

# La Médiation en Santé

## Expérience au sein du CLAT 94

Bertrand Voisin, Médiateur en Santé  
Créteil, Septembre 2020

### PLAN DE LA PRESENTATION

- I. **Éléments de définition et de compréhension de la médiation en santé**
- II. **La médiation en santé au sein du CLAT du Val de Marne**
- III. **La médiation au sein d'un Projet préventif en santé des MNA sur le département du Val de Marne**
- IV. **Quel est le cadre de la médiation en santé**
- V. **Conclusion**
- VI. **Glossaire**
- VII. **Bibliographie**



# I. Éléments de définition et de compréhension de la médiation en santé



## A. DEFINITION

- La Médiation en Santé a pour but de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'accompagner des patients dans leurs démarches de soins et d'accès aux droits communs.

Il y a une méconnaissance par les usagers (et parfois des professionnels de santé) de leurs droits et des réseaux de santé de proximité. Par conséquent, la Médiation en Santé vise à améliorer l'accès aux droits fondamentaux, la prévention et les soins des personnes qui en sont éloignées.

Elle est reconnue par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (Art.90 de la LMSS du 26 janvier 2016), pour garantir à chacun des soins de qualité.

Elle est inscrite également dans le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Plus Démunis) 2018-2022 pour réduire ses inégalités.

## B. Éléments historiques

- Le mot « médiation » est dérivé du latin (« *mediare* ») qui veut dire, « être au milieu ».
- Des initiatives locales « d' **aller vers** » voient peu à peu le jour dans les années 1980. Le Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS) avec *Médecins du Monde*, sur les terrains de Nanterre, accueille la première vague de migrants venus de l'Est, appelés les "Tsiganes roumains de Nanterre". Ce programme introduit ce concept de médiation sanitaire.

Aussi, dans les années 1990, à Marseille, Le programme « Médiateur de santé mentale » s'inscrit dans un contexte historique local particulier avec l'épidémie du SIDA qui modifie la lecture sanitaire de l'usage de drogues. Une politique de santé, venant des pays anglo-saxons, « *the Harm Reduction Model* », (*trad. anglaise de La Réduction des risques*) va proposer que des usagers interviennent comme intermédiaires entre le système de soin dit « de droit commun » et les personnes malades, dans cette démarche d'« aller vers ».

- Ces expérimentations sont alors influencées par la médiation familiale et la médiation judiciaire. C'est une approche sanitaire qui vise à amener le malade à agir pour sa santé.
- Il y a 3 dynamiques concomitantes:
- Eclairer le concept d'*interculturalité* (c.a.d établir une reconnaissance, un dialogue, une relation de confiance et un enrichissement réciproque des cultures entre le médiateur et le patient).
- Faciliter l'inscription dans le système de santé des personnes vulnérables.
- Interroger la question des rapports entre pouvoir et savoir (transformation des représentations et des pratiques des soignants).

## C. Définition législative et enjeux

- L'article D.1110-5 du CSP, issu du décret n°2017-816 du 5 mai 2017 stipule que:

“la Médiation en Santé, désigne la fonction d’interface assurée entre des 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.

Ces dispositifs concernent notamment les migrants, les primo-arrivants, les demandeurs d’asile, les personnes en situation de grande précarité et de vulnérabilité, les personnes sous main de justice, d’isolement, les mineurs non accompagnés, et les personnes en situation d'illettrisme, de handicap”.

## D. Cadre juridique

- La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé inscrit notamment trois décrets essentiels sur le cadre juridique de la médiation en santé.

*L'un relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations (1),*

*Le second relatif à la liste des structures de coopération sanitaire (2),*

*Le troisième relatif au consentement préalable d'information entre professionnels (3) :*

- 1) Le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.
- 2) Le décret n°2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins.
- 3) Le décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

## E. Enjeux

- Principaux enjeux identifiés par la DGS :
  - **Pour les patients:** ce sont les avantages des actions de l'**aller vers** des populations éloignées du soin (information, réassurance, reprise de contact avec les réseaux de solidarités, reformulation, confiance et écoute, usage pédagogique des outils numériques).
  - **Enjeux de santé publique:**
    - Favoriser une prise en charge dans les meilleurs délais, accélérer l'accès aux dépistages.
    - Contribuer à limiter la gravité des pathologies, la diffusion d'épidémies et de maladies transmissibles, favoriser le bien être individuel.
    - Contribuer au projet thérapeutique.
    - Faire évoluer les pratiques des professionnels, dans le respect du secret professionnel et du droit à la confidentialité.

