



La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider



Rapport remis par Alexandre Berkesse, Philippe Denormandie, Emilie Henry, Nolwenn Tourniaire,
avec le concours de Farida Belkhir, membre de l'inspection générale des affaires sociales



Juillet 2023

SYNTHESE

La médiation en santé constitue un processus relationnel qui concourt à la résorption d'inégalités sociales de santé grâce à sa fonction d'interface entre publics vulnérables et acteurs de santé.

D'initiative associative et historiquement ciblée sur des publics marginalisés (VIH, prostitution, gens du voyage...), la médiation en santé s'adresse désormais à des publics en situation de vulnérabilité pour des motifs variés qu'ils soient endogènes (précarité socioéconomique, crainte de la stigmatisation, situation de handicap, etc.) ou exogènes (complexité du système de soins, difficultés et délais d'accès, etc.). Malgré l'absence d'étude médico-économique en France ou à l'étranger, de nombreuses initiatives territoriales ont permis d'éprouver la pertinence et l'utilité de la médiation en santé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, conduisant à sa reconnaissance institutionnelle progressive notamment au travers la loi de modernisation du système de santé de 2016.

Cette reconnaissance institutionnelle tardive et partielle explique l'absence de recensement fiable au niveau national, exercice rendu d'autant plus délicat que les structures de rattachement des actions de médiation sont diverses : centres de santé participatifs, maisons de santé, associations menant des actions de santé, établissements de santé, établissements médico-sociaux, centre communal d'action social et, bien que plus rarement, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. La mission estime le nombre de médiateurs.rices en santé compris dans une fourchette allant de 750 à 1 000 professionnel.les. Cette estimation n'épuise toutefois pas le champ des situations d'interventions de médiation en santé, lesquelles mobilisent également des bénévoles qui constituent en quelque sorte le réseau informel de proximité et de confiance du professionnel, au plus près des lieux de vies des personnes concernées par les actions de médiation en santé.

La médiation en santé permet en effet d'intervenir aux différentes étapes du parcours d'un individu afin de prévenir les ruptures tout en produisant des externalités bénéfiques à l'ensemble du système de soins.

En amont de la filière de soins, la médiation en santé participe de la promotion de la santé globale et, ce faisant, contribue à l'encapacitation des personnes. Elle facilite en outre la prévention de par ses actions de repérage, de dépistage et le diagnostic des publics en situation de précarité ciblés. Au sein de la filière de soin, l'impact de la médiation en santé est également significatif dans la mesure où elle contribue à garantir l'accès effectif aux services de santé. D'une part, parce qu'elle permet de garantir l'accès aux droits par un accompagnement à leur ouverture, laquelle conditionne l'entrée et le maintien dans la filière des soins. D'autre part, car elle contribue à garantir l'effectivité des soins, que ce soit au travers l'accompagnement physique de la personne à ses différents rendez-vous (garantissant ainsi la continuité du parcours de soins ou prévenant des refus de soins ou discriminations) ou par une intermédiation culturelle et/ou linguistique sans laquelle l'expression du besoin, la prise en compte de dimension holistique de la personne, la compréhension du langage médical ou l'observance thérapeutique seraient compromises. Enfin, la médiation en santé constitue un investissement social rentable puisqu'elle contribue à l'amélioration globale de l'état de santé des individus et de la population grâce notamment à des actions de prévention. Par ailleurs dans des contextes favorables déjà bien dotés en ressources

professionnelles et communautaires, et bien qu'il ne s'agisse pas de sa vocation première, **les interventions de médiation en santé ont également pour effet de réduire la pression pesant sur les ressources du système de santé**, que ce soit en permettant de dégager du temps médical et paramédical ou en réduisant le nombre de passage inappropriés aux urgences.

Malgré la démonstration empirique de sa pertinence et de son utilité pour lutter contre les inégalités sociales de santé, la médiation en santé se heurte notamment à trois freins qui limitent son efficacité et son efficience. Premièrement, **l'absence de reconnaissance statutaire** qui entretient l'ambiguïté sémantique autour de ce que recouvre la « médiation en santé » et limite sa bonne appréhension tant par les publics concernés que par les acteurs institutionnels et partenaires des médiateurs. Deuxièmement, la médiation en santé pâtit d'un cumul de **rapports de pouvoirs professionnels et institutionnels défavorables à la bonne coopération entre acteurs et à la reconnaissance de la pertinence de ces actions souvent réalisées en dehors des établissements** : d'une part, parce qu'elle peine à asseoir sa légitimité professionnelle dans un environnement caractérisé par le désintérêt voire la défiance de certains professionnels mus par la crainte, consciente ou inconsciente, de réinterroger ou partager leurs pratiques professionnelles ; d'autre part, en raison du fonctionnement institutionnel cloisonné du monde sanitaire, médico-social et social qui **complique le positionnement d'interface de la médiation en santé**. Enfin, parce que les acteurs perçoivent **les financements publics comme complexes et non pérennes**, affectant leur capacité à projeter des actions sur le moyen terme et à recruter des professionnels sur des emplois perçus comme précaires tant matériellement que symboliquement.

Compte tenu de ce qui précède, la mission recommande aux pouvoirs publics d'agir prioritairement sur la levée de ces freins. Pour ce faire, elle propose une feuille de route articulée autour de trois chantiers et assortie d'une méthode de pilotage qui en constitue l'indispensable complément. En effet, considérant que le caractère fragmenté et secondaire du pilotage des enjeux de la médiation en santé au sein des ministères sociaux est susceptible de compromettre l'opérationnalisation de la présente feuille de route, **la mission recommande la mise en place d'un comité ad hoc chargé de piloter, en lien avec les acteurs concernés, l'avancement concret des recommandations qui suivent.** Elle propose par ailleurs de **confier à ce comité une enveloppe budgétaire ayant vocation, en lien avec Santé publique France, à financer l'engagement de travaux de recherche-action** en vue d'asseoir la médiation en santé sur un « haut niveau de preuve », d'en quantifier les coûts évités et de déterminer des indicateurs pertinents de mesure de son impact tant pour bénéficiaires que sur le système de soins.

Prioritairement, la mission recommande d'achever la professionnalisation et la reconnaissance des métiers de la médiation en santé. En effet, alors qu'elle constitue de fait une activité relevant pleinement du champ des acteurs de la santé, l'absence de cadre statutaire et de reconnaissance symbolique par le ministère en charge de ces sujets complique le positionnement d'interface de la médiation en santé. **Par conséquent, la mission recommande de consacrer l'existence du métier de médiateurs et médiatrices en santé en l'inscrivant dans le code de la santé publique.** Cette consécration législative **devra en outre s'accompagner de l'inscription du métier dans les répertoires idoines** (référentiel métier de la fonction publique hospitalière, répertoire opérationnel des métiers et des emplois de Pôle emploi, etc.) et **de la formalisation d'un cadre déontologique.** La mission suggère que cette tâche soit confiée au collectif de promotion de la médiation en santé qui pourrait utilement se constituer en association nationale à cet effet.

Corrélativement, la mission recommande de bâtir des voies d'accès et de formation inclusives au métier de médiateurs et médiatrices en santé. En effet, si certaines formations et DU existent déjà, la mission considère que la reconnaissance d'un métier spécifique exige la structuration d'une filière de formation susceptible de garantir une professionnalisation adéquate. **Pour ce faire, elle préconise la mise en place de deux voies, l'une relevant de la formation initiale, l'autre de la formation continue.** Concrètement, la mission recommande de créer :

- **un diplôme de médiation en santé de niveau licence également accessible par la voie de la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP) ;**
- **une certification professionnelle de médiation en santé** enregistrée au répertoire nationale des certifications professionnelles (RNCP) **permettant d'accéder au métier par la voie de la formation continue ou la reconnaissance d'une VAE.**

Une esquisse de socle commun des connaissances requises pour pratiquer la médiation en santé est proposée en annexe afin de servir d'appui à la construction des formations.

La structuration du cadre statutaire permettra de fidéliser et d'élargir progressivement le vivier des acteurs de la médiation en santé. Parallèlement, et aux mêmes fins, **la mission propose une série de mesures** (recommandations n° 2 et n°3) **visant à en améliorer les conditions d'exercices** en garantissant un accompagnement et un outillage adéquat.

Enfin, considérant que **la professionnalisation des acteurs de la médiation en santé doit aller de concert avec sa valorisation auprès des autres acteurs du parcours de santé**, la mission préconise tant l'engagement d'actions de communications et d'interconnaissances entre établissements dispensant ces formations que l'intégration d'un module théorico-pratique de sensibilisation à la médiation en santé dans le parcours de formation initiale et continue des acteurs de santé, du secteur social et médico-social.

Parallèlement au chantier statutaire, la mission préconise de rationaliser et de pérenniser l'architecture du financement dévolu par l'Etat à la médiation en santé. En effet, l'efficacité de la médiation en santé pâtit en effet d'un mode de financement émietté et majoritairement perçu comme précaire. En effet, le financement de la médiation en santé est éclaté entre plusieurs acteurs et, parmi ses acteurs, divers canaux (ARS, Politique de la ville, assurance maladie, collectivités territoriales, expérimentations article 51 de la LFSS pour 2018...). Cet éparpillement se double d'un défaut de stabilité financière lié à des financements essentiellement non pérennes (appels à projet) ou perçus comme tel. Cette absence de lisibilité et de pérennité est préjudiciable pour l'ensemble des acteurs : les porteurs de projets (démarches chronophages pour tenter d'obtenir plusieurs financements et couvrir les charges liés à un ETP), les professionnel.le.s de la médiation en santé (postes perçus comme précaires), l'Etat (absence d'information financière fiable et agrégée) et surtout, les bénéficiaires (l'instabilité financière fragilisant des dispositifs et donc, *in fine*, la qualité voire la capacité d'intervention dont l'efficacité est pour partie basée sur l'établissement dans la durée d'une relation de confiance).

La mission propose de remédier à ces défauts en rationalisant et pérennisant l'architecture financière de la médiation en santé. Considérant la diversité des structures porteuses de médiation en santé, laquelle ne permet pas d'envisager un modèle de financement unique, la mission préconise une modélisation par typologie de structures.

Tableau 1 : Modèles de financement cibles de la médiation en santé

Type de structure	Mode de financements actuels	Inconvénients	Modèle cible préconisé par la mission	Avantages
Centre et maison de santé participatif	FIR, assurance maladie au titre de l'exercice coordonnée (ACI et accord national des centres de santé), politique de la ville, collectivités territoriales, privés	Complexité, dimensionnement insuffisant, absence d'engagements pluriannuels	Accord conventionnel au titre de la démarche participative qui intègre une dotation au titre de la médiation en santé (sur le modèle de l'expérimentation SECPA dont le montant est jugé suffisamment dimensionné)	Visibilité et dimensionnement suffisant
SECPA (expérimentation)	Assurance maladie au titre d'une expérimentation article 51 LFSS 2018	Expérimentation qui arrive à terme fin 2023		
Etablissements de soins	MIGAC	Absence de traçabilité des crédits fongibles avec les autres besoins de l'hôpital (risque d'usage en tant que variable d'équilibre des comptes)	Dotation à l'instar des autres postes	Visibilité et facilitation du déploiement au sein des ES
Etablissement médico-social	ONDAM spécialisé	Contraintes inhérentes au pilotage de l'ONDAM	ONDAM spécialisé	Visibilité
Associations menant des actions de santé	FIR, politique de la ville, collectivités territoriales, collectivités territoriales, privés	Complexité, dimensionnement insuffisant, absence d'engagements pluriannuels	Engagements pluriannuel via le FIR (enveloppe ISS) appuyé lorsque nécessaire sur des CPOM.	Visibilité
Cabinets libéraux	Aucun	N'existe aucune incitation	Exprimer un forfait par patient répondant à certaines caractéristiques (socioéconomiques, problèmes d'autonomie...) sur le modèle de l'expérimentation Equip'Addict (microstructures)	Amélioration des conditions de travail des professionnels et du parcours de soins des patients Incitation financière

Source : Mission

Par rapport au système actuel, les principaux points d'évolution portent sur le financement :

- des **centres de santé participatifs et des maisons de santé participatives**, pour lesquels le recours à un **financement conventionnel** via l'assurance maladie est préconisé ;
- des **établissements de santé**, pour lesquels la mission recommande d'acter, dans le cadre de la refonte du mode de financement des hôpitaux, le principe d'un **financement des postes de médiation en santé par dotation fléchée** ;
- des **associations menant des actions de santé**, que la mission recommande de soutenir via des **engagements pluriannuels du FIR**, adossé lorsque la taille de l'association ou les montants financés l'exigent à un CPOM et, **idéalement, sanctuarisé dans le cadre d'une sous-enveloppe FIR dédiée à la lutte contre les inégalités de santé**.

Enfin, la mission estime nécessaire d'ouvrir un chantier technique visant à identifier les besoins non couverts. En effet, outre l'existence en aval d'une offre de soins et de services publics suffisamment dimensionnés, la détermination de critères permettant d'évaluer les besoins territoriaux, et donc d'allouer les ressources à due proportion de ces besoins, constitue le préalable technique au déploiement d'une stratégie de déploiement massif de la médiation en santé pertinente. A la démarche classique consistant à déterminer les besoins à partir du croisement d'indicateurs (socioéconomiques, populationnels, d'offres de soins, médicosociaux), la mission propose d'adopter une démarche horizontale reposant sur l'expression directe des besoins des personnes.

Une telle démarche participative pourrait être expérimentée sur certains territoires pionniers, en mobilisant par exemple les moyens nouveaux mis à disposition dans le cadre de la phase 2 du CNR Santé. Si cette méthode présente l'avantage de faire avec les personnes concernées, sa réussite suppose cependant des conditions favorables d'un point de vue technique (temps, coûts, échelon local circonscrit au bassin de vie) et éthique (posture, bienveillance). Son expérimentation par certains territoires, telle que la Guyane, pourrait utilement être envisagée avant un déploiement à plus grande échelle.

TABLEAU DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Recommandation n°1 Engager des travaux de recherche-action en vue (i) d'évaluer l'efficacité de la médiation permettant d'asseoir la médiation en santé sur un « haut niveau de preuve », (ii) de quantifier les coûts évités grâce à la médiation en santé et (ii) de déterminer des indicateurs pertinents de mesure de l'impact de la médiation en santé tant pour bénéficiaires que sur le système de soins.	1	Comité de pilotage/Santé publique France	Dernier trimestre 2023
Recommandation n°2 Faciliter l'accès à des formations sur la médiation en santé à l'instar de ce qui a été développé dans le champ de la santé mentale avec les premiers secours en santé mental et examiner les modalités d'une extension du congé pour activités civiques aux individus dûment formés.	2	Ministère de la Santé (DGS)	2024
Recommandation n°3 Consolider l'outillage et l'accompagnement des médiateur.ices ainsi que des équipes au sein desquelles ils évoluent dans le cadre de programmes régionaux de la médiation en santé incluant notamment de l'analyse de pratiques et des modalités de structuration des échanges avec les partenaires (remontées des dysfonctionnements du système de santé, identification d'un réseau de référents, conditions d'accès au dossier médical partagé).	2	Ministère de la santé, ARS et DREETS	2024
Recommandation n°4 Consacrer l'existence du métier de médiateur.ice en santé, assorti d'un cadre déontologique, par son inscription idoine dans le code de la santé publique et les répertoires métiers.	1	Ministère de la Santé (DGOS)	Dernier trimestre 2023
Recommandation n°5 Créer un diplôme de médiateur.ice en santé de niveau licence également accessible par la voie de la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP).	1	Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur	Dernier trimestre 2023

Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Recommandation n°6 Créer une certification professionnelle de médiation en santé enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) permettant d'accéder au métier par la voie de la formation continue ou par la reconnaissance d'une VAE.	1	Ministère de la Santé (DGOS+DGS)/ France compétences	Dernier trimestre 2023
Recommandation n°7 Prévoir des sensibilisations à la médiation en santé tant dans le cursus de formation initiale que dans la formation continue des professionnels de santé, des cadres et dirigeant du secteur sanitaire, médico-social et social.	1	Ministères sociaux (DGOS, DGS, DGCS)	Dernier trimestre 2023
Recommandation n°8 Rationaliser l'architecture financière de la médiation en santé en actant le principe d'un canal de financement majoritaire stable par typologie de structures (financement conventionnel, engagements pluriannuels du FIR, dotations hospitalière, ONDAM spé).	1	Ministère de la Santé (DGS, DSS, SGMAS, DIPLP)	Dernier trimestre 2023
Recommandation n°9 Expérimenter sur un ou plusieurs territoires volontaires une démarche d'expression directe des besoins des personnes concernées en lien avec les professionnel.le.s de ces territoires	2	Ministère de la Santé/ARS/ Comité de pilotage	2024
Recommandation n°10 Mettre en place dès septembre 2023 un comité paritaire de suivi de l'opérationnalisation des recommandations de la présente feuille de route. Confier un budget dédié à ce comité afin d'assurer le lancement de l'étude recommandée (recommandation 1) ainsi que l'évaluation de la mise en œuvre des mesures.	1	Cabinet du ministre de la Santé	Septembre 2023

