratiques au niveau territorial, avec différents médiateurs en santé et autres partenaires, est également encouragée afin de partager et d'homogénéiser les pratiques entre les différentes structures.

Listes des tableaux et figures

Tableau 1. Caractéristiques communes des projets de médiation en santé.....	12
Tableau 2. Eléments de diversité des projets	13
Tableau 3. Partenariats possibles décrits dans les projets de médiation (non-exhaustifs)	20
Tableau 4. Typologies explicatives du nonaccès à la prévention et aux soins.....	22
Tableau 5. Compétences requises pour la médiation en santé	35
Tableau 6. Socle commun proposé par la HAS pour une formation de médiation en santé	37
Tableau 7. Revue de la littérature - Question d'étude.....	45
Tableau 8. Revue de la littérature – Termes de recherche	45
Figure 1. Objectifs de la médiation en santé	16
Figure 2. Activités communes de la médiation en santé	23
Figure 3. Axe 1 : (Re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels de santé / institutions)	25
Figure 4. Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de santé	27
Figure 5. Axe 3 : favoriser des actions collectives de promotion de la santé.....	30
Figure 6. Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet.....	32

Glossaire

« **Aller vers** » La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.

« **Faire avec** » sous-entend « faire avec » les personnes et non à leur place car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes.

Équité en santé. Équité sous-entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, guident la distribution des services, des bénéfices, etc.

Implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. « Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus bas possible. »

L'équité a une signification plus générale dans la sphère de la justice et a pu donner naissance à une théorie de l'équité (BDSP).

Promotion de la santé. Un processus global qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. Elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de ressources pour l'améliorer (OMS).

Santé communautaire. Un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté (OMS).

Patient expert dans les établissements de santé. Malade ayant acquis une expertise sur les affections qui le touchent, expertise qui pourrait être utilisée par les établissements de santé en vue de l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de symptômes similaires ou de maladies connexes.

Non-recours. La question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – qu'elle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non connaissance, non réception, non demande et non proposition, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation.

Abréviations

AME	Aide médicale de l'État
ARS	Agence régionale de santé
AS	Assistant social
ASAV	Association pour l'accueil des voyageurs
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Atelier santé ville
CADA	Centres d'accueil pour demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virale et les infections sexuellement transmissibles (IST)
CEESP ..	Commission d'évaluation économique et santé publique
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le VIH
CD	Conseil Départemental
CHRS	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLAT	Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMP	Centre médico-psychologique
CMS	Centres médico-sociaux
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C ..	Couverture maladie universelle complémentaire
CNLE	Conseil national de Lutte contre l'exclusion et la pauvreté
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPAM ...	Caisse primaire d'Assurance maladie
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSAPA .	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS ...	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIV	Délégation Interministérielle à la ville
DSS	Direction de la sécurité sociale
DU	Diplôme universitaire

FRAES..	Fédération Rhône Alpes d'Education pour la Santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IMEA	Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LMSS....	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MDPH ...	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS	Maisons départementales des solidarités
MSA	Mutualité sociale Agricole
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
ODENORE	Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PLANIR.	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures
PMI.....	Protection Maternelle et Infantile
PNMS....	Programme national de médiation sanitaire
PRAPS..	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RSI	Régime Social des Indépendants
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIADD...	Système d'information des agents de direction
SEESP ..	Service évaluation économique et santé publique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSR.....	Soins de Suite et de Réadaptation

Annexe 1. Article 90 de la LMSS du 26 janvier 2016

I. – Le chapitre préliminaire du titre 1er du livre 1er de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-13. – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

« Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

II. – Le 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

Annexe 2. Distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé

Le médiateur en santé et l'interprète dans le domaine de la santé ont des fonctions qui peuvent mobiliser tous deux la question de la langue et de la culture et se situent comme tiers entre institutions/professionnels et usagers qui ont des difficultés d'accès aux services. Néanmoins, il est important de comprendre leurs particularités pour savoir quelle solution envisager selon les contextes.

Alors que l'interprétariat cible les personnes parlant peu ou pas français, la médiation vise les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pour des raisons potentiellement autres que la seule barrière linguistique ou culturelle.

Le travail de l'interprète est centré sur la langue et sur la restitution du sens. Lorsqu'il traduit, il mobilise des connaissances culturelles des deux langues qui lui permettront de restituer les dictons, expressions, etc. mais il ne s'autorisera à apporter des explications culturelles qu'exceptionnellement en précisant qu'il sort de la traduction, et en demandant la validation de son apport par les personnes. Le médiateur peut prendre appui sur ses connaissances des contextes voire des cultures et des langues pour proposer ou négocier des solutions acceptables par les parties. Il peut apporter des éclairages culturels lorsqu'il le juge nécessaire. Si le médiateur, dans des contextes populationnels particuliers, intervient occasionnellement sur le registre de la langue, il ne dispose pas des compétences techniques d'interprétation acquises par une formation spécifique et il n'est dès lors pas lié par les principes déontologiques de fidélité de la traduction et d'autonomie des personnes que garantit l'interprète professionnel.

Alors que l'interprète travaille toujours en présence des deux parties, le médiateur travaille entre les deux parties sans qu'elles soient nécessairement en présence. Par ailleurs, l'interprète n'effectue pas de démarche avec les personnes, alors que le médiateur peut y être amené.

L'interprète postule l'autonomie et la capacité des personnes à s'exprimer en leur nom dès lors qu'on leur en donne la possibilité en levant la barrière de la langue. Le médiateur accompagne les personnes vers une autonomie progressive (sans injonction à l'autonomie).

Une formation spécifique est nécessaire à l'exercice de ces deux fonctions.

Pour plus d'information sur l'interprétariat, la HAS vous invite à consulter le référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de l'interprétariat dans le domaine de la santé.

Annexe 3. Méthodologie

Pour réaliser ce référentiel, la HAS propose de s'appuyer sur une revue de la littérature, une réunion de parties prenantes et des entretiens individuels pour approfondir certaines questions.