## F. Principes Déontologiques

La HAS retient trois grands Principes Déontologiques qui s'appliquent à la Médiation en Santé, à savoir :

La Confidentialité et le Secret Professionnel

Le Non Jugement

Le Respect de la Volonté de la Personne



## G. A qui s'adresse la Médiation en Santé ?

- ✓ Aux personnes éloignées des systèmes de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité:

Ex. Isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé, difficultés liées à la barrière de la langue française ou aux outils numériques, sans papiers.

- ✓ Aux institutions/professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations.

Le Médiateur en Santé (re)crée du lien et participe à un changement des représentations d'une pathologie, et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.

- ✓ Il repère, informe, oriente, accompagne temporairement.
- ✓ Il a une connaissance précise de son territoire d'intervention, des acteurs mobilisables et des publics.
- ✓ Il propose des actions de sensibilisation auprès des travailleurs sociaux et des publics.

## H. Le développement du partenariat

- Le partenariat, défini au sens d'une collaboration entre professionnels du secteur médico-social, afin de consolider le parcours de santé d'un patient, constitue le mode d'intervention privilégié du médiateur. Ces échanges facilitent l'entrée du patient dans le système de soin et de santé (par la mise en place d'un dépistage ciblé ou sur site, par des consultations précoces, par la disponibilité du médiateur, par une ouverture de droits à l'assurance maladie, etc.).
- La médiation en santé ne doit ni se substituer aux professionnels en place, ni compenser l'absence de ceux-ci sur le territoire. Au contraire, le médiateur en santé doit tenir sa position de **personne ressource et de personne relais**.

# I. Quels sont les obstacles à franchir ?

## Obstacles liés au système de soins

- Difficultés d'accès à une couverture maladie ou à une domiciliation administrative
- Difficultés d'accès à une offre de soins
- Manque de recours à l'interprétariat
- Grande vulnérabilité du patient
- Méconnaissance du système de soins et administratif

## Obstacles liés au public

- Difficultés d'accès liées aux conditions de vie du patient (hébergement temporaire, personne « surnuméraire » d'un foyer, exclusion, pauvreté, etc..)
- Manque d'information ou méconnaissance des dispositifs de droit commun, des offres de soins et des ressources disponibles sur le territoire.
- Difficultés de communication (téléphone injoignable, barrière de la langue, illettrisme, analphabétisme, compréhension difficile, etc.)
- La santé n'est pas toujours la priorité des patients en situation de vulnérabilité
- Co-morbidités psychiatriques et/ou addictologiques

## J. Champs d'action

- La Médiation en Santé débute avec un diagnostic initial territorial permettant d'identifier les obstacles aux soins, les besoins latents et les attentes d'un public sur un territoire.
- Ce diagnostic sert de point de départ au suivi et à l'évaluation du champ de la médiation en santé. Les cinq champs d'action du médiateur en santé sont de:
  1. (Ré)créer la rencontre et l'échange entre les populations vulnérables et les Professionnels de Santé/ Etablissements médico sociaux/ d'insertion sociale
  2. Faciliter la coordination du parcours de soins du patient
  3. Proposer des actions de prévention en santé auprès des structures d'accueil et d'hébergement migrantes et demandeurs d'asile (HUDA, CPH, CADA, FTM, Résidence sociale, etc.)
  4. Faciliter la mise en place d'actions de dépistages sur site

## K. Qu'est ce qui différencie le travail du médiateur en santé des autres professions médico sociales?

- Le médiateur en santé contribue à renforcer le suivi médico-social du patient, par le **soutien** et l'écoute qu'il apporte au patient. Il intervient lorsque celui-ci en éprouve le besoin.
- Il ne réalise pas un travail de « doublon » des éducateurs, des infirmiers ou des assistantes sociales, mais soutient, écoute le patient dans son parcours de santé et son insertion sociale.

C'est-à-dire qu'il consolide l'autonomie du patient par:

- La réassurance, la pédagogie.
- Le temps consacré au patient pour reformuler des points qu'il n'a pas compris ou qu'il redoute.
- Le patient a parfois besoin de parler à une personne autre que ses référents habituels, pour motiver ses besoins ou se confier.