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
TABLEAU DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	11
1 BIEN QU'AYANT LARGEMENT FAIT LA DEMONSTRATION EMPIRIQUE DE SON INTERET POUR CONTRIBUER A LA RESORPTION D'INEGALITES D'ACCES A LA SANTE, LA MEDIATION EN SANTE DEMEURE INSUFFISAMMENT RECONNUE	11
1.1 INTERFACE ENTRE LES INDIVIDUS ET LE SYSTEME, LA MEDIATION EN SANTE VISE A SURMONTER LES OBSTACLES INDIVIDUELS ET SYSTEMIQUES QUI ALIMENTENT LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	11
1.1.1 <i>Malgré un système de santé reconnu comme performant relativement aux pays de l'OCDE, des inégalités sociales de santé perdurent en France.....</i>	11
1.1.2 <i>Revêtant des situations hétérogènes, la médiation en santé vise la résorption d'inégalités sociales de santé grâce à sa fonction d'interface entre publics vulnérables et acteurs du système de santé.....</i>	13
1.2 CONFORTES PAR LES RESULTATS D'INITIATIVES EMPIRIQUES, LA MEDIATION EN SANTE CONSTITUE UNE PRATIQUE PERTINENTE POUR REDUIRE TANT LES INEGALITES D'ACCES QUE LES TENSIONS PESANT SUR LE SYSTEME DE SOINS.....	21
1.2.1 <i>Malgré l'absence d'évaluation médico-économique permettant d'assoir académiquement la médiation en santé, les autorités scientifiques nationales en admettent la pertinence.....</i>	21
1.2.2 <i>La médiation en santé contribue à tempérer les inégalités sociales de santé</i>	22
1.2.3 <i>Compte tenu de ses effets sur la santé globale et sur le système de soins, la médiation en santé constitue un investissement social rentable</i>	24
1.3 MALGRE LA DEMONSTRATION DE SA PERTINENCE, LA MEDIATION EN SANTE SE HEURTE A DE NOMBREUX FREINS SUSCEPTIBLES D'OBERER SON EFFICACITE.....	26
2 PRIORITAIRE, LA RECONNAISSANCE STATUTAIRE ET FINANCIERE DE LA MEDIATION EN SANTE CONTRIBUERAIT A RENFORCER L'ARSENAL DE LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	28
2.1 DANS LES CONDITIONS ACTUELLES, LA POURSUITE D'UN OBJECTIF DE MASSIFICATION DE LA MEDIATION EN SANTE REPOSANT SUR L'ACCROISSEMENT DE SON VIVIER DE BENEVOLES PARAIT INADAPTEE VOIRE CONTREPRODUCTIVE	28
2.2 PREALABLEMENT A TOUTE MASSIFICATION, LA PROFESSIONNALISATION DE LA MEDIATION EN SANTE VIA LA RECONNAISSANCE D'UN METIER ET DE FILIERES SPECIFIQUES DOIT ETRE ACHEVEE	29
2.2.1 <i>La facilitation des conditions d'intervention des acteurs de la médiation en santé permettrait de fidéliser voire d'élargir progressivement le vivier des intervenants.....</i>	29
2.2.2 <i>La médiation en santé professionnelle mérite d'être reconnue comme activité relevant pleinement du champ des acteurs de la santé</i>	30
2.2.3 <i>La reconnaissance du métier devra s'accompagner de l'aménagement de plusieurs voies d'accès et de formations afin de tenir compte de la diversité des profils des professionnels actuels.....</i>	32
2.3 ILLISIBLE ET PERÇUE COMME PRECAIRE, L'ARCHITECTURE FINANCIERE DE LA MEDIATION EN SANTE POURRAIT ETRE RATIONALISEE ET PERENNISEE	34
2.3.1 <i>L'architecture financière de la médiation en santé se caractérise par un émiettement source d'illisibilité et d'instabilité pour les acteurs.....</i>	34

2.3.2	<i>Sans prétendre bâtir un modèle unique adapté à la diversité des structures employeuses, l'architecture financière de la médiation en santé pourrait à court terme être rationalisée et pérennisée</i>	37
2.3.3	<i>Délicate en méthode, une identification robuste des besoins non couverts devra reposer sur des diagnostics territoriaux repartant des besoins des personnes</i>	40
2.4	AFIN DE GARANTIR L'OPERATIONNALISATION DU PRESENT PLAN, LA MISE EN PLACE D'UN COMITE DE SUIVI PARITAIRE EST VIVEMENT PRECONISEE.....	41

LISTE DES ANNEXES	42
ANNEXE 1 : NOTE DE CADRAGE DE LA MISSION	43
ANNEXE 2 : UNE MISSION QUI A CONDUIT SES INVESTIGATIONS AVEC LE SOUCI DE CONCERTER ET COCONSTRUIRE AVEC LES PARTIES PRENANTES	46
ANNEXE 3 : PROPOSITION DE SOCLE COMMUN DES CONNAISSANCES REQUISES POUR LES PRATIQUES DE MEDIATION EN SANTE	48
ANNEXE 4 : FICHE DE POSTE MEDiateur.RICE EN SANTE INCLUSE DANS LE CAHIER DES CHARGES DE L'EXPERIMENTATION « STRUCTURES COORDONNEES D'EXERCICE PARTICIPATIVES »	51
ANNEXE 5 : RECENSEMENT DES FORMATIONS EXISTANTES	54
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE ARS	55
ANNEXE 7 : REVUE DES PRATIQUES ETRANGERES	70
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	119
LETTRE DE MISSION	127

RAPPORT

1 Bien qu'ayant largement fait la démonstration empirique de son intérêt pour contribuer à la résorption d'inégalités d'accès à la santé, la médiation en santé demeure insuffisamment reconnue

1.1 Interface entre les individus et le système, la médiation en santé vise à surmonter les obstacles individuels et systémiques qui alimentent les inégalités sociales de santé

1.1.1 Malgré un système de santé reconnu comme performant relativement aux pays de l'OCDE, des inégalités sociales de santé perdurent en France

Si les comparaisons internationales¹ font état d'un système de santé français performant et accessible à tous, cela ne doit pas masquer l'existence d'inégalités sociales de santé : en 2019, 3,6 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine ont renoncé à des soins médicaux contre 3,1 % en 2017². Si la période considérée fait état d'inégalités qui perdurent, la mission considère qu'une dynamique d'aggravation ne peut pas être exclue compte tenu des effets encore invisibles de la crise sanitaire sur les inégalités sociales³.

Multifactoriel, le renoncement aux soins entretient les inégalités sociales de santé. Le renoncement peut être le produit de motifs endogènes tenant aux caractéristiques individuelles, ou exogène tenant au système de santé.

Parmi les facteurs endogènes, ce sont essentiellement des motifs géographiques, socioéconomiques ou le faible niveau de littératie en santé qui alimentent le renoncement⁴. Certes, le renoncement aux soins (notamment pour des raisons financières) est difficile à appréhender considérant que ce dernier est une appréciation subjective tout comme le motif invoqué pour l'expliquer. Néanmoins, il apparaît que toutes choses égales par ailleurs, vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en conditions de vie le multiplie par 3,2. Les facteurs d'éloignement des soins pouvant de

¹ OCDE, panorama de la santé, 2021

² Statistiques sur les ressources et conditions de vie de l'Insee (Legal, 2015)

³ Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives, Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey

⁴ Sondage « Les Français et le renoncement aux soins », OpinionWay, 2019

surcroît se cumuler au reste, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées⁵ dans les zones de faible densité médicale.

Les motifs systémiques les plus couramment mis en avant pour expliquer le renoncement aux soins sont l'inaccessibilité de l'offre (délai, horaires)⁶ ainsi que son inadaptation aux différents groupes sociaux⁷. La CNCDH⁸ relève à cet égard qu'en « l'absence d'adaptation des actions aux différents publics, les mesures de prévention peuvent au contraire accroître les inégalités sociales de santé ». Ainsi en va-t-il « des campagnes de sensibilisation et d'information nutritionnelles, davantage destinées aux milieux favorisés dont le niveau d'étude leur permet de mieux comprendre les messages et les indicateurs tels que les étiquettes nutritionnelles » de même que leur niveau économique leur permettent d'appliquer ces recommandations. A contrario, la CNCDH relève qu'en l'absence de mesures concrètes pour favoriser l'accès des plus démunis à une alimentation équilibrée, « ceux-ci risquent de rejeter un message qui leur est impossible de mettre en œuvre faute de revenus suffisants. Plus la perception des préconisations est difficile, plus il y a une défiance de la part des groupes sociaux les plus défavorisés et plus les campagnes renforcent la stigmatisation de ces populations. »

Plusieurs études⁹ suggèrent par ailleurs que la dématérialisation est susceptible d'engendrer du non-recours aux prestations sociales et aux services et que des mesures appropriées sont nécessaires pour lutter contre le non-recours incluant notamment la facilitation de l'accès aux droits.

La mission relève de ses investigations que d'autres motifs systémiques méritent d'être également considérés. Elle constate ainsi l'insuffisante formation de la plupart des professionnels de santé à la prise en charge de la dimension sociale des problèmes de santé¹⁰. De surcroît, elle relève que leurs conditions de travail ne sont pas favorables à l'établissement de relations suivies avec les services sociaux. De tradition bismarckienne, le système de santé français n'a pas été conçu ni aménagé pour prendre en charge l'usager de façon holistique (pour exemple l'absence d'objectif de promotion de la santé dans l'organisation des soins primaires). Ainsi, la structuration des acteurs, leurs modes de négociation, principalement tournés vers les tarifs et les filières de soins, privilégient des préoccupations centrées sur l'organisation de l'offre, le curatif et la gestion du risque.

⁵ Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, Aude Lapinte et Blandine Legendre

⁶ Sondage « Les Français et le renoncement aux soins », OpinionWay, 2019

⁷ Constat sous-jacent au principe d'universalisme proportionné

⁸ Avis sur les inégalités sociales de santé A – 2022 - 1

⁹ Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), Actes synthétiques du colloque des 6 et 7 juin 2019, Paris Cité des sciences et de l'industrie

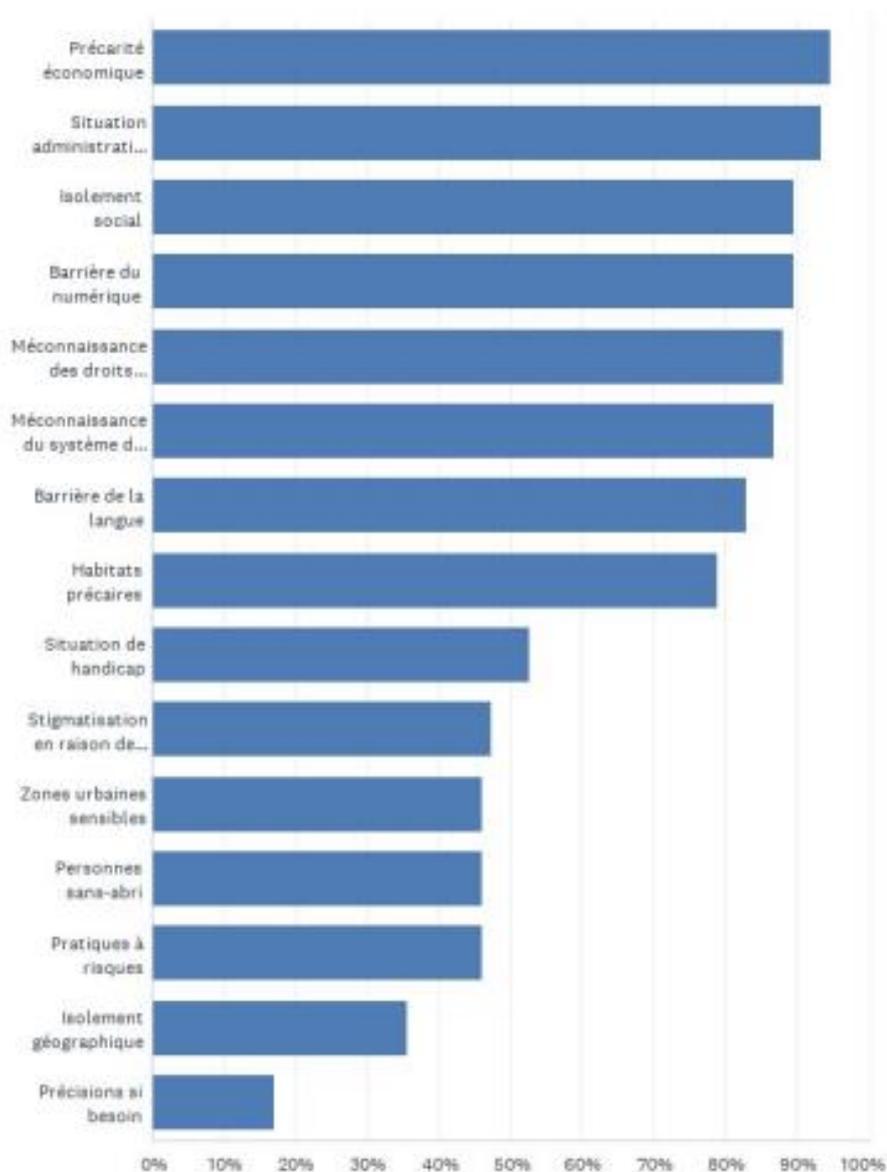
¹⁰ Observatoire des inégalités, Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée ? 2007

1.1.2 Revêtant des situations hétérogènes, la médiation en santé vise la résorption d'inégalités sociales de santé grâce à sa fonction d'interface entre publics vulnérables et acteurs du système de santé

Historiquement ciblée sur des publics marginalisés (VIH, prostitution, gens du voyage...), la médiation en santé s'adresse désormais à des publics en situation de vulnérabilité plus variés pour des raisons endogènes ou exogènes. En effet, loin de se réduire à une dimension univoque, les obstacles endogènes qui obèrent l'accès aux soins peuvent être d'ordre physique (éloignement, situation de handicap ou contrainte fonctionnelle), culturel (méconnaissance, crainte de la stigmatisation), économique (pauvreté, insolvabilité), psychologique/psychiatrique (désintérêt pour sa santé, minimisation ou déni des signes d'appels), relationnels (sentiment d'être jugé moralement, manque d'empathie, paternalisme, etc.), expérientiels (absence de réponses à leurs besoins lors de soins précédents, difficulté à faire confiance aux professionnels de santé suite à des accompagnements inadéquats, etc.) déterminants qui ont tendance à s'agréger en renforçant l'éloignement des personnes au regard du soin¹¹. À ces facteurs s'ajoutent des obstacles consubstantiels au système de soins (manque de lisibilité, complexité du système, difficultés d'accès, délais d'accès, zones blanches...). En résulte donc une diversité de publics potentiellement concernés par un besoin de médiation en santé.

¹¹ Enquête médiation en santé et numérique, Yasmine Chiaruzzi, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Graphique 1 : Principaux facteurs de vulnérabilités des publics accompagnés par la médiation en santé



Source : Yasmine Chiaruzzi, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Panorama historique du développement de la médiation en santé en France

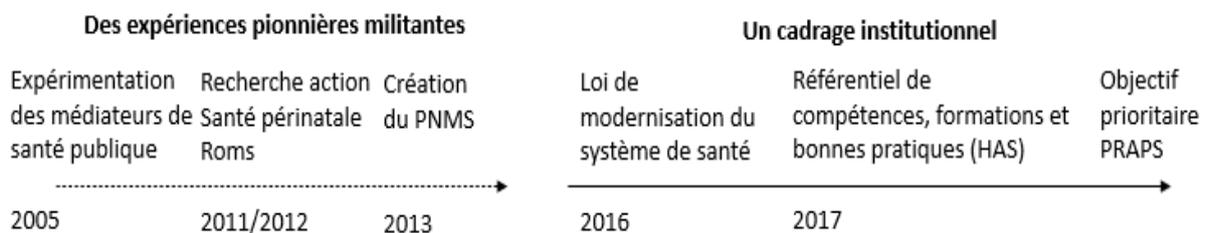
La médiation en santé apparaît à l’initiative de la société civile, singulièrement dans le champ du VIH. En effet, au début des années 1990 en l’absence de traitement antiviral efficace, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH s’est structurée autour d’associations de patients. Dans un contexte où le VIH/sida produisait un rejet social et parfois même par les professionnels de santé, l’accompagnement des patients dans leurs parcours de soins a fait naître un besoin de médiation, notamment pour les personnes migrantes. L’objectif était de mieux les guider dans leurs droits et leurs accès aux prestations de soins tout en facilitant l’interface avec des soignants dont les représentations étaient parfois figées et stigmatisantes pour leurs patients. Déjà les médiateurs et médiatrices en santé se plaçaient en interface entre les personnes et le système de santé et ses acteurs. Il et elles faisaient avancer une conception globale de la santé, se positionnant sur une forme d’accompagnement global des personnes vivant avec le VIH. Cette première génération de médiateurs, répondant à la logique d’*empowerment* et d’autosupport des associations communautaires de personnes séropositives avec l’émergence de « pairs » a en outre bénéficié de la dynamique de « femmes-relais » puis « adultes-relais » impulsée dans le cadre de la politique de la ville.

Dans un deuxième temps et de façon parallèle, certaines disciplines médicales (diabétologie, psychiatrie, etc.) ou organisations de soins (gériatrie, réseaux de santé...) ont développé d’autres formes de médiation telles que les patients « pairs » proposant notamment un soutien ou un accompagnement (intégrant une intention thérapeutique).

Puis, les autorités de santé ont pris conscience de la nécessité de développer l’interprétariat considérant que la barrière de la langue est un obstacle à la prise en soin.

Enfin, la reconnaissance institutionnelle de la médiation en santé a été amorcée, le référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS) en constituant une étape significative.

Schéma 1 : La reconnaissance institutionnelle progressive et partielle de la médiation en santé en France



Source : Elodie Richard, PHD student, CIFRE Fnasat et Equipe PHARes, Université de Bordeaux

Cet élargissement progressif des publics cibles de la médiation en santé constitue un des facteurs explicatifs de l'institutionnalisation progressive de ces pratiques. La contribution de la médiation en santé professionnelle à l'amélioration globale du système de santé a été consacrée dans le code de la santé publique par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹² : la médiation en santé poursuit ainsi le double objectif (i) de faciliter l'accès aux droits, à la prévention, aux soins de publics vulnérables et (ii) de sensibiliser les acteurs du système de santé aux obstacles du public à son accès. Cette même loi a confié à la Haute autorité de santé (HAS) la responsabilité de l'édiction d'un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : selon ce référentiel, la médiation santé est un processus temporaire de « l'aller-vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer (i) 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 (ii) la prise en compte par les acteurs de la santé de la dimension holistique, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public¹³.