► Revue de la littérature

Une revue de la littérature a été conduite pour identifier les documents pertinents en France et à l'international sur la médiation en santé

► Définition de la question d'étude

La question d'étude est définie par les critères PICOS et présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7. Revue de la littérature - Question d'étude

Population	Pas de restriction
Intervention	Médiation en santé
Comparateur	Pas de restriction
Outcomes	1- Recommandations 2- Compétences 3- Formation 4- Programmes : études de coûts en France
Study type	Pas de restriction

► Stratégie de recherche

Bases de données

Liste des bases de données

Bases de données bibliographiques automatisées : Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis), the Cochrane Library (Wiley Interscience, Etats-Unis), BDSP Banque de Données en Santé Publique, Science Direct (Elsevier), Cairn et Erudit.

Les termes de recherche sont détaillés ci-dessous.

Tableau 8. Revue de la littérature – Termes de recherche

Type d'étude / sujet / Termes utilisés	
Médiation en santé	Health[TIAB] AND ((increase[TIAB] AND access[TIAB]) OR outreach[TIAB] OR "Community-Institutional Relations"[Mesh]) AND (mediator*[TIAB] OR mediation[TIAB] OR peer[TIAB] OR peers[TIAB])
Recommandations	Consensus[TIAB] OR guideline*[TIAB] OR recommend*[TIAB] OR guidance[TIAB] OR "Guideline" [Publication Type]
Compétences	competenc*[TIAB] OR skill*[TIAB] OR "Professional Competence"[Mesh]
Formation	"Education, Professional"[Mesh] Or training[TIAB] or education[TIAB]
Programme : Etudes de coûts / France	("Economics"[Mesh] OR cost[TIAB] OR costs[TIAB] OR economic*[TIAB] OR French[TIAB] OR "France"[MeSH] OR France[TIAB]) AND (Programme[TIAB] OR experience[TIAB] OR experiment*[TIAB])

Recherches manuelles

Les sites internet français et internationaux pertinents ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement. La liste des sites consultés est présentée ci-dessous.

- Agency for Healthcare Research and Quality
- Association pour l'accueil des voyageurs
- Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle
- Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT)
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- California Healthcare Interpreters Association
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- Centers for Disease Control and Prevention
- CISMeF
- Collège des Médecins du Québec
- Collectif Français de la Médiation en Santé Publique
- Conseil de l'Europe
- Department of Health (UK)
- Fondation Robert Schuman
- France Médiation
- Haute Autorité de Santé
- InCitta, plateforme associative
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
- Intermed, réseau d'accès à la santé
- International Medical Interpreters Association
- Joint Commission
- Médecins du Monde
- National Council on Interpreting in Health Care
- National Health Services
- National Institute for Health and Clinical Excellence
- PASS International
- Programme National de Médiation Sanitaire : AREA, dispositif de La Sauvegarde du Nord, Association pour l'Accueil des Voyageurs, Les Forges, Médecins du Monde, Première Urgence Internationale, Relais Accueil Gens du Voyage, Roms Action, SOLiHA
- Santé Canada
- Service public fédéral (SPF) Santé publique
- WHO Regional Office for Europe
- World Health Organization

► Echange avec des parties prenantes

Des parties prenantes ont été consultées au cours d'une réunion de travail et d'entretiens individuels.

La charte de l'expertise sanitaire, approuvée par le décret n° 2013-413 du 21 mai 2013, indique que la décision pour laquelle une expertise est sollicitée « *peut s'appuyer, si l'objet de l'expertise le justifie, sur la prise en compte des points de vue des parties prenantes (ou parties intéressées)* ».

Les parties prenantes sont définies comme des « *personnes ou groupes concernés ou susceptibles de l'être, directement ou indirectement, par les conséquences de la décision, notamment des milieux associatifs et des acteurs économiques ou professionnels, ou qui représentent l'intérêt général de groupes concernés par ces conséquences* ».

5.3.4 Réunion de parties prenantes

Une réunion de parties prenantes a eu lieu le 7 octobre 2016.

La liste des personnes présentes à la réunion de parties prenantes est rapportée en Annexe 5.

Le compte rendu de la réunion est disponible en Annexe 8.

5.3.5 Entretiens individuels

Des entretiens individuels de parties prenantes ont été réalisés afin de compléter les retours de la réunion de parties prenantes.

La méthodologie des entretiens est décrite ci-dessous :

- Entretien d'une durée de 1h, en face à face ou par téléphone
- Déroulement en deux parties : 1/ entretien libre, retour d'expérience ; 2/ entretien semi-directif à partir du support de présentation.

Dans la première partie des entretiens, de type libre, l'entretien se passe sur le mode de la conversation « naturelle », sans cadre prédéfini. Ce type d'entretien est souvent utilisé pour les retours d'expérience. La seconde partie des entretiens, de type semi-directif, a permis de poser des questions spécifiques pour lesquelles la HAS souhaitait interroger la partie prenante.

Les retours d'expériences lors des entretiens individuels ont cherché à mettre en évidence, suivant les interlocuteurs (médiateurs, coordonnateurs, institutions) :

- les besoins qui ont suscité la mise en place de ces actions de médiation,
- les partenariats qu'ils ont mobilisés,
- les missions assignées aux médiateurs, et les compétences qui étaient requises pour le faire,
- les difficultés qu'ils ont rencontrées.

La liste des personnes contactées dans le cadre de ces entretiens de parties prenantes est rapportée en Annexe 5.

Annexe 4. Charte déontologique du médiateur en santé (ASV Marseille)

Art. 1er – De la nature des interventions et du principe de non-discrimination

Le médiateur ou la médiatrice est susceptible d'intervenir auprès de toute personne dont la situation ne permet pas – sans aide – d'accéder au soin, et aux actions de prévention et de promotion de la santé.

Nul ne peut faire l'objet – de la part du service au nom duquel le médiateur ou la médiatrice intervient, ou du professionnel lui-même - d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Art. 2 – De la personnalisation de l'accompagnement

La personne doit se voir proposer un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins.

Art. 3 - Du droit à l'information

La personne bénéficiaire de l'intervention du médiateur ou de la médiatrice a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur l'accompagnement dont elle peut bénéficier et sur l'organisation et le fonctionnement du service auquel le professionnel est rattaché. Elle doit être précisément et systématiquement informée des attributions de la fonction de médiateur, des tâches qui s'y rattachent, et des limites de l'intervention.

La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant, le cas échéant, dans le même domaine.

Le médiateur ou la médiatrice comme personne ressource, est également appelé à informer les personnes sur des questions ouvertes, relatives aux fonctionnements institutionnels.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la réglementation.