# L. Objectifs

## Le Médiateur en Santé:

- ❖ Recense les besoins et les préoccupations des patients lors d'un entretien (au lit du patient hospitalisé ou en salle de consultation du CLAT) ou par un **dialogue** téléphonique.
- ❖ Le cas échéant, il informe ses collègues d'une situation problématique afin d'appréhender au mieux le suivi d'un patient.
- ❖ Encourage la dynamique de santé communautaire
- ❖ Sollicite son « réseau » de médiation en santé pour accompagner et orienter au mieux le patient

## M. Quand se termine une action de médiation en santé ?

- La médiation en santé est une démarche qui s'inscrit dans un temps défini, dans le cadre d'un dispositif ou d'un projet de santé publique local et/ou régional limité dans le temps.
- Elle vise donc "*l'empowerment*": (trad. Anglais: Renforcer ou acquérir du pouvoir). C'est-à-dire le processus par lequel un individu acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'agir, de s'émanciper, de prendre soin de lui. La médiation est donc **temporaire**, elle tend à rendre autonome la personne, et à renforcer les missions des professionnels en charge du suivi du patient.

### La médiation prend fin quand :

- La personne est suffisamment autonome pour prendre en charge sa santé (droits ouverts CPAM, accès aux soins, bonne observance, accès aux droits communs).
- La médiation n'a pas de pertinence pour la personne (Ex: Relais déjà en place, ou le patient n'adhère pas à la médiation, ou les compétences demandées ne relèvent pas de la médiation mais d'autres champs comme la psychiatrie, le handicap).
- La personne a bénéficié de ce dont elle avait besoin.

## N. Quelles formations, Quels profils?

- Deux formations :
  - L'une a été mise en place à l'université Paris 8 Saint Denis (2009-2015). Celle-ci n'existe plus. *Elle dispensait du Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires (DESU) « d'Information, Médiation, Accompagnement en Santé » (niveau Bac + 4). La formation dépendait de l'UFR de Droit de la Santé et durait 332 heures. Elle s'adressait essentiellement à des éducateurs, des assistantes sociales, des professionnels de santé, des militants ou salariés d'associations, souhaitant compléter leurs compétences et/ou expérience dans le domaine de la médiation.*
  - L'autre formation, plus récente, existe depuis 2018. C'est un Diplôme Universitaire (D.U) de Médiation en Santé mis en place à l'université Sorbonne Paris –Nord 13. *La formation dépend de l'UFR de Santé, médecine et biologie humaine et dure 258 heures. Elle s'adresse aux intervenants associatifs, personnels cadres du secteur médico-social, et aux médiateurs en santé souhaitant valider un diplôme.*
- Ces deux formations, apportent aux stagiaires une approche pluridisciplinaire.
  - La première (DESU) englobait la connaissance des maladies, la psychologie appliquée à l'accueil et à l'écoute, le droit des usagers et la responsabilité médicale.
  - La seconde (DU) propose une formation en matière de médiation sanitaire, de pathologies chroniques, de santé publique, d'organisation du système sanitaire, social, d'anthropologie sociale et culturelle, de droit.



# O. Quels objectifs, Quels débouchés?

- OBJECTIFS :

Ces deux formations apportent des compétences pour :

- Conduire des interactions efficaces dans les situations de face à face avec les usagers, mais aussi dans les relations avec les institutions.
- Délivrer une information médicale en dehors du cadre de la relation médecin/malade.
- Informer des usagers et des professionnels sur leurs droits et responsabilités
- Coordonner des parcours santé auprès des institutions
- Conduire des projets de santé publique

- DEBOUCHES :

Les structures qui peuvent recruter des médiateurs en santé sont :

- les «maisons des usagers», les points d'informations santé dans les collectivités locales, les ARS, les services de téléphonie médico-sociale, les établissements de santé, les associations, les réseaux de santé de proximité ou collectivités territoriales.
- Aussi, les associations de malades ou de recherche, de service qualité d'établissement de santé, de service de communication en santé