Schéma 2 : La médiation en santé comme interface



Source : Mission – retraitement du référentiel HAS

Loin de se réduire à une fonction unique, la médiation en santé constitue un processus polymorphe revêtant des situations hétérogènes. Cette hétérogénéité s'applique tant aux individus concourant aux actions de médiation en santé qu'aux structures de rattachement de ces actions.

S'agissant des individus, la mission a relevé au moins 4 situations d'interventions mobilisant différents degrés d'expertise de médiation en santé, allant du bénévolat à l'expertise professionnelle. Schématiquement, en résulte une gradation en deux niveaux :

- un niveau 1 mobilisant des bénévoles (situations d'interventions 1 et 2 du tableau 1), lesquels constituent en quelque sorte le réseau informel de proximité et de confiance du

¹² 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

¹³ HAS. (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 70.

professionnel, au plus près des lieux de vie des personnes concernées par les actions de médiation en santé ;

- un niveau 2 mobilisant des professionnels (situations d'interventions 3 et 4 du tableau 1) généralement rattachés à des structures sanitaires, médico-sociales, sociales ou associatives menant des actions en santé.

Faute de données agrégées fiables, la mission s'est heurtée à une double difficulté méthodologique tant quantitative que qualitative. Ainsi, la quantification exacte du nombre d'acteurs impliqués dans l'ensemble du processus de médiation ainsi que la détermination de leurs caractéristiques sont en l'état délicates. S'appuyant sur les données produites par la FNASAT et Sidaction dans le cadre de l'étude « médiateurs et médiatrices en santé : un métier à co-construire¹⁴ », la mission a tenté de dresser un état des lieux du nombre et des caractéristiques des professionnel.le.s relevant de la situation d'intervention numéro 4. Elle estime ainsi le nombre de médiateurs.rices en santé compris dans une fourchette allant de 750 à 1 000¹⁵. Ces données qui, bien que ne reposant pas sur un échantillon représentatif, semblent au demeurant cohérentes avec les données régionales disponibles en Ile-De-France, Guyane et Nouvelle Aquitaine, permettent également d'esquisser le profil de ces professionnel.le.s en termes de genre (il s'agirait majoritairement de femmes), d'âge (majoritairement des personnes de moins de 50 ans) et de niveau de diplôme (plus de 65 % ont un équivalent Bac+3 et plus)¹⁶.

Par ailleurs, si les structures de rattachement des actions de médiation en santé se caractérisent également par leur diversité (centres de santé participatifs, maisons de santé, associations, établissements de santé ou médico-sociaux, centre communal d'action social et plus rarement, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires), les investigations terrains tout comme l'étude susmentionnée font ressortir la prépondérance des associations. Cela peut s'expliquer tant par l'histoire du développement de la médiation en santé en France, largement impulsé par le mouvement associatif, que par leur cadre de gestion plus souple relativement aux établissements, de santé et médicosociaux.

¹⁴ Cette étude inclut 215 médiatrices et médiateurs en santé mettant en œuvre la médiation en santé dans 151 structures. Les données sont issues de deux questionnaires mis en ligne entre janvier et avril 2023 sur le périmètre de la France entière. L'un s'adresse aux postes de direction et de coordination de structures mettant en œuvre la médiation en santé, l'autre concerne les personnes en médiation en santé. Leur diffusion est réalisée par échantillonnage en boule de neige

¹⁵ Fourchette reposant sur une extrapolation réalisées à partir du taux de participation au questionnaire parmi les professionnels connus des régions Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Guyane.

¹⁶ Les filières les plus représentées étant celles du sanitaire et du social (près de 70 % en cumulé).

Tableau 2 : Les différentes situations de médiation – de la médiation en santé bénévole à la médiation en santé professionnelle

	Niveau 1		Niveau 2	
	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4
Contexte de l'action de médiation	Ce n'est pas un travail, c'est un engagement ponctuel mais en dehors d'un cadre associatif.	Ce n'est pas un travail mais c'est un engagement, ponctuel ou pérenne, via une association.	Je le fais dans le cadre de mon travail mais c'est en dehors de mes missions (glissement de tâche).	C'est spécifiquement mon travail
Qualification institutionnelle de la personne mobilisant des compétences de médiation	Citoyen	Bénévole associatif, services civiques, pair aidance, femmes-relais	Médiateur (culturel, social, numérique, etc.) ou autres métiers (postier, agent dans un service public, etc.)	Médiateur en santé
Actions	Proximité facilitant le lien de confiance, organisation du lien avec la médiation en santé professionnelle, accompagnement physique aux démarches de soins, orientation vers les professionnels de santé		Proximité facilitant le lien de confiance, organisation du lien avec les partenaires du champ sanitaire et social, accompagnement dans l'accès aux droits	Re-crée la rencontre avec les personnes concernées, proximité facilitant le lien de confiance, faciliter la coordination du parcours de soins, proposer des actions collectives de promotion de la santé, participer aux actions structurantes de partenariat, sensibiliser les acteurs de l'éco-système sanitaire et sociale aux difficultés des usagers
Compétences mobilisées	Connaissance du réseau des acteurs professionnels, faculté et agilité à orienter		Savoirs, savoir être et savoir faire sous-jacents au code ROME K1204	Savoirs, savoir être et savoir faire issues de la formation qualifiante (voir socle de compétences en annexe du présent rapport)
Pairité	Peut être un pair ou non	Peut être un pair ou non	Peut être un pair ou non	Peut être un pair (médiateur de santé-pair) ou non

Source : Mission

La médiation en santé permet d'intervenir aux différentes étapes du parcours de santé d'un individu pour prévenir les ruptures de parcours. En amont de la filière de soins, la médiation en santé participe à la promotion de la santé globale. En effet, suivant les principes de l'OMS¹⁷, les dispositifs de médiation en santé organisent, ou participent à l'organisation, d'actions collectives de prévention et de promotion de la santé. Le dispositif de médiation permet ainsi, du fait de sa proximité avec des publics spécifiques, de les mobiliser mais aussi de faciliter l'adaptation de messages généralistes à des publics ciblés. Dans cet esprit, de nombreuses structures rencontrées proposent des ateliers, généralement organisés autour d'un moment convivial (café, repas) servant de médiation au débat sur un thème de santé (VIH, suivi gynécologique, droits des femmes, thyroïde, prévention des accidents cardio-vasculaires...). Dans certaines structures d'exercice collectif de soins primaires, des activités plus innovantes sont expérimentées, notamment des ateliers co-animés par des soignant.e.s et des médiateur.rices autour de problématiques de santé (santé de l'enfant, sommeil, lombalgies chroniques...) en relais de la consultation.

Outre la promotion de la santé globale et, partant, le renforcement des facultés d'encapacitation des personnes, la médiation en santé facilite la prévention par ses actions de repérage, de dépistage et d'identification des publics en situation de précarité ciblés. L'ensemble des structures rencontrées mettent en place ce type d'actions, souvent dans le cadre de missions d'aller-vers pouvant prendre diverses formes : présence régulière sur un marché alimentaire fréquenté par les adultes de la cité, partenariat avec des associations proposant des activités pour enfants en pieds d'immeubles permettant d'aller vers les parents durant l'activité de leurs enfants, permanence au sein d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile, maraude d'un camion de soins primaires au sein de bidonvilles, etc.

Dans le cadre du parcours au sein de la filière de soin, l'impact de la médiation en santé est également significatif dans la mesure où elle contribue à garantir l'accès effectif aux soins.

En premier lieu, parce qu'elle permet de garantir l'accès aux droits par un accompagnement à leur ouverture et au renouvellement, laquelle conditionne l'entrée et le maintien dans la filière des soins. Si le temps consacré aux droits santé varie selon les territoires, suivant notamment le maillage plus ou moins dense en travailleurs sociaux, il ressort des investigations de la mission que l'ensemble des médiateur.rices en santé interviennent sur l'accès aux droits¹⁸, tâche qui constitue souvent la porte d'entrée car elle répond le plus souvent à une demande ou un besoin urgent, et qu'elle permet d'établir le lien de confiance entre l'individu et le/la médiatrice. La mission a constaté au cours des entretiens que cette mission d'accompagnement dans l'accès aux droits occupait une part importante et croissante des médiateurs et médiatrices. Elle émet un point de vigilance fort à cet égard considérant le risque de dévoiement de la médiation en santé qui pourrait devenir une tâche de substitution et alimenter des logiques de compétition notamment avec les acteurs du travail

¹⁷ L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. La promotion de la santé se décline en 5 axes que sont l'élaboration de politiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

¹⁸ Tâche qui accapare plus ou moins de temps selon l'existence ou non d'un partenariat robuste avec les acteurs du champ social.

social. La mission observe que dans les environnements favorables où les ressources humaines (assistant.es sociales, permanences d'écrivains publics dans les maisons de quartier notamment) existent et où une collaboration a pu être travaillée entre les acteurs, les médiateurs et médiatrices en santé peuvent faciliter la résolution rapide des situations complexes toujours dans cette position d'interface (avec les travailleurs sociaux cette fois). Afin de garantir l'efficacité de la médiation en santé, la mission considère qu'il est souhaitable que des réflexions soient conduites pour faciliter les démarches d'accès aux soins. La complexification de ces dernières, à quoi s'ajoute la dématérialisation et la fermeture des guichets physiques feraient peser un risque fort de dévoiement des missions du nouveau métier de médiateur.rice en santé.

En second lieu, la médiation en santé contribue à garantir l'effectivité des soins, que ce soit au travers l'accompagnement physiquement de la personne à ses différents rendez-vous (ce qui permet de garantir la continuité du parcours de soins ou de prévenir des refus de soins ou discriminations) ou par une intermédiation culturelle et/ou linguistique sans laquelle l'expression du besoin, la prise en compte de la dimension holistique de la personne, la compréhension du langage médical ou l'observance thérapeutique seraient compromises. Dans ce cas de figure, la médiation en santé est en cohérence avec la fonction d'interface qui la caractérise.

Schéma 3 : Les axes d'interventions de la médiation en santé



Source : Référentiel interne de la médiation en santé à l'ACSBE, Latifa Imane, 2019

1.2 Confortés par les résultats d’initiatives empiriques, la médiation en santé constitue une pratique pertinente pour réduire tant les inégalités d’accès que les tensions pesant sur le système de soins

1.2.1 Malgré l’absence d’évaluation médico-économique permettant d’asseoir académiquement la médiation en santé, les autorités scientifiques nationales en admettent la pertinence

La mission relève qu’aucune étude médico-économique n’a jusqu’ici été conduite, ni en France ni à l’étranger (annexe 7), afin d’évaluer le coût efficacité de la médiation en santé. Elle a interrogé tant les autorités scientifiques nationales – Haute Autorité de Santé et Santé Publique France – que les financeurs (Agences Régionales de Santé notamment) afin de comprendre les motifs de ce qui peut apparaître comme une carence susceptible de desservir la promotion de la médiation en santé, notamment auprès des éventuels financeurs.

Il ressort de ces auditions que l’absence d’étude médico-économique ne saurait cependant constituer en soi un argument faisant obstacle à la reconnaissance de la pertinence et de l’utilité sociale de la médiation en santé dans la mesure où la praticabilité même d’une étude médico-économique n’est en rien évidente. Ainsi comme le relève la plupart des ARS, une telle évaluation est complexe pour au moins trois motifs. D’une part, parce qu’il est complexe d’isoler les coûts de la médiation en santé en tant que tels dans la mesure où elle est généralement financée au sein de projets plus globaux qui intègrent cette dimension sans s’y limiter. D’autre part, car une telle évaluation suppose de fixer des critères méthodologiques (durée de l’évaluation, objectifs à l’aune desquels l’efficacité serait mesurée...) dont le choix est en tant que tel susceptible de faire varier les résultats. Ainsi en irait-il de l’objectif à l’aune duquel l’efficacité de la médiation en santé serait mesurée : doit-il être strictement médical ou, plus largement, médico-social ? Enfin, car une telle étude suppose d’admettre des coûts, financier et temporel, qui s’accordent mal avec la préférence pour l’immédiateté qui irrigue les décisions administratives.

Au total, sans remettre en cause le paradigme administratif classique consistant à interroger la pertinence du financement d’une action à l’aune des effets produits, la mission suggère dans l’immédiat de faire reposer cette approche sur les nombreux résultats empiriques existants. Une telle orientation est au demeurant cohérente avec les appréciations portées tant par SPF, qui qualifie la médiation en santé de « *démarche prometteuse¹⁹ bien que non encore probante du point de vue académique* » et plaide pour la reconnaissance des savoirs expérientiels²⁰, que la HAS, laquelle a élaboré le référentiel de médiation en santé suivant une approche *evidence-based practice*. Les résultats empiriques démontrent l’intérêt de la médiation en santé tant pour réduire les inégalités d’accès aux services de santé que les tensions pesant sur le système de soins.

¹⁹ Intervention dont l’efficacité n’a pas été évaluée par la recherche mais pour laquelle une évaluation normative solide induit une présomption de résultats pertinents

²⁰ La médiation en santé : vers une reconnaissance professionnelle et une généralisation de la pratique ? Le dossier de La Santé en action n°460, juin 2022.

1.2.2 La médiation en santé contribue à tempérer les inégalités sociales de santé

De nombreuses initiatives territoriales, conduites en lien d'abord avec la Direction Générale de la Santé (DGS) puis avec les Agences Régionales de Santé (ARS), ont permis d'éprouver la pertinence et l'utilité de la médiation en santé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Une phase expérimentale a permis d'en préfigurer et définir les contours et d'inscrire d'emblée le déploiement de la médiation en santé dans une démarche de recherche-action, d'évaluation chemin faisant des effets des interventions sur les besoins de santé des publics accompagnés. La médiation en santé a été portée par des partenariats expérimentaux entre des associations et la DGS pour gérer des problèmes de santé publique spécifiques à certaines populations :

- le ministère de la Santé a financé et piloté un programme expérimental de cinq ans avec l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA) pour former, entre 2000 et 2005, 150 médiateurs en santé publique²¹ ;
- le dépistage et la prévention de l'infection VIH chez les populations migrantes (COREVIH) ;
- Issu d'une recherche action (2011-2012) relative à la médiation en santé destinée aux femmes dites « roms », vivant en bidonvilles et à leurs enfant²², étendu à « la population rom » en 2013²³ puis à des Gens du voyage en 2016²⁴, le programme – validé à trois reprises par des évaluations externes²⁵ et soutenu financièrement par le Ministère de la Santé et Santé publique France - concerne aujourd'hui d'autres publics confrontés à un cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables, avec une entrée par territoire c'est-à-dire selon les besoins identifiés et dans l'articulation avec les ressources et les autres dispositifs existants sur un territoire – personnes exilées, habitants de terrains d'insertion, habitants de quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Les évaluations menées (avec l'appui de la DGS) dans le cadre des premières expérimentations ayant été positives, la médiation en santé a été inscrite à l'agenda politique et incluse dans les débats parlementaires à l'occasion de la discussion de la loi de modernisation du système de santé en 2016. De ce fait d'autres évaluations financées par les ARS (Nouvelle Aquitaine²⁶, PACA²⁷, IDF²⁸)

²¹ DGS. (2006). 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. Ministère de la santé et des solidarités.

²² ASAV. (2014). Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. INPES, 32.

²³ Teoran, J., & Rustico, J. (2014). Un programme national de médiation sanitaire. *Etudes Tsiganes*, n° 52-53(4), 181-189.

²⁴ ASAV. (2016). Programme National de médiation sanitaire. 109.

²⁵ Peuples des villes. (2018). Suivi et évaluation des projets de médiation en santé. Programme National de Médiation En Santé, 30.

²⁶ Rubi A. 2022. Rapport de préfiguration d'un Programme régional de médiation en santé en Nouvelle-Aquitaine. ARS NaQ, 2022

²⁷ Chischportich C, Perrin J (2017). Evaluation et accompagnement de la médiation de sante sur Marseille. ARAS PACA. 63

²⁸ Regards santé. 2020. Étude et analyse des ressources en médiation santé dans la région Île-de-France. ARS IDF. 152

ou l'expérimentation sur l'accompagnement à l'autonomie²⁹ ont démontré empiriquement leur utilité, pertinence et efficacité pour lutter contre les inégalités de santé.

Des travaux de recherches nationales regroupés dans une revue exploratoire de la littérature³⁰ ou en cours et internationales³¹ appuient également l'efficacité, l'utilité et la pertinence de la médiation en santé dans différents contextes. Deux illustrations récentes peuvent à ce titre être relevées.

Efficacité, utilité et pertinence de la médiation en santé dans différents contextes

L'accompagnement des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine face à la pandémie de Covid-19³² constitue une illustration manifeste de la pertinence de la médiation en santé pour faciliter l'accès aux soins de populations éloignées du système de soins. En effet, Richard et al a mis en évidence que la mise en œuvre d'actions de *contact-tracing* a été facilitée par la mobilisation d'acteurs de médiation en santé et/ou des gestionnaires d'aires d'accueil, lesquels ont permis le recensement des lieux de vie, le signalement des cas possibles de Covid-19 et l'identification des cas contacts. Ainsi comme le relève l'étude, la médiation en santé a constitué un facteur de succès dans la concrétisation du plan de lutte contre la pandémie. Selon l'auteure de cette étude, cela s'explique notamment par « *la forte expérience des acteurs de médiation en santé avec une relation de confiance établie sur le territoire (...). De plus, la prise en compte des problématiques spécifiquement exprimées par les Gens du voyage, avec la mise en place de stratégies complémentaires de prise en charge de la Covid-19, a été perçue comme un environnement favorable à la réussite du plan. En effet, lors de sa mise en œuvre, le plan a évolué à la suite de l'apport de l'expertise des acteurs de médiation en santé et des besoins exprimés par les Gens du voyage, relayés par les acteurs de médiation en santé.* »

²⁹ Saout, C. (2015). CAP Santé. Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ministère Des Affaires Sociales et de La Santé, 71.