Art. 4 – Du principe de libre choix et du consentement éclairé

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

4.1 - La personne dispose du libre choix d'adhérer ou pas au mode d'accompagnement proposé par le médiateur ou la médiatrice ; la médiation reposant sur l'établissement d'une relation de qualité et de confiance, la personne doit pouvoir être informée des différents dispositifs de médiation pouvant répondre à ses besoins.

A l'inverse, à la condition d'une orientation adéquate et d'une position motivée et concertée, le médiateur ou la médiatrice peut demander à son service un droit de réserve – qui ne peut être une position de principe en contradiction avec l'article 1, s'il se trouvait dans l'impossibilité d'accompagner une personne.

4.2 - Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

4.3 - La personne est seul maître de son projet, et l'accompagnement se déroule dans le respect de ses points de vue et décision ; aucune démarche n'est entreprise à son insu ou sans son consentement.

4.5 - Lorsque la personne peut manifester des difficultés à exprimer son consentement, ou à appréhender tous les éléments de l'accompagnement et de la décision, le médiateur ou la médiatrice s'assure de réunir les conditions de la bonne compréhension de la situation par la personne; il facilite son expression par tout moyen. Il peut être amené à différer le projet, ou à orienter la personne si la médiation ne peut être mise en œuvre.

Art. 5 - Du droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer à la prestation de médiation dont elle bénéficie. Dans le respect de la décision de la personne, le médiateur ou la médiatrice se doit de l'informer des conséquences qui pourraient en découler.

Art. 6 - Du respect de l'entourage et des liens familiaux

L'accompagnement doit prendre en compte les liens familiaux dans le respect des souhaits de la personne. Le médiateur ou la médiatrice peut être amené à associer à la médiation l'entourage des personnes qu'il accompagne. La médiation peut s'exercer auprès de personnes isolées, comme auprès de familles.

Art. 7 – Du secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tout médiateur ou médiatrice dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. Le médiateur ou la médiatrice instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Dans l'hypothèse où le médiateur ou la médiatrice est appelé à constituer un dossier de suivi des personnes qu'il accompagne, il doit veiller à la protection contre toute indiscrétion des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel. Il doit s'assurer que les usages du service sont conformes aux directives de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Art. 8 – Du droit à l'autonomie

La médiation ne remet pas en question l'autonomie de la personne, sa libre initiative et sa décision, dans la limite des dispositions qui pourraient la concerner en matière de tutelle et de curatelle.

Art. 9 – Du principe de prévention et de soutien

Le médiateur ou la médiatrice agit en toute circonstance dans l'intérêt des personnes qu'il accompagne.

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par le médiateur ou la médiatrice.

Art. 10 – De la dignité et de l'intimité des personnes

Le médiateur ou la médiatrice exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité de la personne et de la famille.

Art. 11 – Du champ de compétence du médiateur

Le médiateur ou la médiatrice n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence. En dehors des actions d'éducation à la santé clairement définies dans le cadre de sa mission par son institution d'appartenance, le médiateur ou la médiatrice s'interdit de formuler tout conseil à caractère médical, para médical, ou en matière de médicament. Il s'interdit de proposer tout remède ou thérapeutique éprouvée ou pas. En cas de besoin, il oriente les personnes vers les personnes habilitées.

Dans le cadre des missions qui lui doivent lui être précisément dévolues par son institution d'appartenance, le médiateur ou la médiatrice peut être appelé à aider la personne dans l'observance thérapeutique et dans le déroulement de son parcours de soins. Dans ce cadre, il respecte strictement les prescriptions thérapeutiques qui lui ont été communiquées. Il favorise l'accès aux soins et la continuité des soins. Dans l'intérêt du patient, le médiateur ou la médiatrice transmet au médecin toute information bénéfique à la qualité de la prise en charge.

Art. 12 – Du droit à la protection

Lorsqu'un médiateur ou médiatrice discerne - dans l'exercice de sa profession qu'une personne est en situation de danger, et plus spécifiquement les personnes de vulnérabilité, il doit prendre toutes les mesures d'information auprès de son service qui sont de nature à dissiper les risques constatés. En cas d'urgence, il prend les mesures d'alertes qui s'imposent.

Art. 13 – Du devoir d'indépendance, de neutralité et d'intégrité

Le médiateur ou la médiatrice ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une mission, des tâches, ou une rémunération qui auraient pour conséquence d'altérer cette indépendance, et influencer la médiation au détriment des intérêts du patient.

Le médiateur ou la médiatrice ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié.

Est interdite au médiateur toute forme de compéage notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social, tout service d'aide à la personne, et tout autre prestataire de services.

Art. 14 – Du devoir de se former et de se perfectionner

Pour garantir la qualité des accompagnements qu'il met en œuvre, et la sécurité des personnes, le médiateur ou la médiatrice a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.

Art. 15 – Du devoir de réserve à l'égard des milieux professionnels

Les médiateurs ou les médiatrices doivent entretenir entre eux, et avec leurs partenaires professionnels, des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Dans le cadre de sa mission, le médiateur ou la médiatrice peut être appelé devant les difficultés avérées d'une personne avec un service – et avec toute la prudence qui s'impose – à mener une médiation, qui aurait pour but d'améliorer les conditions de prise en charge, ou d'accès aux soins de la personne.

Art. 16 – De la responsabilité

Le médiateur ou la médiatrice est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

Annexe 5. Article L.1110-4 du code de la santé publique

« I. - Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II. - Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III. - Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV. - La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V. - Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI. - Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Annexe 6. Professionnels susceptibles de partager ou d'échanger des informations relatives à une personne prise en charge

L'article [R. 1110-2](#) du CSP (issu du décret du 20 juillet 2016) précise de manière limitative les professionnels susceptibles de partager ou d'échanger des informations relatives à une personne prise en charge.