## II. La médiation en santé au sein du CLAT 94

A. Pour l'équipe du CLAT

B. Pour les partenaires

## II. La médiation en santé au sein du CLAT 94

### A. Pour l'équipe du CLAT

- En lien avec l'équipe, je facilite le suivi des patients vulnérables ou éloignés du système de soins.
- Favorise l'accès aux droits communs des patients par l'orientation vers des structures de proximité du lieu de vie du patient (EDS, permanence de la CIMADE ou de la CPAM, CCAS, Accueils de jour, ASL, PADA de FTDA, CMS, MRS, PAD, CMP, CSAPA, CJC, association pour le droit des étrangers sur le Val de Marne, etc.).
- Recrée le lien avec les services sociaux hospitaliers lorsque le patient hospitalisé n'a pas pris contact ou partiellement avec l'assistante sociale du service: Il facilite la mise en place du protocole de soins ALD, la vérification des droits à l'Assurance Maladie, etc..
- Pour les patients sortants de détention et sous traitement, sollicite les services pénitentiaires d'Insertion et de Probation de la Maison d'Arrêt de Fresnes pour assurer au mieux le suivi médical à l'extérieur.
- Contribue à la mise en place des dépistages dans les hébergements « migrants » (HUDA) et mobilise les résidents pour se rendre sur le lieu du dépistage en lien avec les équipes de travailleurs sociaux.
- Répond aux problématiques de couverture sociale, de soutien psychologique, d'aide administrative, d'apprentissage du français, ou de demande d'asile des patients suivis au CLAT qui le demandent.

## II. La médiation en santé au sein du CLAT 94

### **B. Pour les partenaires des structures d'hébergement collectifs (FTM, HUDA, CPH, CHRS, Résidence sociale, accueil de jour, etc.)**

- Propose des réunions d'information:
  - Auprès des salariés.
  - Auprès des usagers.
- Informe et oriente des résidents vers les réseaux de santé de proximité (dispositifs de santé mentale et des addictions, PASS, CEGIDD, etc.) du Val de Marne
- Facilite les échanges avec le CLAT pour le dépistage des sujets contacts et le suivi médical des cas index (rendez vous médical, rendus de radios, etc.)
- Contribue, si les partenaires le souhaitent, à solliciter d'autres acteurs de santé publique (AIDES, CEGGID, Plateforme Vaccinale de la CRF, P.U.I, etc.) en vue d'un dépistage groupé sur site.

## III. Le projet MNA sur le Val de Marne

- **A. Les recommandations et textes de loi**
- **B. Etat des lieux**
- **C. La démarche de projet**

# Le projet en santé des MNA sur le Val de Marne

## A. Les recommandations et textes de loi

- Instruction de la DGS du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et la mise en place d'un RDV santé des primo-arrivants.
- Le HCSP a été saisi par la DGS en date du 23 octobre 2018 afin de proposer un référentiel pour la mise en place d'un bilan de santé initial à réaliser chez les enfants étrangers isolés, dits MNA (Mineurs Non Accompagnés).
- L'Avis du HCSP (mai 2019) sur les « Infections tuberculeuses latentes, détection, prise en charge et surveillance » étendant l'âge à 18 ans du dépistage et du traitement des ITL.
- L'Avis du HCSP du 7 novembre 2019 relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés.

# Le projet en santé des MNA sur le Val de Marne

## B. Etat des lieux

- Etat des lieux sur la situation des MNA dans le Val de Marne (916 MNA confiés à l'ASE, 38 a la PJJ, 92% d'hommes, âge moyen de 16 ans a l'arrivée dans un dispositif sur le 94)
- Partage d'éléments de diagnostic sur la santé des MNA (difficulté d'accès aux droits, aux soins, etc.)
- Problématiques de Santé identifiées: Hygiène, santé mentale, addictions (tabac, cannabis, etc..), sommeil.
- Réflexion sur les modalités de prise en charge actuelle: besoin de concevoir un parcours de santé fléché du MNA

# Le projet en santé des MNA sur le Val de Marne

- Le « rendez vous santé » et ses modalités de suivi: quel professionnel de santé concerné /quel centre référent/ combien de MNA vus en consultation /quelle coordination/ comment/quand.
- Identifier des médecins référents pour la pathologie diagnostiquée à l'issue de ce rendez vous santé, au niveau des partenaires pour la coordination du parcours santé des MNA
- Construction d'outils pour consolider le parcours de santé du MNA: Exemple: Fiche navette ou fiche de liaison à établir dans le cadre du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison inscrit dans l'article 95 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé.



# Le projet en santé des MNA sur le Val de Marne

## C. La démarche de projet

- Le médiateur répertorie les structures ad hoc qui prennent en charge les MNA sur le département du Val de Marne et prend note de leurs caractéristiques spécifiques.
- Il recense les besoins des partenaires pour le suivi des MNA
- Il mobilise, informe, rencontre ces partenaires pour qu'ils adhèrent au projet
- Il contribue à la mise en place de réunions de travail et de préconisations
- Il construit et anime avec l'équipe de l'ARSDT94 et le CLAT, un parcours de santé adapté du MNA, allant du dépistage jusqu'à son issue de traitement

## IV. Le cadre de la médiation en santé

J'accompagne les patients du CLAT dont l'équipe a saisi une demande ou un besoin en médiation. Cet accompagnement se formalise par:

- Une rencontre et un entretien en tête à tête dans un local du service
- Des échanges téléphoniques avec le patient.
- Des échanges téléphoniques et par mails avec les professionnels des structures de proximité et/ou les référents sociaux.
- La médiation se produit principalement par **échanges téléphoniques**, avec l'aide parfois d'ISM Interprétariat. Du reste, je me déplace pour accompagner un patient vers un autre service hospitalier du CHIC, soit au lit du patient hospitalisé en compagnie ou non d'une infirmière, ou dans un autre centre de soins. Je n'accompagne pas le patient physiquement dans ses démarches sociales à l'extérieur.