³⁰ Richard E., Vandentorren S, Cambon L, Conditions for the effectiveness of health mediation on the healthcare use by underserved populations: A scoping review. BMJ Open, 2022, 10. [doi: 10.1136/bmjopen-2022-062051](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062051)

³¹ Teggart, K., Neil-Sztramko, S.E., Nadarajah, A. et al. Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. BMC Health Serv Res 23, 450 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09424-5>

³² Richard E, Brabant G, Autes E, Ramel V, Vandentorren S. Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Apport de la médiation en santé à l'investigation de clusters complexes de COVID-19. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 35 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

Une étude récente a exploré les perspectives de médiation de santé mise en œuvre dans des services d'urgence à Marseille, Arles et Manosque pour personnes démunies et usagers fréquents des services d'urgence, du point de vue des professionnels et des patients³³. D'après les résultats, les patients reconnaissent l'alliance de confiance avec les médiateurs en santé comme un moyen de les accompagner dans un parcours de soins. La présence des médiateurs en santé aux urgences était appréciée des professionnels des urgences car ils répondaient à des demandes auxquelles les professionnels de santé n'avaient pas accès et étaient perçus comme un soutien efficace pour la prise en charge des personnes démunies en situation d'urgence. À l'interface du parcours de santé des patients et du secteur médico-social, les médiateurs en santé pouvaient compléter les réponses immédiates aux besoins médicaux apportés aux urgences et contribuer à atténuer les inégalités sociales de santé.

1.2.3 Compte tenu de ses effets sur la santé globale et sur le système de soins, la médiation en santé constitue un investissement social rentable

Si l'évaluation de l'impact économique-budgétaire de la médiation santé est en l'état des connaissances délicate, la littérature académique démontre largement qu'en l'absence d'intervention précoce pour les populations les plus éloignées de la santé, les interventions se font sur des défis de santé devenus aigus et, partant, les pertes de chances pour l'individu tout comme les coûts de prise en charge augmentent. Compte tenu de ce qui précède et de ses investigations terrains, la mission considère qu'il est possible d'affirmer que les interventions de médiation en santé constituent un investissement financier rentable tant à court terme (réduction de prescriptions et de consommations de soins inefficaces) qu'à long terme (amélioration globale de l'état de santé grâce à une meilleure appréhension notamment des actions de prévention).

Par ailleurs, et bien qu'il ne s'agisse pas de sa vocation première, elle constate que les interventions de médiation en santé ont également pour effet de réduire la pression pesant sur les ressources du système de soins, que ce soit en permettant de dégager du temps médical ou en réduisant le nombre de passages inappropriés aux urgences. Enfin, la médiation en santé permet de mobiliser les ressources communautaires des territoires qui sont souvent sous valorisées par les professionnels (permanences associatives, maisons de quartiers, espaces jeunesse, tiers lieux seniors...) dont les évaluations d'impact contrent à la fois un impact positif tant pour les bénéficiaires directs dans l'accès aux soins que pour les professionnels et les aidants³⁴.

³³ Naït Salem, R., Rotily, M., Apostolidis, T. et al. Health mediation: an intervention mode for improving emergency department care and support for patients living in precarious conditions. BMC Health Serv Res 23, 495 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09522-4>

³⁴ ibid

Cas types issus des observations de terrain

La médiation en santé comme réponse plus efficace aux besoins et libération de temps médical

Monsieur L est suivi au CMP. Lors de sa consultation, il a exprimé une problématique sociale qui a désarçonné la médecin généraliste, laquelle a néanmoins tout de suite pu mobiliser la médiatrice en santé et donc a pu apporter une orientation adaptée au besoin de monsieur L. De son aveu, en exercice libéral et sans la médiatrice en santé, elle n'aurait « rien pu proposer à monsieur L qui était déjà en état de tension lors de cette consultation ».

La médiation en santé contribue au désengorgement des urgences

Monsieur X se présentait aux urgences à chaque fois qu'il se sentait mal (réflexe du recours aux urgences alors même que rien dans sa situation de santé ne l'exigeait, recours inadapté essentiellement par manque de connaissance du système de santé et de son mode de gradation). C'est grâce au travail de pédagogie de la médiatrice en santé que ses passages aux urgences ont pu être arrêtés : le travail de la médiatrice en santé a permis de lui faire comprendre que le recours aux urgences en première intention n'était pas pertinent tout en lui offrant une solution adaptée à sa situation (venir au CSCP en première depuis où, le cas échéant, il serait orienté vers les urgences si pertinent).

La médiation en santé permet de réduire des prescription inutiles et inefficaces et ainsi des dépenses inefficaces de l'Assurance maladie

Madame S présentait des douleurs diffuses et une détresse psychique. Madame S faisait l'objet d'un suivi pluriprofessionnel (un rhumatologue, un psychologue et son médecin généraliste) qui lui avaient prescrit des IRM et scanners pour tenter d'identifier l'origine des douleurs (n'ayant rien révélé d'anormal) ainsi que des médicaments et antidépresseurs pour réduire la douleur somatique et psychologique.

L'intervention de la médiatrice en santé a constitué un facteur décisif dans l'amélioration de l'état somatique et psychique de madame S en permettant de pointer la source de sa détresse aux conséquences psychosomatique (l'anxiété liée à l'état d'avancement de son dossier MDPH) et en contribuant à la réduire (par un accompagnement dans la réalisation de cette démarche).

Consciente des difficultés méthodologiques que revêt un tel exercice, la mission n'a pas pu bâtir de modèle permettant d'évaluer les coûts évités par la médiation en santé. Elle recommande ainsi, sous l'égide du comité de suivi de la mise en œuvre de la présente feuille de route et en lien avec Santé Publique France, de confier une telle étude à des chercheurs à l'instar de ce qui a pu être fait pour la médiation sociale³⁵. Outre la quantification des coûts évités grâce à la médiation en santé (dimension quantitative), cette étude pourrait utilement s'attacher à définir des indicateurs pertinents de mesure d'impact de la médiation en santé. En effet, la mission constate qu'en l'état, les quelques indicateurs existants sont non seulement quantitatifs mais exclusivement centrés sur des objectifs du système d'assurance maladie (réduction du non-recours aux soins, données

³⁵ *Valoriser les interventions des médiateurs sociaux et culturels*, rapport final de la recherche-action, cabinet KiMSO, janvier 2016.

quantitatives de dépistages, taux de vaccination). Si ces choix peuvent s'expliquer par la volonté de mettre en cohérence les différentes dimensions de la stratégie nationale de santé, une telle justification ne doit pas masquer le fait qu'ils procèdent également de la difficulté à concevoir des indicateurs qualitatifs tels que la mesure du degré d'autonomisation³⁶. Par ailleurs, la mission estime le dispositif d'évaluation existant largement perfectible. En effet, compte tenu de son rôle d'interface, l'impact de la médiation en santé doit être appréhendé tant du point de vue de ses bénéficiaires directs que de ses effets sur le système de soins, en portant notamment une attention particulière aux effets sur les postures professionnelles et à l'adaptation du système de soins (présence de créneaux de consultations sans rendez-vous par exemple)).

Recommandation n°1 Engager des travaux de recherche-action en vue (i) d'évaluer l'efficacité de la médiation permettant d'asoir la médiation en santé sur un « haut niveau de preuve », (ii) de quantifier les coûts évités grâce à la médiation en santé et (iii) de déterminer des indicateurs pertinents de mesure de l'impact de la médiation en santé tant pour bénéficiaires que sur le système de soins

1.3 Malgré la démonstration de sa pertinence, la médiation en santé se heurte à de nombreux freins susceptibles d'obérer son efficacité

En lien avec la littérature scientifique, les précédentes évaluations et expérimentations citées plus haut, et confirmé au cours de ses auditions, la mission a relevé trois freins systématiquement pointés par les personnes auditionnées et non résolus à ce stade. Premièrement, corolaire de l'absence de reconnaissance statutaire, l'ambiguïté sémantique autour de ce que recouvre la « médiation en santé », parfois confondue avec la médiation au sens juridique (*i.e.* tiers indépendant chargé de trouver une solution amiable à des litiges) obère sa bonne appréhension tant par les publics concernés que par les acteurs institutionnels et partenaires des médiateurs. rices³⁷. Deuxièmement, la médiation pâtie d'un cumul de rapports de pouvoirs professionnels et institutionnels défavorables à la bonne coopération entre acteurs : d'une part, parce qu'elle peine à asoir sa légitimité professionnelle dans un environnement caractérisé par le désintérêt voire la défiance de certains professionnels mus par la crainte, consciente ou inconsciente, de réinterroger ou partager leurs pratiques professionnelles³⁸ ; d'autre part, le fonctionnement institutionnel cloisonné du monde sanitaire et social limite son efficacité qui

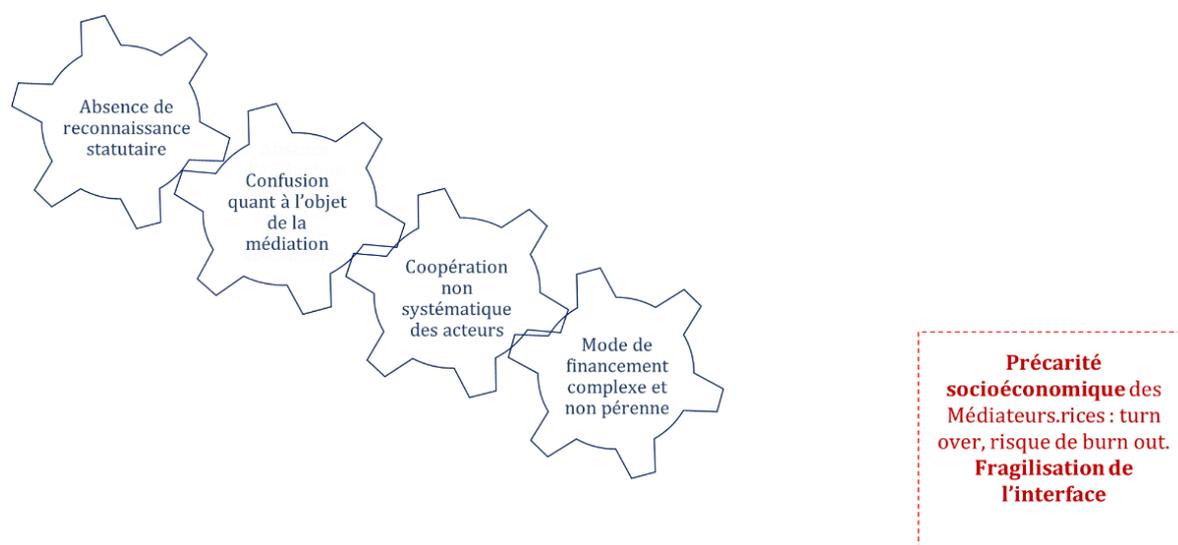
³⁶ La mission considère d'ailleurs (i) qu'il n'est pas évident de déterminer ce qui serait mesuré au travers un tel indicateur, la définition de l'autonomie n'étant pas univoque, (ii) qu'en tout état de cause il serait complexe d'isoler les effets attribuables seulement à la médiation en santé, laquelle s'inscrit dans un contexte socio-sanitaire plus qui rétroagit sur son efficacité (manque de personnels médicaux et paramédicaux, déserts médicaux, fonctionnement de certains services en "mode dégradé" ...).

³⁷ Guillaume-Hofnung, M. (2020). La Médiation. 128.

³⁸ Klein, A. (2022). Solidarité, agentivité, autorité. Un siècle de tentatives d'autonomisation des patient.es en France (1918–2009). Dialogue: Canadian Philosophical Review / Revue Canadienne de Philosophie, 61(1), 5–16. <https://doi.org/10.1017/S0012217322000208>

complique le positionnement à l'interface de la médiation en santé³⁹. Enfin, parce que les acteurs perçoivent les financements publics comme complexes et non pérennes, affectant leur capacité à projeter des actions sur le moyen terme. En effet, ceci est confirmé par l'étude sur la cadre professionnel des personnes en médiation en santé, la moitié des structures employeuses bénéficient de financements multiples pour un ETP de médiateur.rice en santé d'une durée moyenne de un an⁴⁰.

Schéma 4 : Les freins à la médiation en santé



Source : Mission

La mission considère que l'ensemble de ces freins sont autant de rouages susceptibles d'obérer l'effectivité de la contribution supplémentaire de la médiation en santé. L'absence d'un cadre d'emploi de nature à favoriser la pérennisation des effectifs tout comme la précarité matérielle et symbolique ressentie par les professionnels alimentent un taux de rotation des médiateurs.rices qui fait perdre au secteur des compétences et expériences professionnelles acquises.

Par conséquent, la mission recommande aux pouvoirs publics d'agir prioritairement sur la levée de ces freins. Pour ce faire, elle propose une feuille de route visant la reconnaissance du métier et la valorisation de la médiation comme levier de réduction des inégalités sociales de santé. Cette feuille de route est assortie d'une méthode de pilotage qui en constitue l'indispensable complément afin de garantir l'opérationnalisation effective des actions proposées.

³⁹ Richard E., Vandentorren S, Cambon L, Conditions for the effectiveness of health mediation on the healthcare use by underserved populations: A scoping review. BMJ Open, 2022, 10. [doi: 10.1136/bmjopen-2022-062051](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062051)

⁴⁰ Fnasat et Sidaction, "médiatrice, médiateur un métier à co-construire »,

2 Prioritaire, la reconnaissance statutaire et financière de la médiation en santé contribuerait à renforcer l'arsenal de lutte contre les inégalités sociales de santé

2.1 Dans les conditions actuelles, la poursuite d'un objectif de massification de la médiation en santé reposant sur l'accroissement de son vivier de bénévoles paraît inadaptée voire contreproductive

L'extension de l'usage de la médiation en santé afin de renforcer l'arsenal de lutte contre les inégalités sociales de santé constitue une piste indéniablement prometteuse. Cependant, ce dispositif d'aide à l'accès aux soins ne saurait à lui seul résorber des inégalités sociales de santé aux fondements multifactoriels et dont la perpétuation relève pour partie d'un dimensionnement inadéquat du service public.

Par conséquent, la mission considère que la fixation d'un objectif de massification à la médiation en santé, notamment par l'accroissement de son vivier de bénévoles, serait, dans les conditions actuelles, inadaptée voire contreproductive. En effet, les acteurs de la médiation en santé interviennent en tant qu'interface entre des populations et un écosystème de professionnels des champs sanitaire et social. L'effectivité et l'efficacité de l'action de médiation en santé supposent donc qu'existe en aval une offre, notamment de soins et de services publics, suffisamment dimensionnée pour répondre aux besoins exprimés ou identifiés⁴¹. Or, tel ne semble pas être le cas, tout du moins selon la perception des Français qui considèrent à une large majorité que les services publics fonctionnent mal (61 %), particulièrement l'hôpital (seul 27 % estiment qu'il fonctionne bien)⁴².

Au risque de susciter des attentes déçues susceptibles de maintenir ou d'alimenter l'éloignement du système de santé et de dévoyer l'objectif de la médiation en la pensant comme un substitut aux carences du service public (zones blanches, complexité d'accès, dysfonctionnement...), un déploiement de masse ne devrait être envisagé que de concert avec une stratégie plus générale de redimensionnement de l'offre de soins et d'accessibilité des services publics de proximité.

⁴¹ Richard E., Vandentorren S, Cambon L, Conditions for the effectiveness of health mediation on the healthcare use by underserved populations: A scoping review. *BMJ Open*, 2022, 10. doi: [10.1136/bmjopen-2022-062051](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062051)

⁴² Le regard des Français sur le fonctionnement des services publics, IFOP, novembre 2022

2.2 Préalablement à toute massification, la professionnalisation de la médiation en santé via la reconnaissance d'un métier et de filières spécifiques doit être achevée

2.2.1 La facilitation des conditions d'intervention des acteurs de la médiation en santé permettrait de fidéliser voire d'élargir progressivement le vivier des intervenants

S'agissant des acteurs bénévoles de niveau 1, la facilitation des conditions d'intervention pourrait contribuer à élargir le vivier de futur.es professionnels médiateurs.rices. Compte tenu de l'envergure des territoires sur lesquels ils opèrent, les médiateurs.rices en santé ont besoin d'un réseau de partenaires pour être efficace. L'impact des actions conduites par les acteurs de niveau 1 (informations, relais vers le médiateur.rice en santé) est à cet égard non négligeable. Afin de faciliter les conditions d'intervention de ces acteurs de premier niveau, et partant engager un éventuel processus de professionnalisation, deux pistes méritent d'être examinées. D'une part, la facilitation de l'accès à des formations de sensibilisation à la médiation en santé afin de conforter leurs savoirs et posture, à l'instar de ce qui a été développé dans le champ de la santé mentale avec les premiers secours en santé mentale⁴³. Corrélativement, l'extension du congé pour activités civiques aux individus dûment formés pourrait être envisagé, à l'instar des règles en vigueur pour les sapeurs-pompiers volontaires : droit à autorisation d'absence exceptionnelle d'une durée variable au titre de l'activité civique avec accord préalable de l'employeur, non imputé sur les congés annuels et assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des avantages légaux et conventionnels liés à l'ancienneté. Le temps ainsi dégagé pourrait utilement être mis à profit d'actions au bénéfice de proches (accompagnement de membres de la famille éloignés du système de santé à des rendez-vous médicaux par exemple) ou « d'aller vers » au plus près de leurs lieux de vie. A moyen terme, certains de ces acteurs de niveau 1 pourrait envisager une professionnalisation accrue, laquelle serait facilité par la structuration d'une voie de la validation des acquis de l'expérience.

Recommandation n°2 Faciliter l'accès à des formations à la médiation en santé à l'instar de ce qui a été développé dans le champ de la santé mentale avec les premiers secours en santé mental et examiner les modalités d'une extension du congé pour activités civiques aux individus dûment formés

S'agissant des professionnels de niveau 2, l'amélioration des conditions de travail constitue une condition d'attractivité et de fidélisation. A cet égard, la mission identifie trois voies d'actions. Premièrement, elle suggère de consolider l'accompagnement des médiateurs.rices en s'appuyant sur le programme national de la médiation en santé et ses déclinaisons régionales en tant que dispositifs d'appui (pôles de ressources) incluant a minima de l'analyse et de l'échanges de pratiques, les modalités de structuration des remontées portant sur d'éventuels dysfonctionnements du système de santé, la consolidation des liens avec les acteurs du système (CPAM, CAF, CNAV, CCAS...) ainsi que des actions de sensibilisation à la médiation en santé. Outre

⁴³ <https://pssmfrance.fr/>

ce socle commun d'actions, chaque pôle de ressource pourra développer d'autres initiatives jugées pertinentes compte tenu des caractéristiques et dynamiques territoriales.