Article R. 1110-2 : « Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

a) Assistants de service social mentionnés à l'[article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles](#) ;

b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;

c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;

d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;

e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;

f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;

g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles [L. 312-1](#), [L. 321-1](#) et [L. 322-1](#) du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;

h) Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'[article L. 113-3](#) du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ;

i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles [L. 232-3](#) et [L. 232-6](#) du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention. »

Annexe 6 bis. Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social

Article R1110-1 : « Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article [L. 1110-4](#), échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2° Du périmètre de leurs missions. »

Article R1110-3 : « I. — Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article [R. 1110-2](#) souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre du II de l'article [L. 1110-4](#), avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

II. — Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article R. 1110-2, partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans les strictes limites de l'article [R. 1110-1](#) et en informent préalablement la personne concernée. Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

III. — Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical. »

Article D1110-3-1 : « Lorsqu'une personne est prise en charge par un professionnel relevant des catégories de professionnels mentionnées à l'article R. 1110-2 et ne faisant pas partie de l'équipe de soins au sens de l'article [L. 1110-12](#), ce professionnel recueille le consentement de la personne pour partager ces données dans le respect des conditions suivantes :

1° La personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ;

2° Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations prévues au 1°. »

Article D1110-3-2 : « L'information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, d'un support écrit, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information. Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés

sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Article D1110-3-3 : « Le consentement est recueilli par chaque professionnel mentionné à l'article D. 1110-3-1, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence. Dans ce cas, il procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le dossier médical de la personne.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne. La prise en charge peut nécessiter une ou plusieurs interventions successives du professionnel.

La matérialisation du recueil des modifications ou du retrait du consentement est faite selon les modalités décrites à l'article D. 1110-3-2. »

Article D1110-3-4 : « Les structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale mentionnées au 1° de l'article L. 1110-12 sont les suivantes :

- 1° Les groupements hospitaliers de territoire ;
- 2° Les fédérations médicales inter-hospitalières ;
- 3° Lorsqu'ils ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes, les groupements de coopération sanitaire et les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux, ainsi que les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique ;
- 4° Les maisons et les centres de santé ;
- 5° Les sociétés d'exercice libéral et toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux, lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes ;
- 6° Les organisations mises en œuvre dans le cadre des protocoles de coopération prévus aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 ;
- 7° Les plateformes territoriales d'appui mentionnées à l'article L. 6327-2 ;
- 8° Les réseaux de santé mentionnés aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 ;
- 9° Les coordinations territoriales mises en œuvre en application de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;
- 10° Les équipes pluridisciplinaires prévues à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles et les équipes médico-sociales intervenant au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article L. 232-6 du même code. »

Annexe 7. Parties prenantes sollicitées

► Réunion de parties prenantes

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ce référentiel.

Hôpital Avicenne	Pr Olivier Bouchaud, chef du service des maladies infectieuses et tropicales
médiatrice en santé publique, Hôpital Marmottan - présidente de l'Association SOS Hépatites Paris Ile-de-France, fondatrice du Collectif des Médiateurs en santé publique (C-MSP)	Hélène Delaquaize
Programme national de médiation santé en direction des habitants de bidonvilles Roms et des gens du voyage ; Association pour l'accueil des voyageurs (AŠAV)	Lucile Gacon, coordonnatrice
Médecins du monde (MDM)	Sophie Laurence, référente santé, direction des missions France Miruna Popescu, médiatrice sanitaire
président de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE), St Denis	Dr Didier Ménard, médecin généraliste

► Entretiens individuels

Première Urgence	Najat Lahmidi
Direction Générale de la Santé	Catherine Chardin, chargée de mission au bureau de lutte contre les infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose (SP2) Sylvie Germain Flore Moreux
Comité pour la santé des exilés (COMEDE)	Dr Pascal Revault, directeur opérationnel, médecin coordinateur du ; co-fondateur du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA de 2000 à 2005 "formation et suivi de médiateurs de santé publique" ; Joseph Rustico, coordinateur de l'équipe du COMEDE
France Médiation	Laurent Giraud
CCOMS (santé mental pair)	Bérénice Staedel
Atelier Santé Ville - Clichy sous-bois	Michel Fikojevic
Association globe 42	Malika Lebbal
Association INCITTA	Julien Perrin
Consultante santé pour Regard Santé	Célia CHISCHPORTICH
CGET	Eric Briat

ARS Auvergne Rhones Alpes	Fabienne Chambe
Mutualité Loire	Vincent Bourgin, coordonateur Akima Zellag, médiatrice santé Sandrine CALLET, médiatrice santé Emmanuelle PIEJOUJAC
Médiateur social de la Mission Squat au GIP Bordeaux Métropole Médiation	David DUMEAU
ARIFA	Isabelle gamiette
Médecins du monde (MDM)	Fanny Bordeinau
Hôpital Henri Mondor AP/HP	Bertrand Voisin, médiateur santé Parcours Santé VHC

► Groupe de lecture

Médecins du monde (MDM)	Sophie Laurence, référente santé, direction des missions France
Programme national de médiation santé en direction des habitants de bidonvilles Roms et des gens du voyage ; Association pour l'accueil des voyageurs (AŠAV)	Lucile Gacon, coordonnatrice
France Médiation	Laurent Giraud
président de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE), St Denis	Dr Didier Ménard, médecin généraliste
médiatrice en santé publique, Hôpital Marmotan - présidente de l'Association SOS Hépatites Paris Ile-de-France, fondatrice du Collectif des Médiateurs en santé publique (C-MSP)	Hélène Delaquaize
SOS Hépatites	Madame Danielle Desclec Dulac (Déléguée Nationale)
Coordinatrice Atelier Santé Ville Marseille Nord (15/16), Métropole Aix-Marseille Provence	Candice Mordo
inCittà	Julien Perrin et Célia Chischportich
Mutualité Française Loire	Vincent Bourgin et Sandrine Callet
Hôpital Henri Mondor AP/HP	Bertrand Voisin, médiateur santé Parcours Santé VHC

► Consultation publique

CNRS / PACTE
Association départementale d'éducation pour la sante du Rhône
Guyane promo santé, Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé
Rézo addictions 41
CLAT 53

Direction générale de la santé (ministère des affaires sociales et de la santé) – bureau infections par le VIH/hépatites/IST/tuberculose
Roannais agglomération
Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, service de la prévention des actions sanitaires
AIDES
Plateforme AAPRISS (Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé), Université de Toulouse
Association ADER
PoPS (point précarité santé), service de l'association l'oiseau bleu
Direction santé publique et environnementale ville de Grenoble
Association ENVIE
Médecins Sans Frontières
Académie nationale de médecine - commission XIV (déterminants de santé - prévention - environnement)
Centre Françoise Minkowska
Ville de valence, Direction santé familles environnement
Pôle de santé Chambéry Nord / Atelier Santé Ville Chambéry
COMEDE
Médecins du Monde
Unité départementale intersectorielle d'ethnopsychiatrie, « la causerie », EPS VILLE EVRARD
Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays De la Loire (URML PDL), Commission précarité
Ville de Paris, Bureau de la Prévention et des Dépistages, Sous-Direction de la Santé
Amicale du Nid
Autres réponses individuelles (N=2)