Je suis un **interface**, un lien, qui se positionne entre les soignants et les travailleurs sociaux.

## V. CONCLUSION

- La médiation en santé est un outil essentiel pour pallier au manque et carence du système de soins et de santé concernant la prise en charge des patients les plus vulnérables.
- La médiation en santé est un facteur essentiel dans la prévention des maladies infectieuses et transmissibles et dans la réduction des risques.
- Elle s'adapte, avec l'aide de tous les acteurs en charge des patients, au plus près des situations qui nécessitent une coordination des soins.
- La démarche « d'aller vers », au cœur de la médiation, donne un sens concret aux motivations des patients et aux réponses à apporter.

# VI.GLOSSAIRE

- ASL: Atelier Sociolinguistique
- CADA: Centre D'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- CCAS: Centre Communal d'Action Sociale
- CEGIDD: Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Hépatites et VIH.
- CHUM: Centre d'Hébergement d'Urgence Migrants (n'existe plus)
- CIMADE: Association à but non lucratif qui intervient auprès des personnes étrangères en situation irrégulière, migrantes ou demandeuses d'asile, et qui propose de l'assistance juridique, par de l'accueil des étrangers dans des permanences juridiques, des actions de solidarité internationale, des interventions en prison et en locaux de rétention, sensibilisation du grand public aux thèmes portés par l'association.
- CMS: Centre Municipal de Santé
- CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPH: Centre Provisoire d'Hébergement
- CSP: Code Santé Publique
- DGS: Direction Générale de la Santé
- EDS: Espace Départemental des Solidarités
- FTDA: France Terre d'Asile
- FTM: Foyer de travailleur Migrant
- HAS: Haute Autorité de Santé
- HCSP: Haut Conseil de Santé Publique
- HUDA: Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
- ITL: Infection Tuberculose Latente
- LMSS: Loi de Modernisation du Système de Santé
- MNA: Mineurs Non Accompagnés
- MRS: Mouvement de Réinsertion Sociale
- PADA: Point d'accueil pour Demandeurs d'Asile
- PASS: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PNMS: Programme National de Médiation Sanitaire.  
<http://www.mediation-sanitaire.org/le-programme/genese-du-programme/>

## VII. BIBLIOGRAPHIE

- « *La médiation en santé: des origines à de nouvelles perspectives?* ». Revault.P. In La Santé en Action. Dossier Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. N°442. Décembre 2017.
- « *Un nouveau réformateur social: le malade.* [Communication] Ve internationale sur le sida, Montréal, 4-9 juin 1989, Actes, 1990, n°5-8. Defert.D
- Haute Autorité de Santé. Référentiel de compétences, de formations et de bonnes pratiques. *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin.* Paris: HAS, octobre 2017: 69p. En ligne: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_prevention.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_prevention.pdf)
- « *Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins.* Legros M. Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale , Paris, 28 novembre 2012. Paris: ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012:53p. En ligne: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_couv.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf)
- « *La médiation* ». Michèle Guillaume Hofnung. 28/01/2015. Collection PUF
- « *La médiation en Santé: Un place émergente dans la politique de lutte contre le VIH/Sida. En direction des migrants* ». Mme Nathalie Duparc-Gaye. Mémoire Inspecteur de l'action sanitaire et sociale Promotion 2002-2003. Ecole Nationale de la Santé Publique.
- « *Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé* ». Galland C. Revue sociétés. 2009/3 n°105.
- Présentation du Parcours santé VHC suivi patients au Groupe Multiprofessionnel des prisons: <https://gmprison.files.wordpress.com/2018/10/parcours-vhc-en-detention-par-bertrand-voisin.pdf>
- « *La médiation en santé: contours et enjeux d'un métier interstitiel: l'Exemple des immigrant(e)s vivant avec le VIH* ». Mme Marjorie Gerbier-Aublanc. Edition CEPED. Centre Population et Développement. Mai 2020.