Deuxièmement, elle recommande d'outiller correctement les médiateur.rices pour faciliter leurs interventions et la coordination avec les médecins (accès au dossier médical partagé) mais également les partenaires (identification d'un référent coordinateur au sein des services partenaires pour faciliter les interactions). Enfin, dans l'esprit ayant présidé à la présente mission, la valorisation de la médiation en santé par les ARS, DDARS mais également les DDETS auprès de leurs partenaires doit être amplifiée afin de créer des conditions de collaboration favorables avec les autres acteurs du service public.

Recommandation n°3 Consolider l'outillage et l'accompagnement des médiateurs et médiatrices ainsi que des équipes au sein desquelles ils évoluent dans le cadre de programmes régionaux de la médiation en santé incluant notamment de l'analyse de pratiques, les modalités de structuration des échanges avec les partenaires (remontées des dysfonctionnements du système de santé, identification d'un réseau de référents, conditions d'accès au dossier médical partagé).

2.2.2 La médiation en santé professionnelle mérite d'être reconnue comme activité relevant pleinement du champ des acteurs de la santé

Afin de répondre aux enjeux de reconnaissance symbolique et de clarification du positionnement des acteurs de la médiation en santé dans l'écosystème sanitaire et social, la mission recommande d'en consacrer la reconnaissance en tant qu'acteurs de santé en formalisant l'existence de ce métier dans le code de la santé publique. Cette inscription dans le code de la santé publique paraît nécessaire *a minima* afin de sécuriser les conditions d'exercice des médiateur.rices au sein des établissements de santé. *A contrario*, hormis les éventuels effets symboliques (moindre selon les investigations que ceux attachés à l'inscription dans le CSP), l'inscription du métier dans le code de l'action sociale et des familles ne paraît pas nécessaire sur le plan juridique. En effet, à l'instar des infirmier.ères dont le métier est uniquement inscrit dans le CSP, rien ne paraît juridiquement susceptible d'entraver l'exercice des médiateur.rices au sein des ESM, leur rattachement aux conventions collectives du secteur médico-social, d'éventuelles mobilités entre les secteurs sanitaire et social.

La consécration législative du métier devra en outre s'accompagner de l'inscription du métier dans les répertoires idoines tels que le référentiel métier de la fonction publique hospitalière (pour les agents exerçant au sein des hôpitaux) ou encore le répertoire opérationnel des métiers et des emplois de Pôle emploi. A cet égard, la mission insiste sur la nécessité de créer une fiche ROME spécifique à la médiation en santé et recommande de se garder de la tentation de l'arrimer au code ROME K1204 portant sur la médiation sociale au risque d'accroître la confusion existante entre ces métiers. La définition de cette fiche ROME pourra utilement s'appuyer tant sur le référentiel HAS, lequel demeure largement partagé par les parties auditionnées, que sur la fiche de poste « médiateur en santé » utilisée dans le cadre de l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives » (annexe 4).

Enfin, la mission recommande d'assortir ce nouveau métier à un cadre déontologique. En l'absence d'ordre national des médiateur.rices, lequel ne paraît au demeurant pas nécessaire dans

la mesure où les missions de la médiation en santé n'impliquent pas d'actes techniques, elle suggère que cette mission soit confiée au collectif de promotion de la médiation en santé, lequel pourrait se constituer en association à cet effet⁴⁴ et ainsi adopter une telle charte à l'instar de l'association nationale des assistantes sociales. Ce code fixerait les principes directeurs requis en matière de médiation en santé (tels que le non-jugement, la confidentialité, le respect de la volonté des personnes, la non-discrimination...)⁴⁵ tout en renvoyant à chaque structure le soin de préciser sa propre charte dans le cadre de son projet d'établissement et des contrats de travail.

Recommandation n°4 Consacrer l'existence du métier de médiateur.ice en santé, assorti d'un cadre déontologique, par son inscription dans le code de la santé publique et les répertoires métiers idoines

Tableau 3 : Tableau des compétence 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
	Connaître les éléments de constitution d'un dossier administratif (ex : droits dans le domaine de la santé, pièces justificatives, conditions, personnes ressources, délais, etc.)
	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, etc.)
	Respecter la confidentialité
	Ne pas être dans le jugement
	Être 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

Source : *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, HAS*

⁴⁴ Et ce sans pour autant dissoudre en son sein les différentes associations composant le collectif.

⁴⁵ Voir par exemple la charte déontologique du médiateur en santé (ASV Marseille), annexe 4 du référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, HAS, octobre 2017

2.2.3 La reconnaissance du métier devra s'accompagner de l'aménagement de plusieurs voies d'accès et de formations afin de tenir compte de la diversité des profils des professionnel.le.s actuels

Le métier de médiateur.rice requiert une formation spécifique. Certes des DU existent d'ores et déjà (Université Paris Cité, Université de Guyane, Université Paris, Sorbonne Paris Nord) ainsi que des formations proposées notamment par des structures associatives (voir annexe 5).

Cependant, la reconnaissance d'un métier spécifique exige la structuration d'une filière de formation susceptible de garantir une professionnalisation adéquate. De surcroît, les médiateur.rices en santé sont attachés à la reconnaissance symbolique que confère une formation reconnue par l'Etat.

Partageant l'attachement des acteurs de terrain à l'aménagement de plusieurs voies afin de préserver l'attractivité et l'inclusivité du métier, la mission recommande de bâtir deux voies d'accès au métier :

- Voie 1 : mettre en place une formation initiale de niveau licence (Bac +3) en cohérence avec les profils remontés par les données de terrain et la stratégie empruntée par les médiateur.rices de santé-pairs (ex : L3 Carrières sanitaires et sociales de l'Université Sorbonne Paris Nord), laquelle devra en outre comprendre une voie d'intégration sans exigence de diplôme préalable via une VAPP⁴⁶ afin de permettre l'accès à un parcours diplômant sans posséder de diplôme de prérequis. La VAPP permettra ainsi d'inclure plus facilement les personnes qui seraient en incapacité de se lancer dans des formations longues car exigeant d'acquérir préalablement d'autres diplômes (femmes en charge de famille notamment) et non rémunérées (frein économique). En résumé, les étudiants entrant dans la filière de formation après le bac poursuivront le cursus classique (3 années *a minima*) tandis que celles et ceux intégrant par la voie de la VAPP pourront voir, en fonction des compétences déjà acquises, leur temps de formation réduit.

En tout état de cause, la mise en place de cette formation exige de définir un référentiel de formation théorique et pratique (stages) fixant les objectifs pédagogiques permettant de développer les compétences exigées par le référentiel métier. S'appuyant sur les DU existants, le collectif de promotion de la médiation en santé a esquissé un socle commun des connaissances requises pour les pratiques de médiation en santé (voir annexe 3) qui pourrait utilement servir d'appui à la construction de ces formations. Ce socle commun pourrait être aménagé pour des profils de types médiateur.rices en santé pairs intégrant via une VAPP. En effet, la reconnaissance de leurs savoirs expérimentiels pourrait justifier la dispense de certains modules. Symétriquement, la parité, qu'elle soit avec l'utilisateur ou les professionnels de santé, pourrait exiger des modules spécifiques (posture, question de la juste distance ou de la juste proximité avec les personnes et/ou les professionnel.le.s, question du dévoilement de soi et de ses conséquences...).

⁴⁶ Validation des acquis personnels et professionnels

- Voie 2: Créer une certification professionnelle, enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) permettant de valoriser les compétences acquises par l'expérience (VAE) ou d'accéder au métier par la formation professionnelle continue (l'inscription au RNCP ayant pour effet de rendre éligibles au compte personnel de formation les formations qu'elle sanctionne).

Recommandation n°5 Créer un diplôme de médiation en santé de niveau licence également accessible par la voie de la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP)

Recommandation n°6 Créer une certification professionnelle de médiation en santé enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) permettant d'accéder au métier par la voie de la formation continue ou la reconnaissance d'une VAE

La professionnalisation des acteurs de la médiation en santé constitue l'opportunité d'en accroître la valorisation auprès des autres acteurs du parcours de santé. Aussi la mission préconise-t-elle tant l'engagement d'actions de communications et d'interconnaissances entre établissements dispensant ces formations que l'intégration d'un module théorico-pratique de sensibilisation à la médiation en santé dans le parcours des acteurs de santé et idéalement du secteur social. Afin de s'adresser également aux professionnels d'ores et déjà en activité, elle préconise également la mise en place d'actions de sensibilisation à la médiation en santé dans le cadre de la formation continue.

Recommandation n°7 Prévoir des sensibilisations à la médiation en santé tant dans le cursus de formation initiale que dans la formation continue des professionnels de santé, des cadres et dirigeants du secteur sanitaire, médico-social et social

L'opérationnalisation de l'ensemble de ces recommandations implique la structuration d'une offre de formation initiale et continue que la mission préconise d'ouvrir aux opérateurs publics, associatifs mais également privés. Cette diversité d'acteurs et de lieux favorisera une plus grande diversité de profils et donc de recrutement dans la mesure où un certain nombre de freins (géographiques, socio-économiques, culturels) dans l'accès à l'université demeurent⁴⁷.

⁴⁷ *Les inégalités dans l'enseignement supérieur*, Gérard Aschieri, Le français aujourd'hui 2013/4 (n°183)

2.3 Illisible et perçue comme précaire, l'architecture financière de la médiation en santé pourrait être rationalisée et pérennisée

2.3.1 L'architecture financière de la médiation en santé se caractérise par un émiettement source d'illisibilité et d'instabilité pour les acteurs

L'efficacité de la médiation en santé pâtit d'un mode de financement émietté et majoritairement perçu comme précaire. En effet, le financement de la médiation en santé est éclaté entre plusieurs acteurs et, parmi ces acteurs, divers canaux (voir tableau 3). Cet éparpillement se double d'un défaut de stabilité financière lié à des financements essentiellement non pérennes (appels à projet) ou perçus comme tel par les porteurs d'actions voire certains représentants institutionnels. Ainsi en va-t-il des enveloppes gérées par les ARS (fonds d'intervention régional et fonds de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) dont la liberté d'emploi des gestionnaires est vécue comme un facteur d'instabilité soumettant les structures au pouvoir discrétionnaire des financeurs. Cet éparpillement des financeurs constitue une complexité particulièrement chronophage pour les porteurs de projets qui doivent, pour financer un ETP de médiateur, solliciter divers financeurs (ARS, services déconcentrés de l'Etat, collectivités territoriales, fondations) ce qui se traduit par autant de procédures administratives (dossiers de demandes de subventions, réponses à des appels à projets) à renouveler chaque année.

Une telle situation présente des défauts préjudiciables pour l'ensemble des acteurs :

- **un défaut de lisibilité et des démarches chronophages préjudiciables aux porteurs de projet de médiation en santé** compte tenu de la difficulté à identifier les différents canaux de financement à solliciter pour couvrir leurs besoins. Plus de la moitié des structures interrogées dans le cadre de l'étude susmentionnée de la FNASAT et de Sidaction déclare ainsi consacrer du temps à tenter d'obtenir plusieurs financements pour couvrir les charges liées à un ETP de médiateur en santé ;
- **un défaut de visibilité préjudiciable aux professionnel.le.s de la médiation en santé**, laquelle ne facilite ni l'attractivité ni la fidélisation sur des postes perçus comme précaires et qui s'ajoute aux difficultés de recrutement des professionnels de santé ;
- **un défaut d'efficacité préjudiciable aux bénéficiaires de la médiation en santé**, l'instabilité financière pouvant conduire à fragiliser les dispositifs et les postes de médiateur.ices, et donc, *in fine*, la qualité voire la capacité d'intervention alors même que l'efficacité de la médiation est basée sur l'établissement dans la durée d'une relation de confiance avec les usagers ;
- **un défaut d'information financière préjudiciable à l'Etat**, compte tenu de l'impossibilité d'estimer le niveau du financement public dévolu aux actions de médiation en santé.

Tableau 4 : L'architecture financière de la médiation en santé

Norme de régulation	Financeurs	Canaux de financement
ONDAM	ARS	FIR, MIGAC, ONDAM spé
	Assurance maladie	Financement conventionnel, financement dans le cadre d'expérimentations article 51
ODETE	Etat	Politique de la ville (P147) dont adultes-relais
ODEDEL	Collectivités territoriales	Contrat de ville
Hors régulation budgétaire	Fondations privées	Appels à projets

Source : Mission

À cet émiettement et instabilité s'ajoute un fort sous-dimensionnement du financement de la médiation en santé. L'essentiel des financements alloués étant soit plafonnés (tel est par exemple le cas du financement adultes-relais)⁴⁸, soit de fait insuffisamment dimensionnés (FIR). L'analyse des comptes de 7 centres de santé portant des projets de médiation en santé (hors expérimentation des « centres et maisons de santé participatifs » qui alloue un financement spécifique à la médiation), fait apparaître en moyenne un sous-financement annuel à hauteur de près de 30% des besoins requis pour financer un poste. Le besoin au titre d'un poste retenu par la mission (55 000 euros/ETP annuel) correspond au montant retenu dans le cadre de l'expérimentation « centres et maisons de santé participatifs », conformément à la recommandation du rapport de l'Igas⁴⁹. Outre les charges salariales et patronales, cette enveloppe doit permettre de couvrir les coûts indirects du recrutement (outils de travail, coûts de formation, coûts de l'analyse de pratiques...). L'évaluation intermédiaire⁵⁰, dont la mission a pu prendre connaissance, montre que ce montant permet non seulement de sécuriser les modèles économiques des centres et maisons de santé participatives mais autorise également la création de nouveaux postes pour lesquels les conditions de financement n'étaient pas réunies jusqu'alors dans des structures contribuant ainsi à la facilitation du déploiement des actions de porteurs de projets déjà impliqués dans la réduction des inégalités sociales de santé. Par conséquent la mission considère que cette référence peut utilement être retenue.

⁴⁸ Plafond de la subvention fixé à 2 800 € par convention adultes/relais en vigueur signée entre l'Etat et la structure employeuse.

⁴⁹ Modèle économique des centres et maisons de santé participatifs, rapport n° 2020-057R de Janvier 2021, Corinne CHERUBINI, Valérie GERVAIS et Régis PELISSIER

⁵⁰ Evaluation du dispositif article 51 sec participatives, Rapport intermédiaire du 31/03/2023, Accenture

Tableau 5 : Financement de la médiation en santé au sein des centres de santé communautaire

(exprimé en euros)	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6	Cas 7	Moyenne	
Besoin de financement (1)	55 000								
<i>pour un ETP annuel (coût employeur chargé + coût de fonctionnement inhérent au poste)</i>									
Ressources (2)	30 500	38 000	56 588	40 000	40 000	27 000	40 000	38 870	
ARS FIR	20 000	38 000	37 260	40 000	40 000	27 000	40 000	34 609	
<i>dont Démocratie sanitaire</i>	<i>10 000</i>							1 429	
Assurance Maladie (avenant 4 de l'accord national des centres de santé et accord conventionnel interprofessionnel pour les maisons de santé :	2 000		17 228					2 747	
Contrat de ville dans le cadre de la Politique de la Ville	6 500							929	
Ressources privées (appels à projets de fondations	2 000		2 100					586	
Insuffisance de financement : (3=2-1)	24 500	17 000	-1 588	15 000	15 000	28 000	15 000	16 130	29%

Source : Comptes de sept centres de santé communautaire – retraitement mission

2.3.2 Sans prétendre bâtir un modèle unique adapté à la diversité des structures employeuses, l'architecture financière de la médiation en santé pourrait à court terme être rationalisée et pérennisée

Stabiliser et rationaliser l'architecture financière de la médiation en santé permettrait d'atténuer le sentiment de précarisation des médiateur.rices⁵¹ et des structures et, partant, de consolider l'efficacité des actions en réduisant le temps passé à rechercher des subventions et, consécutivement, le risque de rupture de la continuité des actions dans le parcours de prise en charge des usagers et l'épuisement voire le retrait des acteurs, en particulier les responsables de structures.

La diversité des structures porteuses de médiation en santé, atout qu'il convient de préserver, ne permet pas d'envisager un modèle de financement unique.

Ainsi la mission préconise-t-elle un raisonnement par type de structures permettant de tenir compte de leurs spécificités organiques et de leurs modes de fonctionnement :

- **S'agissant des centres de santé participatifs et des maisons de santé participatives, la mission recommande le recours à un financement conventionnel via l'assurance maladie.** Les résultats de l'évaluation intermédiaire de l'expérimentation « centres et maisons de santé participatifs » démontrent les avantages d'un tel financement pour pérenniser et favoriser le développement des activités de santé participatives⁵². Un avenant à l'accord national des centres de santé et accord conventionnel interprofessionnel pour les maisons de santé pourrait être négocié afin, soit de fixer une dotation au titre de la démarche participative englobant la médiation en santé dont l'étiage pourrait être similaire à celui de l'expérimentation « centres et maisons de santé participatifs », soit revaloriser significativement le nombre de points prévus à l'avenant 4 lorsque la structure comprend un.e médiateur.rice ;
- **S'agissant des établissements de santé, la mission préconise de saisir l'opportunité ouverte par la refonte du mode de financement des hôpitaux pour acter le principe d'un financement des postes de médiation en santé par dotation fléchée** en lieu et place du financement par MIGAC dont l'absence de traçabilité ne permet pas de garantir que l'enveloppe sert effectivement la médiation en santé. Si la réorganisation envisagée⁵³ des MIGAC et FIR faisant l'objet d'un pilotage spécifique était acté (afin de mettre en exergue une dotation « objectif de santé publique »), le financement de la médiation en santé à l'hôpital mériterait en toute cohérence d'y être intégré ;

⁵¹ Au cours de ses déplacements la mission a entendu à maintes reprises cette revendication : « nous voulons des CDI pas des CDD ».