Annexe 8. Compte-rendu de la réunion de parties prenantes du 7 octobre 2016



Compte rendu

Réunion de parties prenantes – 7 octobre 2016

Médiation en santé - Elaboration de référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques

Participants

Présents

Parties prenantes (PP)

- Pr Olivier Bouchaud, chef du service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne
- Hélène Delaquaize, médiatrice en santé publique, Hôpital Marmottan - présidente de l'Association SOS Hépatites Paris Ile-de-France, fondatrice du Collectif des Médiateurs en santé publique (C-MSP)
- Lucile Gacon, coordonnatrice du programme national de médiation santé en direction des habitants de bidonvilles Roms et des gens du voyage – Association pour l'accueil des voyageurs (AŞAV)
- Sophie Laurence, référente santé, direction des missions France, Médecins du monde (MDM)
- Dr Didier Ménard, médecin généraliste, président de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE), St Denis
- Miruna Popescu, médiatrice sanitaire, Médecins du monde

HAS

- Catherine Rumeau-Pichon, chef du service évaluation économique et santé publique (SEESP) et directrice adjointe de la direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DE-MESP)
- Dr Olivier Scemama, adjoint au chef de service, SEESP
- Agathe Doutriaux, chef de projet, SEESP
- Magali Cagnet, chef de projet, SEESP

Excusés

Parties prenantes

- Sié Dionou, infirmier, médiateur de santé publique, Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris
- Yannick Lebihan, directeur des opérations France, MDM
- Sandrine Musso, anthropologue enseignant-chercheur, ancienne chargée de mission à l'IMEA, Aix-Marseille, Université Centre Norbert Elias
- Dr Marie-Dominique Pauti, médecin, coordonnatrice du programme de prévention des IST de Médecins du Monde, partenaires des médiateurs de santé formés dans le cadre du programme IMEA
- Mathieu Quinette, coordonnateur du programme de prévention des IST de Médecins du Monde, partenaires des médiateurs de santé formés dans le cadre du programme IMEA

- Dr Pascal Revault, directeur opérationnel, médecin coordinateur du Comité pour la santé des exilés (COMEDE), co-fondateur du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA de 2000 à 2005 "formation et suivi de médiateurs de santé publique"
- Joseph Rustico, coordinateur de l'équipe du COMEDE

Compte-rendu

Un tour de table a été effectué afin que chaque participant se présente et indique ses liens avec le sujet.

Un second tour de table a permis de partager les expériences et les attentes de chaque intervenant.

Deux présentations ont été projetées :

- Présentation de la médiation en santé (définition, état des lieux, expérience du SMIT de l'hôpital Avicenne, besoins prioritaires, DU Paris XIII), par Pr Olivier Bouchaud ;
- Présentation de la définition retenue par le collectif des médiateurs, par Héléne Delaquaize.

I-Objectifs

Les objectifs de cette réunion de parties prenantes (PP) ont été rappelés :

- présenter la saisine et son contexte ;
- discuter des éléments principaux suivants :
 - la médiation en santé, son périmètre d'application et ses missions ;
 - l'articulation entre la médiation et l'interprétariat en santé ;
 - le métier de médiateur en santé ;
 - les publics cibles ;
 - le format pour le référentiel de bonnes pratiques.

II-Eléments/sujet/questions abordés

1- Présentation du contexte, de l'objectif de la saisine et de la mise en œuvre envisagée

La HAS a rappelé que l'article 90 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé a introduit dans le Code de la Santé Publique un nouvel article prévoyant l'élaboration de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation en santé (MS) et d'interprétariat linguistique (IL). Cet article précise que les référentiels sont élaborés par la HAS. Cette mission a donc été inscrite au programme de travail 2016 de la HAS, demande portée par quatre directions d'administration centrale du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, la DGS, la DGOS, la DSS, la DGCS.

Pour réaliser ces référentiels, la HAS a décidé de s'appuyer sur une revue de la littérature, des réunions de PP sur chaque thème et des entretiens individuels pour approfondir certaines questions. La HAS envisage de mettre en place un groupe de relecture ou une consultation publique des projets de référentiels.

La HAS prévoit d'orienter la revue de la littérature sur les programmes mis en place, les référentiels publiés et sur les données de coûts, publiés en France et à l'étranger.

La HAS a rappelé son souhait :

- de s'appuyer sur les documents existants publiés, tels que le référentiel « Programme national de médiation sanitaire (PNMS) en direction des populations en situation de précarité », publié en septembre 2014 ;
- de produire des référentiels utiles et lisibles par les professionnels dans le domaine de la santé, les institutions, les médiateurs et prestataires.

La HAS a rappelé la notion de « parties prenantes ».

La HAS a présenté la bibliographie fournie par la DGS pour faire un état des lieux de la littérature consultée au jour de la réunion.

Discussion

La médiation en santé existe depuis de nombreuses années. Aussi, Hélène Delaquaize a souligné l'intérêt d'utiliser des références plus anciennes.

2- Discussion des points clés

a. Définition de la médiation

La HAS a présenté les définitions de la médiation (28), médiation sociale^{13,14}, médiation sanitaire / médiation en santé¹⁵, médiation culturelle (29, 30)¹⁶, identifiées dans plusieurs sources de la littérature.

La définition de médiation en santé identifiée dans la littérature est la suivante : « *une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.* »

Discussion

La définition de la médiation n'est pas évidente. Les PP ont suggéré de ne présenter et définir que la médiation en santé dans le référentiel, en précisant qu'elle héritait du cadre de la médiation sociale, sans qu'il y ait besoin de définir pour autant cette dernière. La charte d'Ottawa a également été mentionnée comme référence utile.

La terminologie a été discutée avec les PP, lesquelles préfèrent l'utilisation de « médiation en santé » à « médiation sanitaire ».

La définition identifiée dans la littérature a été retravaillée au cours de la réunion par les PP, ce qui a permis d'aboutir à la proposition de définition suivante :

« une interface de proximité, par une personne de confiance, compétente et formée à cette fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement, pour faciliter

- *d'une part l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès d'un public ;*
- *d'autre part l'information du système sur les obstacles du public dans son accès à la santé.*

Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. »

Les PP ont souligné la difficulté d'aboutir à une définition en cours de réunion et dans le cadre d'une réunion de PP de taille réduite et ont mentionné l'intérêt de faire valider cette définition par un groupe de PP élargi.

Points clés

¹³Définition européenne de la médiation sociale établie par 43 experts de 12 pays européens lors du séminaire en 2000 « Médiation sociale et nouveaux modes de résolution des conflits de la vie quotidienne ».

¹⁴CHARTRE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, visé par le comité interministériel des villes en date du 1er Sept 2004

¹⁵PELOSSE Lucie, La médiation santé, un outil pour les résoudre ?, Actes de la journée interprofessionnelle, 17 novembre 2009

¹⁶Médecins du monde. Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane. Nov 2010

- **Présenter uniquement la définition de la médiation en santé, en évoquant l'héritage de la médiation sociale**
- **Retenir la dénomination « médiation en santé » et non « médiation sanitaire »**
- **Faire valider auprès d'un groupe de travail élargi la définition retravaillée.**

b. Distinction entre médiation en santé et interprétariat en santé

La HAS a présenté deux schémas :

- un premier articulant dans le parcours de soins l'interprétariat linguistique et la médiation en santé ;
- un deuxième issu du guide belge sur la médiation interculturelle en santé (31).

Discussion

La distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat linguistique pourra s'appuyer sur les travaux existant dans le référentiel de PNMS (2014).

Par ailleurs, **la mission du médiateur sanitaire et ses compétences se distinguent bien de celles d'un interprète professionnel**. Bien que le médiateur ait besoin de connaître la langue de son public et la langue du pays d'accueil pour assurer l'interface entre les personnes qu'il accompagne et les structures de santé, il n'a pas vocation à être sollicité par les structures de santé pour réaliser une traduction. Le médiateur sanitaire ne reçoit d'ailleurs pas de formation d'interprétariat professionnel pour réaliser une traduction technique. Il situe son action en amont et en aval de l'intervention de l'interprète. Dans son référentiel sur le dispositif « femmes relais », l'association Profession Banlieue confirme cette distinction et met en exergue la plus-value de la médiation : « dans des situations de stricte traduction littérale, celle-ci ne peut se faire dans un climat de confiance que du fait du travail explicatif réalisé en amont et en aval ; ce qui constitue une grande différence entre médiation et interprétariat »¹⁶.

Une des missions du médiateur peut être de promouvoir le recours à l'interprétariat, mais en aucun cas de s'y substituer. La médiation et l'interprétariat sont complémentaires et il faut inscrire cette distinction dans les référentiels pour éviter les dérives observées au sein des institutions qui font appel aux médiateurs pour réaliser des actions d'interprétariat.

Les PP soulignent, d'une manière générale, l'importance de préciser les limites de la médiation, par rapport à l'interprétariat mais aussi par rapport aux champs relevant du domaine social et de l'éducation thérapeutique.

Contrairement à l'illustration de la médiation interculturelle en Belgique, Il apparaît hors sujet pour la France d'évoquer les problématiques de résolution de conflits dans le rôle du médiateur en santé.

Points clés

- **S'appuyer sur le référentiel PNMS existant**
- **Différencier les rôles de médiateur et d'interprète en santé**

c. Les missions du médiateur en santé

En introduction, il a été rappelé que la médiation en santé s'inscrit dans une démarche de « aller vers » et vise à l'autonomisation des personnes. La médiation est temporaire.

Les différents types de missions, identifiés dans la littérature, ont été présentés par grand thème, à savoir :

- L'accès aux droits, aux soins et aux aides ;
- La promotion de la santé ;
- Le partenariat.

Ainsi que les « directions » de ces missions, c'est-à-dire vers :

- Les médiateurs ;
- Les publics cibles ;
- Les professionnels ;
- L'environnement des sites de vie.

Discussion

La notion de l'« aller vers » propre à la médiation est large, et les PP soulignent que le médiateur en santé ne doit pas se substituer aux professionnels médico-sociaux. Il y a une limite importante à tracer entre le rôle social et le médiateur. Les médiateurs en santé doivent lutter contre les inégalités de santé en favorisant le retour vers le droit commun.

La notion d'autonomie est également discutée. Il ne faut pas rendre indispensable le passage par un médiateur. La responsabilité d'accès aux soins pour tous est une responsabilité nationale. Les PP se posent la question d'intégrer la notion « empowerment » dans le futur référentiel de la HAS.

Les différents champs de missions ont été précisés et modifiés au cours de la réunion avec les PP, et ce à partir du support présenté par la HAS de la manière suivante :

L'accès aux droits, aux soins et aux aides	La promotion de la santé	Le partenariat
<ul style="list-style-type: none">• Le repérage, l'information et l'orientation sur les droits et structures ressources [1]• Le suivi individuel pour l'accès aux droits communs• L'accompagnement physique vers les structures ou les administrations	<ul style="list-style-type: none">• L'écoute, le soutien moral, la réassurance, la construction du lien social• Le dépistage et la prévention• L'intervention dans des séances d'information ou de sensibilisation auprès de publics en partenariat avec les professionnels de santé• La dynamique de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none">• La mise en réseau des institutions, des professionnels et des publics• L'alerte des professionnels partenaires sur des situations difficiles individuelles [3]• La notification des dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes au sein de l'institution• Le repérage et la remontée des risques sanitaires• Le soutien des professionnels dans l'accompagnement des personnes en difficulté[2]

NB : en bleu les modifications apportées par les PP par rapport au tableau original issu d'un rapport de Médecins du monde (29)

[1] En direction du public-cible : Développer les connaissances du public-cible pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun ;

[2] En direction des professionnels : Mobiliser les acteurs et favoriser une meilleure connaissance du public-cible pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public-cible ;

[3] En direction de l'environnement des sites de vie : Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique ;

[4] En direction des médiateurs : Apporter un cadre commun auquel se référer, une formation initiale et continue, un espace d'échanges entre pairs (3)

Principalement, c'est la notion de « repérage » qui est ajoutée.