⁵² Evaluation intermédiaire réalisée par Accenture, présentation du rapport intermédiaire du 14 juin.

⁵³ Mission en cours sur la réforme du financement des établissements de santé

- **S’agissant des établissements médico-sociaux, la mission considère qu’il convient de maintenir le financement sur l’ONDAM spécifique ;**
- **S’agissant de la médiation en santé par des associations, la mission estime qu’elle pourrait être soutenue via des engagements pluriannuels du FIR,** adossé lorsque la taille de l’association ou les montants financés l’exigent à un CPOM⁵⁴ ou, en tout état de cause, à un cahier des charges afin de prévenir les effets d’aubaines. La mission s’est interrogée sur les modalités permettant de concilier liberté de gestion dans l’emploi des crédits du FIR et visibilité pour les structures. Si elle privilégie une sanctuarisation souple au travers des engagements pluriannuels sur le modèle de ce que les ARS pratiquent déjà pour le financement d’associations d’envergure, elle considère néanmoins que l’option consistant à flécher une part des crédits du FIR au profit d’actions de lutte contre les inégalités sociales de santé mérite d’être examinée. Une telle exception à la règle de fongibilité du FIR existe déjà au demeurant au travers du fonds de lutte contre les addictions. Toutes choses égales par ailleurs, la mission note que les gestionnaires de programmes des missions du budget de l’Etat ne jouissent pas d’un droit absolu à la fongibilité puisque le législateur organique proscrit les mouvements de fongibilité asymétrique⁵⁵. Ainsi, sur la base des travaux interservices⁵⁶, lesquels ont conduit à estimer qu’en moyenne 10 % du FIR était consacré à la lutte contre les inégalités de santé⁵⁷, la mission préconise à moyen terme d’examiner les modalités de sanctuarisation des crédits du FIR concourant à la lutte contre les inégalités de santé.

Recommandation n°8 Rationaliser l’architecture financière de la médiation en santé en actant le principe d’un canal de financement majoritaire stable par typologie de structures (financement conventionnel, engagements pluriannuels du FIR, dotations hospitalière, ONDAM spécifique)

⁵⁴ Seuil à la libre appréciation de chaque ARS en fonction de la charge administrative supplémentaire que cela implique compte tenu de ses moyens humains.

⁵⁵ Article 7 de la loi organique relative aux lois de finances.

⁵⁶ Séminaire dédié à la refonte du cadre de gestion du FIR (DIPLP, DGOS, DGS et SGMAS)

⁵⁷ Sur la base du constaté 2021, le total des crédits consacré aux inégalités de santé est estimée à un peu plus de 400 M€ (ex-MIG PASS : 90M€, ex-MIG Précarité : 220M€, actions régionales de lutte contre les ISS : 20M€, interprétariat en santé : 20M€, accompagnement en santé des jeunes précaires : 10M€, ELSA : 10M€, recrutement de 500 psys/IDE dans les lieux d’hébergement et d’accueil : 30M€ auxquels s’ajoutent les crédits non retracés que les ARS financent sur le FIR en matière de lutte contre les ISS tels que les PASS mobiles, la médiation en santé, les actions jeunes précaires...) soit une enveloppe estimée à 10% du FIR (en comparaison aux 4,3Mds du FIR en 2021)

Tableau 6 : Modèles de financement cibles de la médiation en santé

Type de structure	Mode de financements actuels	Inconvénients	Modèle cible préconisé par la mission	Avantages
Centre et maison de santé participatif	FIR, assurance maladie au titre de l'exercice coordonnée (ACI et accord national des centres de santé), politique de la ville, collectivités territoriales, privés	Complexité, dimensionnement insuffisant, absence d'engagements pluriannuels	Accord conventionnel au titre de la démarche participative qui intègre une dotation au titre de la médiation en santé (sur le modèle de l'expérimentation SECPA dont le montant est jugé suffisamment dimensionné)	Visibilité et dimensionnement suffisant
SECPA (expérimentation)	Assurance maladie au titre d'une expérimentation article 51 LFSS 2018	Expérimentation qui arrive à terme fin 2023		
Etablissements de soins	MIGAC	Absence de traçabilité des crédits fongibles avec les autres besoins de l'hôpital (risque d'usage en tant que variable d'équilibre des comptes)	Dotation à l'instar des autres postes	Visibilité et facilitation du déploiement au sein des ES
Etablissement médico-social	ONDAM spécialisé	Contraintes inhérentes au pilotage de l'ONDAM	ONDAM spécialisé	Visibilité
Associations menant des actions de santé	FIR, politique de la ville, collectivités territoriales, collectivités territoriales, privés	Complexité, dimensionnement insuffisant, absence d'engagements pluriannuels	Engagements pluriannuel via le FIR (enveloppe ISS) appuyé lorsque nécessaire sur des CPOM.	Visibilité
Cabinets libéraux	Aucun	N'existe aucune incitation	Exprimer un forfait par patient répondant à certaines caractéristiques (socioéconomiques, problèmes d'autonomie...) sur le modèle de l'expérimentation Equip'Addict (microstructures)	Amélioration des conditions de travail des professionnel.le.s et du parcours de soin des patients Incitation financière

Source : Mission

2.3.3 Délicate en méthode, une identification robuste des besoins non couverts devra reposer sur des diagnostics territoriaux repartant des besoins des personnes

Outre l'existence en aval d'une offre de soins et de services publics suffisamment dimensionnée, la détermination de critères permettant d'évaluer les besoins territoriaux, et donc d'allouer les ressources en proportion de ces besoins, constitue le préalable technique au déploiement d'une stratégie de massification de la médiation en santé pertinente.

Deux méthodes, non exclusives, permettraient de satisfaire cette exigence technique :

- l'une, verticale, pourrait reposer sur le croisement de plusieurs indicateurs pris à l'échelle départementale, dont la pondération dans le modèle globale demeure à déterminer : indicateurs socioéconomiques (QPV, taux de précarité), indicateurs médico-sociaux (niveau de consommation en soins, affections de longue durée, indicateur de littératie en santé⁵⁸), indicateurs d'offre (dispositifs de santé des personnes en situations précaires existants ; CARUD, CHRS, équipes mobiles⁵⁹...), approche par population (jeunes, personnes âgées...);
- l'autre, horizontale, reposerait sur l'expression directe des besoins des personnes au travers l'organisation de démarches participatives co-pilotées par les ARS, en mobilisant par exemple les moyens nouveaux mis à disposition dans le cadre de la phase 2 du CNR Santé. Si cette méthode présente l'avantage de faire avec les personnes concernées, sa réussite suppose cependant des conditions techniques (temps, coûts, échelon local circonscrit au bassin de vie) et éthiques (posture, bienveillance). Son expérimentation par certains territoires pionniers, telle que la Guyane, pourrait utilement être envisagée avant un déploiement à plus grande échelle.

Recommandation n°9 Expérimenter sur un ou plusieurs territoires volontaires une démarche d'expression directe des besoins des personnes concernées en lien avec les professionnel.le.s de ces territoires

⁵⁸ Health Literacy Questionnaire.

⁵⁹ L'approche retenue par les services du ministère dans le cadre des travaux préalables à la préparation du Pacte des Solidarités a reposé sur l'existant en équipes mobiles avec pour objectif d'avoir au moins un.e médiateur.ice par équipes mobiles.

2.4 Afin de garantir l’opérationnalisation du présent plan, la mise en place d’un comité de suivi paritaire est vivement préconisée

En l’état, l’organisation administrative des ministères sociaux⁶⁰ ne paraît pas offrir de garantie suffisante afin d’assurer un suivi effectif de l’opérationnalisation de la présente feuille de route. En effet, à l’exception notable de la DIPLP - qui ne dispose toutefois pas du dimensionnement nécessaire pour assurer ce suivi tout en conduisant ses autres missions-, la médiation en santé ne constitue une priorité d’action pour aucune des directions des ministères (DGOS, DGS, DSS, DGCS). Ce caractère fragmenté et secondaire du pilotage des enjeux de la médiation en santé au niveau national étant susceptible de compromettre l’opérationnalisation de la présente feuille de route, la mission recommande la mise en place d’un comité *ad hoc* dont la réunion trimestrielle permettrait d’effectuer un point d’avancement des diverses étapes de mise en œuvre de la présente feuille de route et une fois par an en présence des ministres concernés.

Explicitement mandaté par les autorités politiques compétentes, ce comité serait composé à parité de :

- membres des administrations identifiées comme responsables dans la mise en œuvre des actions de la présente feuille de route (voir le tableau des recommandations) ;
- de personnalités qualifiées et acteurs.rices de terrains (santé publique France, médiateurs.rices en santé, responsables de structures, chercheurs).

Afin d’assurer un *continuum* avec la présente mission, sa présidence ou co-présidence pourrait être assurée par l’un.e ou plusieurs des personnalités qualifiées signataires du présent rapport.

Enfin, outre le suivi de l’opérationnalisation de la présente feuille de route, le comité serait chargé de préparer la transition vers un pilotage de droit commun à iso-périmètre au sein des ministères ou dans le cadre d’une réorganisation envisagée⁶¹.

Recommandation n°10 Mettre en place dès septembre 2023 d’un comité paritaire de suivi de l’opérationnalisation des recommandations de la présente feuille de route. Confier un budget dédié à ce comité afin d’assurer le lancement des études recommandées (recommandation 1) ainsi que l’évaluation de la mise en œuvre des mesures.

⁶⁰ Entendu ici au sens large : ministère de la santé et ministère de la cohésion sociale.

⁶¹ Une mission, conduite par Pierre Ricordeau, a été confiée à cet effet à l’Igas.

LISTE DES ANNEXES

<u>LISTE DES ANNEXES</u>	42
<u>ANNEXE 1 : NOTE DE CADRAGE DE LA MISSION</u>	43
<u>ANNEXE 2 : UNE MISSION QUI A CONDUIT SES INVESTIGATIONS AVEC LE SOUCI DE CONCERTER ET COCONSTRUIRE AVEC LES PARTIES PRENANTES</u>	46
<u>ANNEXE 3 : PROPOSITION DE SOCLE COMMUN DES CONNAISSANCES REQUISES POUR LES PRATIQUES DE MEDIATION EN SANTE</u>	48
<u>ANNEXE 4 : FICHE DE POSTE MEDiateur.RICE EN SANTE INCLUSE DANS LE CAHIER DES CHARGES DE L'EXPERIMENTATION « STRUCTURES COORDONNEES D'EXERCICE PARTICIPATIVES »</u>	51
<u>ANNEXE 5 : RECENSEMENT DES FORMATIONS EXISTANTES</u>	54
<u>ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE ARS</u>	55
<u>ANNEXE 7 : REVUE DES PRATIQUES ETRANGERES</u>	70
<u>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES</u>	119
<u>LETTRE DE MISSION</u>	127

ANNEXE 1 : Note de cadrage de la mission

Compte tenu de l'envergure des champs d'investigations esquissés dans la lettre de mission originelle et des moyens à sa disposition (une inspectrice de l'Igas), la mission a proposé, via la note de cadrage reproduite ci-après, aux cabinets des ministres commanditaires de recentrer ses travaux sur la médiation en santé

1. Afin de satisfaire à l'exigence d'opérationnalité, la mission suggère de concentrer ses travaux sur la médiation en santé, outil essentiel d'une stratégie d'aller vers, et de confier l'objectif de structuration d'une offre mobile à un tiers :

Le 18 janvier 2023, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités nous ont confié une mission « *destinée à formuler une stratégie d'action dite d'aller vers* ». La lettre de mission évoque trois dimensions, formant un ensemble cohérent, sur lesquelles les travaux devraient porter en particulier :

1. Le développement de la médiation en santé en tant que dispositif de l'accès aux soins des personnes éloignées du systèmes de santé quelle qu'en soit la raison ;
2. La structuration et la pérennisation d'une offre mobile de santé et sociale au plus près des personnes ;
3. Le pilotage de la mise en œuvre de la stratégie « d'aller vers ».

Les premiers travaux (revue de littérature, entretiens) font toutefois entrevoir un risque d'asymétrie, tant en termes de profondeur d'analyse que d'opérationnalité, entre d'une part la médiation en santé et, d'autre part, l'offre mobile de santé et sociale. En effet, alors que la médiation en santé a fait l'objet de travaux universitaires et administratifs nombreux à partir desquels la mission pourra s'appuyer pour bâtir une stratégie opérationnelle et concrète, tel n'est pas le cas de l'offre mobile de santé et sociale.

La mission souscrit pleinement à l'objectif de structuration et de pérennisation d'une offre mobile de santé et sociale, laquelle est à ce jour complexe à appréhender car très polymorphe et éclatée. Compte tenu de la complexité du sujet et de l'investissement préalable requis, la mission estime que cet objectif

justifie une mission à part entière. Détachable des travaux qu'elle conduira sur la médiation en santé, une mission « offre mobile » constituerait un complément utile dans le cadre de l'édiction de la stratégie « d'aller vers ». A cet effet, il vous est suggéré de solliciter une mission d'expertise auprès de l'IGAS ou, le cas échéant, une note de proposition de la DIPLP.

En tout état de cause, si cette dimension ne faisait pas l'objet d'une mission *ad hoc*, la présente mission l'aborderait *a minima* au travers les enjeux de pilotage et d'articulations entre dispositifs.

2. La mission centrera ses travaux sur les conditions de développement de la médiation en santé en tant que processus d'aide à l'accès à la santé des personnes en situation de vulnérabilité⁶² :

Sans préempter l'orientation de ses travaux, la mission s'attachera notamment à produire :

- I. Etat des lieux et des connaissances :
 - a. *Cartographie de l'existant* : état des lieux des publics concernés, des modalités d'intervention, des profils et compétences des médiateurs de santé (dont les pairs médiateurs), des financements... ;
 - b. *Parangonnage* : revue synthétique des modalités d'organisation des dispositifs de médiation en santé à l'étranger ;
 - c. *Evaluation* : revue des études d'impact portant sur la médiation en santé ou des dispositifs analogues (médiation sociale, médiation numérique) ;
 - d. *Bonnes pratiques* : identification des facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé ;

- II. La modélisation des conditions de développement et de pérennisation de la médiation en santé :
 - e. *Clarifier le Périmètre de la médiation en santé*, son intégration dans les programmes de santé publics nationaux et de territoires, la gouvernance, les éléments de son acceptabilité par les professionnels, l'articulation avec les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ;
 - f. *Statut et professionnalisation* : préciser les différents compétences et niveaux des médiateurs en santé. Examen de l'opportunité d'intégrer la médiation en santé dans les différents répertoires de métiers et de

⁶² Entendue ici au sens de vulnérabilité endogène (situation propre à la personne) et exogène (situation du système)

compétences et au sein des formations initiales et continues des métiers du champ social, médico-social et sanitaire, et de la VAE ;

- g. *Financement* : modalités et conditions de pérennisation ;
- h. *Valorisation* : supports communicationnels et marketing social ;
- i. *Evaluation* : conditions et critères d'évaluation d'impact.

ANNEXE 2 : Une mission qui a conduit ses investigations avec le souci de concerter et coconstruire avec les parties prenantes

1. Outre la mobilisation classique de données quantitatives et qualitatives, la mission a fait le choix d'intégrer une démarche participative à ses investigations :

- **Données qualitatives** : Données quantitatives : auditions des acteurs (parties prenantes, institutionnels, personnalités qualifiées) = plus de 100 h d'entretiens, mobilisation de revues de littératures et du référentiel HAS, questionnaires aux ARS et au réseau des Conseillers aux affaires sociales des ambassades de France disposant d'un tel poste (*Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède, Chine, Etats-Unis*), investigations terrains : déplacements dans 3 régions (IDF, ARA, CVL)
- **Données quantitatives** : en l'absence de données fiables et consolidées (tant sur le plan démographique que financier), la mission s'est appuyée sur les données partagées par la FNASAT et Sidaction, issues d'une étude ayant permis d'interroger 215 médiateurs.rices et dirigeant.e.s issu.e.s de 150 structures portant des projets de médiation en santé.
- **Démarche participative** : Réunion de lancement de la mission avec l'ensemble des directions d'administrations des ministères sociaux, mise en place d'un cycle de groupe de travail avec le Collectif de Promotion de la Médiation en Santé (plus de 20h de réunions), participation à des séminaires dédiés à la médiation en santé, organisation d'une journée d'ateliers de co-construction associant les parties prenantes.

Programme de la journée de co-construction du 1^{er} juin 2023

Objectifs partagés par la mission :

- 1/ Créer une communauté de soutien de nos orientations avec un espace de co-construction
- 2/ Faire valider les grands principes/orientations de la mission
- 3 Obtenir l'engagement des acteurs

Déroulé de la journée :

1/ Matinée de restitution des travaux de la mission :

- a) Présentation des objectifs, pause libre sur les temps de travail
- b) Brise-glace

- c) Point d'étape de la mission : méthode /diagnostic/grandes orientations
- d) Discussion en groupe sur le contenu du point d'étape : Objectif : collecter les freins et limites, identifier les forces et clore la séquence sur un diagnostic partagé
- e) Synthèse collective : restitution par chaque groupe (un ambassadeur)

Pause déjeuner et café : temps d'échange informel

Après-midi de travail autour de 4 ateliers : compétences, indicateurs d'évaluation de la médiation en santé, architecture financière, facteurs clefs de succès de l'intégration de médiation en santé :

- a) Présentation du travail : les groupes s'autodéterminent sur les ateliers
- b) Temps de réflexion en groupes : animation et facilitation par un membre de la mission
- c) Restitution collective autour des 3 points > priorité point de convergence/ problématique / une proposition supplémentaire qui manque

Conclusion de la journée : perspectives et calendrier

2. Les échanges avec les bénéficiaires de la médiation en santé rencontrés à l'occasion des déplacements de même que le 5^e collège du Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale confirment l'intérêt et le besoin de médiation en santé :

A l'occasion de ses déplacements les membres de la mission ont pu s'entretenir avec des bénéficiaires d'actions de médiation dont les témoignage convergent pour exprimer l'impact significatif de la médiation tant dans leurs approches de la santé que dans leurs rapports au système de soins (accès aux droits compris).