En plus de l'accès aux droits et aux soins, les PP proposent de rajouter l'accès « aux aides ». Les parties prenantes de l'ASAV et de MDM soulignent que beaucoup de populations vulnérables n'ont pas accès à la prévention et insistent sur la promotion nécessaire des dépistages dans le champ de la prévention.

De plus, la mission de lanceur d'alerte a été discutée et les PP ont insisté sur l'importance de la collaboration entre acteurs.

Il est rappelé que la médiation est une profession à risque de *burn-out*. Le médiateur est exposé aux difficultés des populations vulnérables, d'où l'intérêt :

- De définir le cadre des champs d'action de la médiation et le rôle du médiateur.
- De promouvoir le travail en groupe, la collaboration au sein d'une équipe et la mise en place de réseaux.

Les différents champs de missions, synthétisés au cours de la réunion et dans ce compte-rendu seront davantage développés dans les référentiels de la HAS.

Points clés

- **Ajouter la mission de repérage, d'accès au dépistage et à la prévention aux missions des médiateurs**
- **Prévenir les risques de la mission de « lanceur d'alerte » donnée aux médiateurs, en incitant à la collaboration entre acteurs**

d. Le métier de médiateur sanitaire

La HAS souhaite discuter de la posture (ex : cadre déontologique et éthique), du profil des médiateurs (ex : la médiation par les pairs), ainsi que des formations existantes et/ou futures.

Discussion

Les PP soulignent l'absence et la nécessité d'une charte de la médiation en santé. Il est proposé que la HAS se réfère à la charte de déontologie de la médiation sociale. Les PP insistent sur l'obligation de secret professionnel.

Les PP considèrent qu'un statut est indispensable afin de répondre au caractère précaire de la profession. Comme pour les autres professions dans le champ de la santé, les PP évoquent la possibilité à terme de créer un « ordre » des médiateurs en santé pour encadrer la profession.

La formation apparaît indispensable et obligatoire.

Olivier Bouchaud a présenté le diplôme d'Université qui sera mis en place à Paris 13 et initié par le COREVIH Ile-de-France Est. Les PP soulignent la nécessité de déterminer un volume minimum de formation requis, sans prérequis de niveau d'étude obligatoire, puisque les médiateurs sont parfois des « pairs » et qu'ils n'ont pas forcément le diplôme du baccalauréat. Dans la présentation du DU mis en place par Dr Bouchaud, il est également précisé que : « Le baccalauréat n'est pas requis mais le comité pédagogique s'assurera de la capacité du candidat à suivre l'enseignement ».

Le référentiel de la HAS devra préciser les attentes en termes d'acquisition de compétences données par les formations initiales, en terme de compétences techniques et de savoir être (ex : système de santé, empowerment, posture, écoute, prévention, accompagnement, droit).

Le tronc commun devrait inclure un socle de compétences transversales et ne pas être axé sur un type de population vulnérable en particulier (ex : les populations migrantes). Les PP précisent que les « spécificités » des populations vulnérables sont notamment prises en compte *via* le recours aux « médiateurs pairs » ; et que le tronc commun des formations pourrait être complété par des formations spécifiques propres à certaines populations.

La formation, éventuellement continue, doit permettre une évolution du médiateur dans son métier, en termes de fonction (chef de projet, coordinateur, etc.) comme en termes de milieu (associatif, institutionnel, etc.). A titre d'exemple et pour cette raison, la formation proposée par Paris 13 inclut un module « méthodologie de projet ».

Points clés

- **Nécessité d'avoir une charte de déontologie spécifique de la médiation en santé**
- **Importance de dégager un tronc commun à la formation, sans prérequis minimum pour y accéder**
- **Reconnaissance du statut de médiateur nécessaire pour lutter contre la précarisation de ce métier**

e. Identification des publics cibles

La HAS a présenté la définition des « publics vulnérables » proposée dans les documents préparatoires aux travaux parlementaires dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, ainsi qu'une illustration du NHS sur les « personnes socialement exclues ».

Discussion

La vulnérabilité au sens large inclut plusieurs champs : administratif, socio-économique (dont besoins de base tels que logement), linguistique, psychologique voire psycho-pathologique, affectif, culturel, etc.

La disparité géographique des publics cibles doit aussi être prise en compte : institution, zone urbaine sensible, zone rurale, milieu carcéral, etc.

Les PP suggèrent de ne pas tenter de définir de façon exhaustive les « populations vulnérables », et orientent la HAS vers les facteurs de vulnérabilité recensés par le COMEDE.

Points clés

- **Pas de définition exhaustive des populations vulnérables**
- **Reprendre les facteurs de vulnérabilité du COMEDE**

f. Le format pour le référentiel de bonnes pratiques.

La HAS propose que les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la médiation en santé pour les personnes éloignées du système de santé soient généraux et que le rôle de médiateur en santé soit illustré par des vignettes décrivant des situations réelles.

La cible de ces futurs référentiels a également été évoquée. Les PP envisagent le référentiel entre autres comme un outil pour promouvoir la médiation en santé au niveau national et pour soutenir les demandes de moyens à mettre en œuvre pour la suite au niveau de la DGS et des ARS. La

médiation en santé doit devenir une évidence pour les acteurs sociaux et sanitaires, et le médiateur doit pouvoir acquérir un statut pour sortir de la précarité.

Les PP précisent qu'un temps d'un mois est nécessaire pour la relecture du référentiel. Il pourrait être utile d'organiser une réunion avec un groupe plus large de PP et sur la base d'une première mouture rédigée par la HAS.

Présentations

- Médiation sanitaire et interprétariat linguistique - Elaboration de référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, support de la réunion présenté par la HAS
- Présentation de la médiation en santé (définition, état des lieux, expérience SMIT Avicenne, besoins prioritaires, DU Paris XIII), par Pr Olivier Bouchaud
- Présentation de la définition retenue par le collectif des médiateurs, par Héléne Delaquaize

Annexe 9. L'équipe

Ce travail a été coordonné et rédigé par Magali Cognet et Agathe Doutriaux, chefs de projet à la HAS dans le Service d'évaluation économique et de santé publique (SEESP). La feuille de route a été rédigée par Agnès Dessaigne, chef de projet à la HAS dans le SEESP.