De même, les échanges avec le 5^e collège du CNLE (collège des personnes concernées par les situations d'exclusion) confirment l'intérêt porté à ce thème qui « s'inscrit dans les réflexions menées au CNLE sur la question de l'amélioration de l'accès aux soins pour les plus précaires. »

ANNEXE 3 : Proposition de socle commun des connaissances requises pour les pratiques de médiation en santé

Le programme ci-dessous a été construit par le collectif de promotion de la médiation en santé à partir des formations en médiation en santé existantes (DU Médiation en santé de Paris 13 et de l'Université de Guyane, formations internes proposées par Médecins du Monde) et en lien avec les recommandations du référentiel de la HAS.

La mission souscrit pleinement à la méthode utilisée, consistant à repartir à la fois des recommandations HAS et de l'expérience pratique des formations existantes.

Dans la mesure où la présente proposition a fait l'objet d'échanges dans le cadre d'un des groupes de travail entre la mission et le collectif et n'appelle pas d'observations particulières, la mission considère qu'elle constitue l'une des bases de référence qu'il conviendra utilement de mobiliser dans le cadre de l'opérationnalisation de ces recommandations relatives à la formation.

Module 1 : Définition, périmètre et cadre de la médiation en santé

- Les différentes formes de médiation
- La médiation en santé
 - Historique
 - Définition : socle commun et diversité
 - Les 2 missions de la médiation en santé : assurer l'interface pour faciliter
 - l'accès aux droits, à la prévention et aux soins auprès des publics vulnérables
 - la sensibilisation des acteurs du système de santé aux obstacles du public dans son accès à la santé
- Déontologie et éthique de la médiation en santé
 - Secret professionnel, non jugement, respect de l'autonomie des personnes
- Savoir être : déconstruction des représentations de la santé et du soin des professionnels de santé ; anthropologie de la santé
 - Décentrage
 - Principes de l'approche transculturelle

Module 2 : Notions de santé publique et de promotion de la santé

- Initiation à la santé publique
 - Déterminants de santé
 - Charte d'Ottawa
 - Politiques de santé publique
 - Concepts de démocratie sanitaire
 - Inégalités sociales de santé et discrimination dans le système de santé
 - Différentes formes de vulnérabilité et impacts
 - Repères relatifs à une approche en promotion de la santé
 - Démarche communautaire en santé
- Principes de la transition sanitaire
- Grands axes de santé publique
 - Droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR); genre et santé; santé materno-infantile
 - Santé mentale : souffrance psychique, souffrance sociale, mise en échec, trauma, névroses, psychoses, démences
 - Santé des migrants
 - Santé et environnement
 - Addictions
 - Gériatrie

Module 3 : Connaissances médicales

- Bases de l'anatomie et principes de base des grands systèmes physiologiques
 - Fonctions rénale, cardiaque, respiratoire, digestive, régulation glycémique, immunitaire
- Principales maladies et affections chroniques
 - Endocrinologie : diabète, obésité
 - Infections : infections à VIH, hépatites, tuberculose
 - Affections respiratoires chroniques (BPCO, asthme...)
 - Maladies cardiovasculaires
 - Cancers
 - Principaux handicaps
 - Troubles somatoformes
- Le « médicament » comme objet social : représentations et usage conventionnel et traditionnel
- Refus de soin ; renoncement aux soins
 - Définition
 - Mécanismes

Module 4 : Le système sanitaire et social en France

- Les structures de la prise en soin médico-sociale
- Les réseaux et les outils de coordination
- Accès aux droits et aux soins ; Droit au séjour

Module 5 : Savoir-faire : les pratiques de médiation en santé

- Outils et techniques :
 - Valorisation des acquis des usagers
 - Ecoute active
 - Bases de l'entretien motivationnel
 - Boîte à outils : focus group, arbre à problèmes, outils participatifs, photos langage...
- Les 2 grands axes de la médiation en santé :
 - Interface pour l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics vulnérables :
 - Etape 1 : (Re)créer la rencontre avec les publics concernés
 - Aller vers, faire avec...
 - Travailler en équipe pluridisciplinaire, en réseau avec les partenaires
 - Etape 2 : Diagnostic évolutif des obstacles aux parcours de santé (nonaccès aux droits et aux soins)
 - Etape 3 : Organiser/faciliter la coordination des parcours de santé
 - Informer, orienter, accompagner
 - Etape 4 : savoir reconnaître les conditions pour terminer une action de médiation en santé
 - Interface pour la sensibilisation des acteurs du système de santé :
 - Etape 5 : Informer les professionnels de santé des obstacles aux parcours de santé ; faire remonter les dysfonctionnements
 - Etape 6 : Favoriser les actions collectives de promotion de la santé
- Gérer son activité
 - Rendre compte de son activité
 - Méthodologie de la gestion individuelle du stress
- Expériences de médiation en santé : focus sur la diversité des pratiques

Module 6 : Gérer un programme de médiation en santé

- Montage d'un projet
- Recherche de financements
- Bilan d'activité
- Evaluation et plaidoyer
- Analyse des pratiques
- Prévention du risque psycho-social
 - Supervision
 - Action de Formation En Situation de Travail (AFEST)

ANNEXE 4 : Fiche de poste médiateur.rice en santé incluse dans le cahier des charges de l'expérimentation « structures coordonnées d'exercice participatives »

Basée sur le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la HAS relatif à « *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* » (Octobre 2017)

Définition de la médiation en santé

Par la Haute Autorité de santé (HAS)

La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » 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.

FINALITE

Il s'agit grâce aux actions de médiation d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

MISSIONS DU MEDIATEUR

Créer la rencontre avec les populations vulnérables du territoire, par des actions d'aller-vers et une présence active auprès des publics-cibles :

- identifier les personnes sur leur lieu de vie ou d'activité, se faire connaître, créer un lien de confiance ;
- faciliter la compréhension et la connaissance des droits et du système de santé, présenter le rôle et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire, aider à identifier les professionnels de santé du territoire ;
- orienter en fonction des besoins vers les acteurs de santé du territoire ;
- amener les personnes à apporter une attention à leur santé ;
- observer et identifier des situations problématiques individuelles et/ou collectives

Développer des liens avec les professionnels de santé et institutions du territoire :

- Identifier et se faire connaître des professionnels de santé et institutions du territoire
- sensibiliser les professionnels et acteurs de santé du territoire aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités des publics cibles, aux difficultés rencontrées par les personnes
- mobiliser les professionnels et acteurs de santé du territoire pour organiser des actions d'aller-vers et des actions collectives de promotion de la santé

Faciliter la coordination des parcours de santé des personnes

- Accompagner l'ouverture des droits en santé : aide à la mise en place des démarches administratives des personnes ayant des difficultés à compléter leurs dossiers, mise en relation avec des professionnels susceptibles de régulariser les dossiers, suivi des démarches, accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les administrations...
- Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé : mise en relation des publics et des professionnels, accompagnement physique des personnes les moins autonomes

Proposer des actions collectives de promotion en santé, en lien avec les acteurs de santé du territoire :

- participer au recensement des besoins et préoccupations de la population du territoire,
- participer à l'organisation d'actions collectives, mobiliser le public en amont, participer à l'animation des actions, etc.

Participer aux actions structurantes au projet du centre de santé participatif

- Assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques
- Identifier les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé, ainsi que les risques pour la santé des personnes accompagnées afin d'alerter les autorités compétentes

COMPETENCES

Connaissance de l'environnement

- Connaissances du public cible (valeurs, codes et pratiques, problématiques médicales et médico-sociales, problématiques socio-économiques)
- Connaissances de l'environnement médico-social (des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur) et des institutions et de l'offre de soins du territoire

Compétences techniques :

- techniques d'aller-vers, communication (techniques d'entretien, techniques d'animation et éducation pour la santé), modalités de constitution d'un dossier administratif d'ouverture de droits à l'assurance maladie
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire un réseau
- Capacité à prendre de la distance et à gérer son stress

Savoir être :

- Ecoute et empathie, respect de la confidentialité et du secret professionnel, non jugement
- Capacité à connaître les limites de son rôle, à se remettre en question et remettre en question sa pratique

PROFIL / FORMATION

Les profils des personnes recherchées peuvent être divers, il peut s'agir de :

- Professionnel du secteur sanitaire ou social, ou personne sans qualification initiale dans ces domaines mais dont l'expérience personnelle s'apparente à celle de la population cible du projet (habitant du quartier, etc.).
- Personne titulaire d'un diplôme/formation ou ayant une expérience préalable en médiation en santé ou en médiation sociale.

ANNEXE 5 : Recensement des formations existantes

Champ	Public	Organisme	Volume cours	Stage	Prérequis diplôme
Santé mentale	Pairs	Université Lyon + centre ressource réhabilitation psychosociale	90	35h à 70h	Bac
interdisciplinaire	Pairs	ARIFTS	160	non	nc
Santé mentale	Pairs	Université Sorbonne Paris Nord	240	être en poste	Bac+2
interdisciplinaire	Pairs	Université Tours	87	non	Bac+2
Médiation en santé	Médiateurs et médiatrices en santé	Coopération Communautaire Santé Bien Etre	20	non	aucun
interdisciplinaire / rétablissement	Pairs	IRTESS	138	35h	aucun
interdisciplinaire	Pairs	FAS	133	210 à 420h	aucun
Santé mentale	Pairs	Université Bordeaux	nc	être en poste	Bac+2
Santé mentale	Pairs	COFOR	nc	nc	nc
handicap	Pairs	Université Paris, Rennes, La Réunion	110	20h mini	aucun
Santé mentale	Pairs	Université Grenoble Alpes	95	35	Bac
Cancéro	Pairs	Université des patients	98	non	Bac +2
interdisciplinaire	équipes	Alfa-psy	14	nc	nc
Santé mentale	Pairs	Université des patients	40	nc	nc
Covid long, cancer du sein métastatique, ETP, maladie vasculaire rare, mélanome	Pairs	Université des patients	40	nc	nc
Santé mentale	Équipe ayant le projet ou venant de recruter un pair-aidant	Sainte-Anne Form@tion - GHU Paris	12	nc	nc
interdisciplinaire	mixte (pairs, équipes)	Université Bretagne Occidentale	91	non	Bac
interdisciplinaire	mixte (pairs, équipes)	Université Nantes UFR Médecine	100	non	aucun pour la mention patient partenaire
santé mentale	équipes	INFIPP	14	nc	nc
santé mentale	équipes	GRIEPS	14	nc	nc
interdisciplinaire	médiateurs	Université Sorbonne Paris Nord	188	70	aucun
interdisciplinaire	mixte (pairs, équipes)	Université Paris Cité	137	12h	acun
interdisciplinaire	mixte (pairs, équipes)	Université Paris Cité	140	24	DU "Médiations en santé - Approche transculturelle - processus de médiations"
interdisciplinaire	médiateurs	Université de Guyane	175	70	aucun
interdisciplinaire (avec focus migration)	mixte	Université Lumière Lyon 2	165	50	nc
handicap	pairs	Epop	5 j	nc	aucun
handicap	professionnels ESMS	Epop	5 j	nc	acun
addicto	equipes	Gala Formatoin	2 j	non	aucun

ANNEXE 6 : Questionnaire ARS

Synthèse des enseignements du questionnaire ARS

La mission a adressé un questionnaire aux agences régionales de santé (taux de réponse de 75 %). Elle retire des retours 6 enseignements :

1. La très grande majorité des ARS identifie la médiation en santé comme un levier au sein de leurs programmes régionaux de santé ;
2. Au sein des territoires, la médiation en santé est essentiellement portée par des structures associatives ou des centres/maisons de santé. La présence de médiateur.rice au sein des établissements de santé est extrêmement rare ;
3. La très grande majorité des ARS juge la médiation en santé insuffisamment développée sur leur territoire ;
4. Les principaux obstacles au développement de la médiation en santé remontés par les ARS sont : le défaut de connaissance de ce qu'est la médiation en santé, corrélativement, l'insuffisante reconnaissance par le reste de l'éco-système sanitaire et social, l'absence de financement pérenne ;
5. Les ARS n'ont pas de vision sur les montants engagés au titre de la médiation en santé sur leur territoire, conséquence des multiples canaux de financements existants ;
6. Les ARS sont partagés sur la question de savoir si le FIR est le canal financier adapté pour financer la médiation en santé.

I/ Trame du questionnaire aux agences régionales de santé

1/ L'offre de médiation en santé sur votre territoire :

1. Combien de structures identifiées dans la région /par département de votre région (en 2022 ou avant si indisponible)

2. Publics cibles (choix multiples) :
 - les personnes sans domicile fixe,
 - les habitants des bidonvilles,
 - les usagers de drogues,
 - les personnes en situation de prostitution,
 - les personnes séropositives,
 - les migrants,
 - les habitants de Zones urbaines sensibles ou de quartiers prioritaires de la politique de la ville,
 - les personnes précaires,
 - les personnes âgées précaires,
 - les patients en santé mentale,
 - les personnes transgenres,
 - les personnes atteintes d'une maladie chronique,
 - les personnes en situations de handicap,
 - les jeunes
 - autres (préciser)

3. quels type de structures sont à l'initiative des projets de médiation :
 - associations
 - établissement de santé,
 - centres ou maisons de santé

Si possible, indiquer la part de chacune sur le total d'initiatives sur votre territoire (ou a minima si une majorité nette se dégage en termes de porteurs)

2/ Enjeux territoriaux

4. L'offre de médiation en santé vous semble-t-elle sur votre territoire :
 - adaptée
 - insuffisante

5. La médiation en santé est-elle identifiée dans votre PRS ?

6. Quels sont selon vous les difficultés/points de blocages entravant le développement de la médiation en santé selon vous ?

7. Quelles sont les principaux constats/enjeux remontées dans le cadre du CNR Santé sur la médiation en santé ?

3/ Financement

8. Part du financement FIR dédié à la médiation en santé (ou, si ces crédits sont impossibles à retracer de façon fine, des projets financés comprenant une dimension médiation en santé)

	2018	2019	2020	2021	2022
en euros					
en % de votre FIR					

9. A votre connaissance, quels autres financements publics sont dédiés à la médiation en santé sur votre territoire ?
10. Le FIR vous semble-t-il être l'outil adapté pour financer la médiation en santé :
- oui (pourquoi)
 - non (pourquoi et quel mode de financement serait plus approprié ?)

4/ Statut/professionnalisation

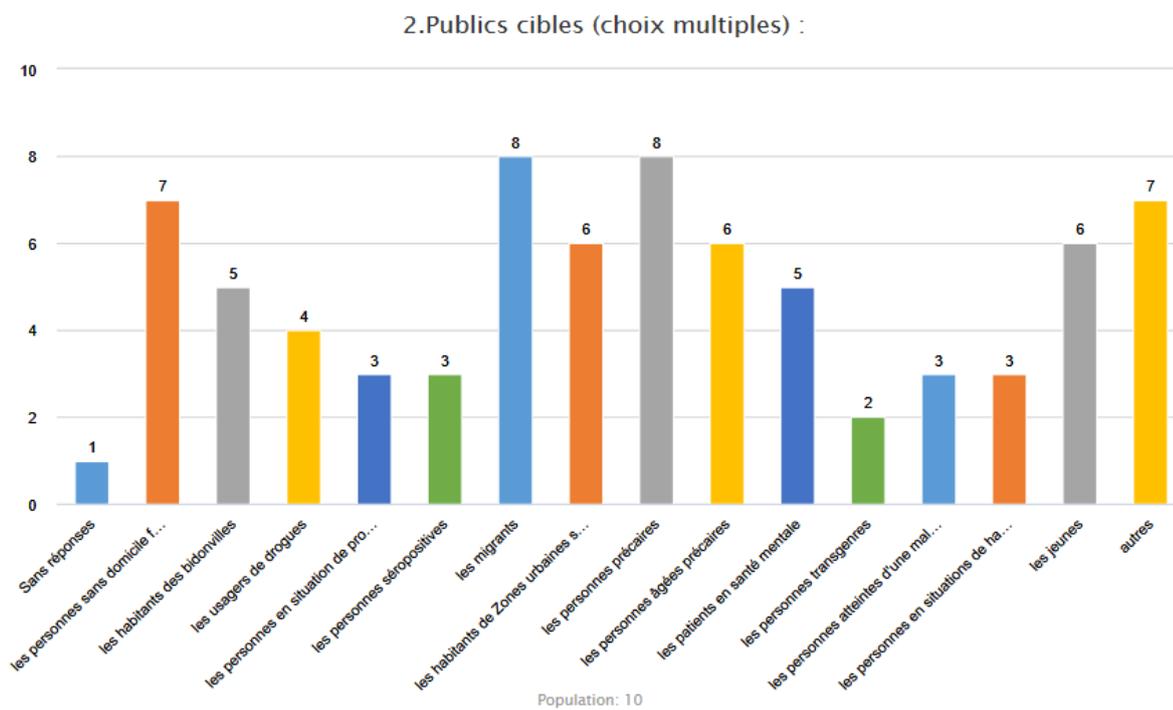
11. Combien de postes de médiateur en santé estimez-vous sur votre territoire ?
12. Parmi eux combien avec des fiches de postes ayant cet intitulé / combien de bénévoles / combien de pair-aidant ?
13. Existe-t-il une offre de formation des médiateurs en santé sur votre territoire ?
14. Parmi les établissements de santé de votre territoire, combien (en pourcentage) emploient des médiateurs en santé ?
15. Le médiateur en santé doit-il selon vous faire partie des fonctions indispensables au sein des établissements de santé :
- oui
 - oui sous réserves de certains critères (précisez lesquels selon vous)
 - non