Ce travail a été relu par le Dr Olivier Scemama, adjoint au chef de service, sous la direction de Mme Catherine Rumeau-Pichon, chef de service et adjoint au directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique.

Le secrétariat a été assuré par Laurence Touati-Guesdon.

La recherche documentaire a été réalisée au service Documentation-Veille, assistée de Maud Lefèvre, sous la direction de Frédérique Pagès, chef de service du service Documentation-Veille.

Les rapporteurs de la CEESP étaient : Daniel Bideau, de l'Union fédérale des consommateurs (UFC) Que Choisir, Jean-Claude K Dupont, chercheur, philosophe, Olivier Lacoste, géographe de la santé et Emmanuel Rusch, santé publique et épidémiologie, sous la direction de Christian Saout, président de la CEESP.

Bibliographie

1. Groupe de travail "Santé et accès aux soins". Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. "Santé et accès aux soins" Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf
2. Fédération éducation santé Rhône-Alpes (FRAES), Blanc G, Pelosse L. La médiation en santé : un outil pour l'accès à la santé. Rapport d'enquête, mars 2010. Lyon: FRAES; 2010.
http://education-sante-ra.org/publications/2010/mediation_sante.pdf
3. Association pour l'accueil des voyageurs (ASV), Médecins du monde, Sauvegarde du Nord. Référentiel. Programme national de médiation sanitaire (PNMS) en direction des populations en situation de précarité, septembre 2014. Paris; Saint-Denis: Ministère des affaires sociales et de la santé; INPES; 2014.
<http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/04/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-programme.pdf>
4. Incittà, Regards Santé, Chischportich C, Perrin J, Lankester LA. Evaluation et accompagnement de la médiation de santé sur Marseille. Marseille: Incittà; 2017.
http://www.incitta.fr/wp-content/uploads/file/Rapport_Final_Mediation_Sante_2015_2016.pdf
5. Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine de l'Est de l'Île-de-France. Place de la médiation. Vers une reconnaissance ? Compte-rendu de la soirée migrants et vih. Paris: COREVIH IDF; 2015.
<http://www.corevihest.fr/ckfinder/userfiles/files/commissions/Mag%20M%C3%A9diation%20Web%5B1%5D.pdf>
6. Association pour l'accueil des voyageurs (ASV). Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms. Rapport final d'évaluation Paris; Saint-Denis: Ministère des affaires sociales et de la santé; INPES; 2013.
<http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2012/08/rapport-final-d%C3%A9valuation-2011-2012-du-programme-exp%C3%A9rimental-de-m%C3%A9diation-sanitaire.pdf>
7. Médecins du monde. La médiation sanitaire et sociale : pratiques nouvelles et enjeux. Synthèse du colloque organisé par Médecins du Monde, novembre 2013. Paris: MDM; 2013.
<http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/SYNTHESE-COLLOQUE-NANTES-NOV2013.pdf>
8. Programme national de médiation sanitaire, Association pour l'accueil des voyageurs (ASV). Évaluation du programme national de médiation sanitaire. Rapport final. Paris: PNMS; 2016.
<http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>
9. Collectif français de Médiation en santé publique. Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane. Séminaire. Cayenne: CFMSP; 2010.
<http://www.cfmosp.org/spip.php?article110>
10. Point précarité santé. Accompagner vers la santé. Gières: POPS; 2015.
http://www.pops38.fr/images/stories/docs_pdf/Outils/Guideaccompagnerverssant.pdf
11. Lefebvre-Naré F, Rivière D, Fahmy-Vuillaumé S. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
www.cfmosp.org/IMG/doc/RAPPORT_FINAL_Evaluation_IMEA_rapp_fin_0310_1_-2.doc
12. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ». cahier des charges. Lyon: ARS Auvergne Rhône Alpes; 2016.
http://www.crdsu.org/f4091 Appel_a_projets.pdf
13. Programme nationale de médiation sanitaire. Les outils de la mallette du programme [En ligne] 2017.
<http://www.mediation-sanitaire.org/les-outils/mallette/>
14. Fédération des acteurs de la solidarité. Fiches actions du guide "accompagnement santé" [En ligne]. Paris: FNARS; 2015.
<http://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/sante/ressources-sante-menu/publications-fnars-sante-m/6233-dix-fiches-actions-pour-promouvoir-l-accompagnement-sante-2>
15. Organisation mondiale de la santé. Promotion de la santé. Charte d'Ottawa Geneve: OMS; 1986.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
16. Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique. Journal Officiel 2017;5 mars(55).
17. Institut national du cancer. Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du sein Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017.

<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>

18. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, février 2016. Les cahiers du CNLE. Paris: CNLE; 2016.

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_CNLE_au_suivi_du_plan_pauvrete_2016.pdf

19. France Médiation. La charte de référence de la médiation sociale [En ligne] 2017.

<http://www.francemediation.fr/orki/view/219/la-charte-de-reference.html>

20. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1968.

21. Rogers CR. Les groupes de rencontre - Animation et conduite de groupes. Paris: Dunod; 1973.

22. Rogers CR. La relation d'aide et la psychothérapie. Tomes I et II. 4ème ed. Paris: ESF; 1979.

23. Bloch MA, Hénaut L. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris: Dunod; Fondation Paul Benetot-Groupe Matmut; 2014.

24. Médecins du monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France en 2015. Paris: MDM; 2016.

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>

25. Comité pour la santé des exilés. Soins et accompagnement. migrants / étrangers en situation précaire. Guide pratique pour les professionnels. Le Kremlin Bicêtre: COMEDE; 2015.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

26. Warin P. Le non-recours aux politiques sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 2016.

27. Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), Warin P. Le non-recours : définition et typologies - working paper. Grenoble: Odenore; 2010.

https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf

28. Guillaume-Hofnung M. La médiation Paris: PUF; 2015.

29. Médecins du monde. Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane Cayenne: Médecins du Monde; 2010.

30. Es-Safi L. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. Pensée Plurielle 2001;1(3):27-34.

31. Verrept H, Coune I. Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé. Brussels: FPS Health Safety of the Food Chain and Environment; 2016.

http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fr_2016_04_20_guide.pdf



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :
www.has-sante.fr