[II/ Retour des ARS](#)

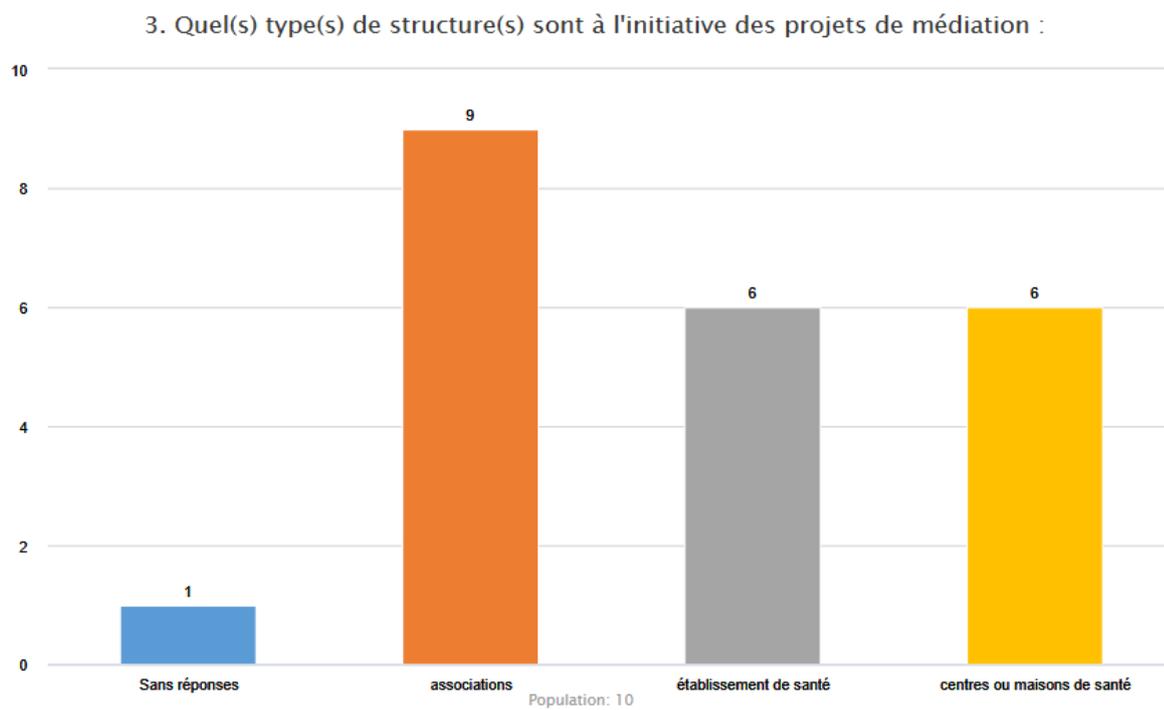
Stratégie opérationnelle de développement de la médiation en santé

Auteur	IGAS-ENQUETES
Nom du filtre	Toutes les réponses validées
Date de génération du rapport	16/05/2023 10:30:00

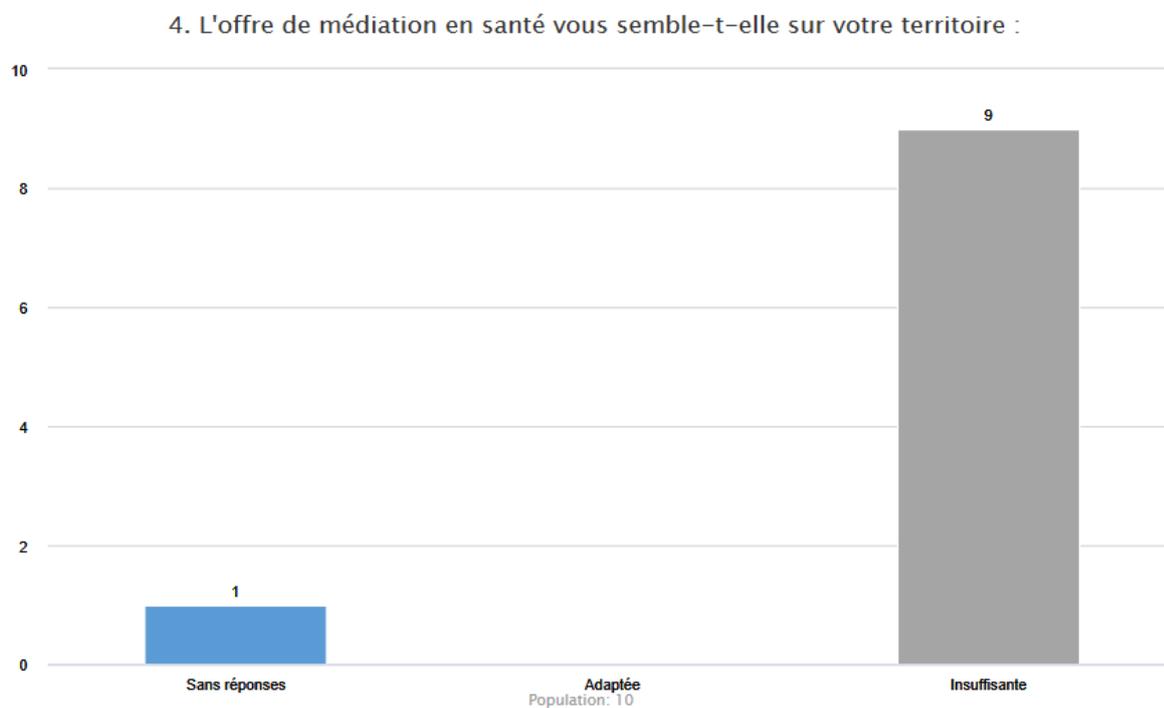
2.Publics cibles (choix multiples) :



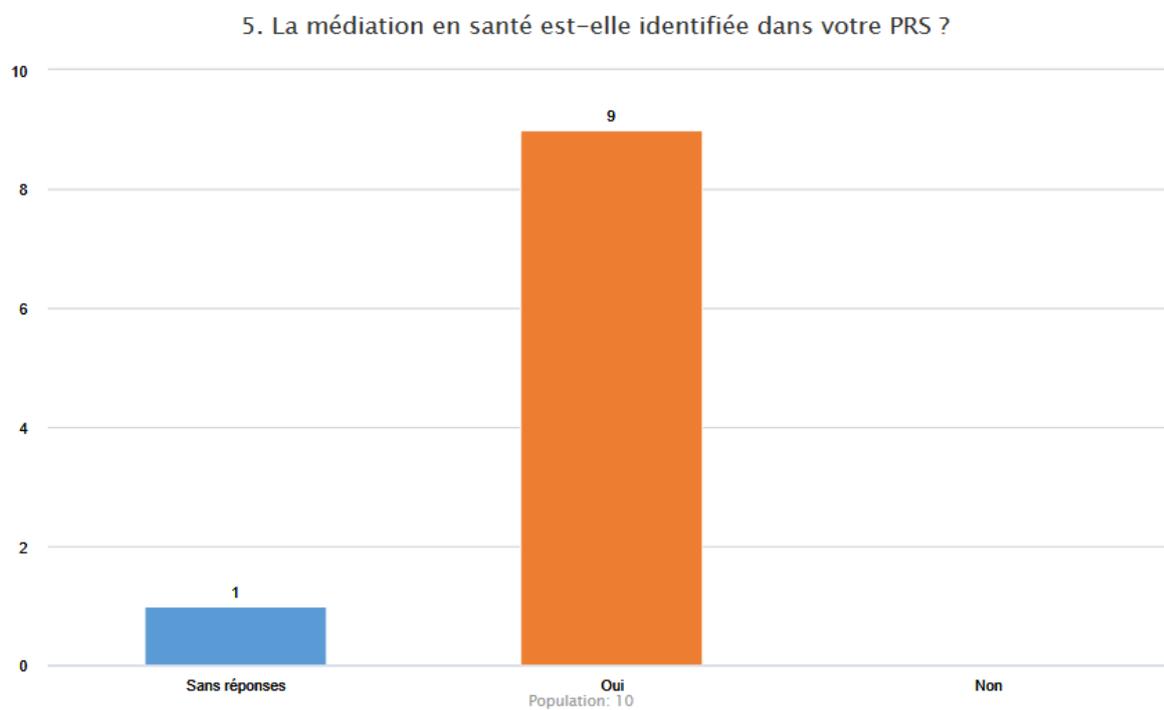
3. Quel(s) type(s) de structure(s) sont à l'initiative des projets de médiation :



4. L'offre de médiation en santé vous semble-t-elle sur votre territoire :



5. La médiation en santé est-elle identifiée dans votre PRS ?



6. Quels sont selon vous les difficultés/points de blocages entravant le développement de la médiation en santé selon vous ?

<p>6. Quels sont selon vous les difficultés/points de blocages entravant le développement de la médiation en santé selon vous ?</p>
<p>1. Connaissance du métier par l'ARS, les établissements de santé et les professionnels libéraux. Créer une culture commune de la médiation en santé.</p> <p>2. Formation, montée en compétences des médiateurs., trice actuels et à venir et des encadrants (chefs d'établissement ; resp. de service). Temps d'échange, visites et retours d'expérience. Formation des acteurs ensemble, quelque soit le type de structure porteuse et le statut des acteurs concernés pour une meilleur connaissance réciproque et consolidation culture commune.</p> <p>3. Développer les compétences de centres ressources national et régional pour la formation (ANFH ? CNFPT ?) et l'accompagnement (IREPS ?). Notamment sélection et diffusion de ressources accessibles à distance (FOAD, Webinaires, MOOC)</p> <p>4. Reconnaissance au sein des équipes, professionnalisation, statut, rémunération valorisant : l'expertise acquise et la complémentarité avec les compétences des autres professionnels des équipes pluridisciplinaires ; le rôle clé de repérage et de prise en compte des dysfonctionnement</p> <p>5. Financement à la hauteur des enjeux, des spécificités territoriales et sociologiques, financement perenne et sécurisé permettant de s'engager dans une véritable politique de développement de la médiation en santé : formation initiale et continue.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - méconnaissance de la fonction de médiateur santé et du référentiel HAS par les professionnels de santé -> accompagner la professionnalisation des médiateurs santé en œuvrant en faveur d'une reconnaissance officielle du métier grâce par ex à une formation certifiante et exigeante n'excluant pas le savoir expérientiel - difficulté dans les zones blanches - déserts médicaux de mettre en place des médiateurs santé faute d'orientation possible en local - parfois compliqué de trouver le bon porteur du poste (légitimité, cofinancements, etc.) - besoin de développer l'analyse de la pratique et les échanges entre médiateurs santé car c'est une mission encore récente et ils peuvent parfois se sentir isolés
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de lisibilité et de visibilité sur l'existant pour se rendre compte de l'offre, du maillage et de sa pertinence / efficacité - Précarisation des postes de médiation - Formation des médiateurs - Financement des médiateurs - La médiation existe depuis de nombreuses années, née du terrain, sans cadre règlementaire formalisé si ce n'est un référentiel établi par la HAS en 2017
<p>Dans le cadre du Praps, les difficultés relevées concernent la valorisation des médiateurs en santé. A noter également que Pôle emploi ne reconnaît pas à ce jour la formation médiateurs pairs dispensée par la FAS que l'ARS BFC finance.</p> <p>En effet, l'ARS fiance dans le cadre d'un CPOM avec la FAS une formation à la médiation pair. Aucun pré requis n'est demandé pour cette formation, si ce n'est d'avoir déjà commencé à avancer dans son rétablissement. L'unique compétence attendue ne tient pas dans les qualités rédactionnelles ou universitaires mais dans l'utilisation que la personne fait de son savoir expérientiel, ses capacités d'écoute et son envie d'aider. depuis son lancement en 2019, 33 personnes ont été formées et 11 sont en cours de formation cette année.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - méconnue - manque de financements ++ - métier non reconnu/légitimité vis à vis des acteurs de la santé - turn over des médiateurs
<p>Financements : financements dédiés majoritairement sur du FIR et absence de cotation de la médiation dans la nomenclature hospitalière.</p> <p>interroger sur les moyens de renforcer la visibilité et la reconnaissance du métier de médiateur en santé afin d'améliorer les conditions d'exercice, la montée en compétences et l'évolution des professionnels de la médiation (question du parcours professionnel).</p>
<p>Malgré la présence d'un DU médiation en santé, l'offre de formation reste insuffisante.</p>

Nécessité de travailler la stratégie et la structuration au niveau local
<p>Manque de lisibilité des ressources globalement sur le territoire</p> <p>Méconnaissance du rôle de médiateurs</p> <p>Manque de reconnaissance</p> <p>Manque de formation et absence de reconnaissance du métier de médiateur</p> <p>Besoin de professionnaliser et qualifier la fonction</p> <p>Pas de réseau de professionnels</p> <p>Manque de diffusion et application des recommandations HAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Les financements sont incertains pour les médiateurs en place (FIR non pérenne nettement majoritaire – à la marge article 51 en expérimentation et appel à projets centres de santé communautaires) - Pas de financement pour leur développement - Si la fonction est reconnue, le métier en tant que tel n'existe pas (pas de cadre d'emploi). Selon les structures, les médiateurs émergent sur des grilles différentes et des rémunérations différentes) > nécessité de définir le métier de médiateur avec grille - Nécessité d'associer un financement pour l'interprétariat en santé - Nécessité d'associer un financement pour de l'échange de pratiques et de la supervision (médiateurs isolés et nouveau métier)
<p>Offre de formations restreinte et métiers peu/méconnus.</p> <p>Financement principalement sur du FIR entraînant une précarité de l'emploi/difficultés à pérenniser ces postes .</p> <p>Méconnaissance des bénéfices apportés par la médiation en santé par les professionnels du premier recours et hospitaliers.</p>

7. Quelles sont les principaux constats/enjeux remontés dans le cadre du CNR Santé sur la médiation en santé ?

<p>7. Quelles sont les principaux constats/enjeux remontés dans le cadre du CNR Santé sur la médiation en santé ?</p>
<p>Enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendre attractif ce métier (cf. supra). - intégrer la médiation en santé comme "nouveau métier " du système de santé de droit commun avec une vigilance pour ne pas faire naître ou conforter des filières spécifiques. Dans un contexte de raréfaction des ressources humaines et du temps médical, la médiation en santé apparaît comme une solution dans l'intégration, l'approche holistique et la continuité du parcours santé des personnes éloignées du système de santé. - Accompagner la structuration d'un réseau de médiateurs trices : échanges d'expérience, analyses de pratiques, supervision, plaidoyer, ... - Réflexion sur le statut et le portage "idéal" permettant de mutualiser, sur un territoire, notamment en ruralité, un ou plusieurs postes de médiateurs.
<p>Besoin de renforcer la couverture territoriale en médiateurs santé car car identifier par les partenaires comme pertinent pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus vulnérables.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forte demande autour des sujets de médiation et d'aller vers dans le cadre des CNR en région. - Forte attente autour du déploiement de ce type de dispositif avec en parallèle une forte de demande de connaître l'existant - Renvoi au point ci-dessus <p>La médiation santé, comme démarche proactive d'aller vers et ramener vers le soin et la prévention est désormais reconnue comme pertinente et a été un levier majeur pendant la crise Covid-19. Elle a été fortement préconisée par les participants en CNR, tant en HDF que dans les autres régions. Elle est par ailleurs un outil de lutte contre les ISS.</p>
<p>Non remontés dans le cadre du CNR mais remontés dans le cadre du Praps : Principaux constats. Messages de prévention non adaptés à certains publics. Diagnostic tardif de pathologies lourdes. Problématiques de mobilité vers les soins. Isolement social, fragilité psychologique. Santé non ressentie comme prioritaire dans le parcours de vie. Frein culturel et linguistique. Spécificités de la prise en charge de certains publics à prendre en compte dans les pratiques des professionnels de santé. Difficultés d'inclusion dans l'offre globale de droit commun (champ social/ médico-social et sanitaire. Principaux enjeux : aller à la rencontre d'un public en rupture de soins et/ou en difficultés d'accès à la prévention et aux soins leur permettre de recréer un lien et les orienter vers les bons interlocuteurs, ce afin de pouvoir d'une part lutter contre le non recours et d'autre part proposer des solutions en prévention de situations qui pourraient arriver sur le 115. Contribuer à une meilleure compréhension et appropriation des messages de prévention qui ne sont pas adaptés à certains publics. Enrichir la pratique de soin habituelle par le savoir expérentiel des pairs aidants. Avoir une approche santé "respectueuse" des comportements et des valeurs des personnes.</p>
<p>la médiation n'a pas été abordée dans le cadre des échanges CNR</p>
<p>Les enjeux relatifs à la médiation en santé sur le territoire se déclinent autour des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner le développement des dispositifs d'aller-vers les publics vulnérables via la médiation en santé et communautaire. - Travailler sur les questions de réseau et montée en compétence des structures et des médiateurs, pour rompre avec l'isolement de ces professionnels, surtout ceux œuvrant sur des territoires isolés. - Développer une offre de formation avec des titres reconnus et professionnels - développer des financements sécurisés et pérennes.
<p>Demande de structurer le déploiement d'ambassadeurs santé/médiateurs/pairs sur les territoires a émergée</p> <p>Enjeux de formation socle pour tous les médiateurs pour développer une culture commune autour des concepts et des objectifs de ces médiateurs, selon leur contexte (ES, ESMS...). Ateliers d'échanges de pratiques, partage d'infos</p>

Définition d'un statut

Enjeux d'accompagnement de ces médiateurs (Pôle d'appui régional ?) : réalisation d'un plaidoyer auprès des établissements identifiés sur le territoire, partage des ressources, partages d'expériences, etc.

- Nécessité de développer dans quelques PASS

- Nécessité de développer dans certaines structures d'exercice coordonné (en lien notamment avec les futures labellisations des structures « PASS dites de ville »)

- Médiation en santé en milieu scolaire

- Changement d'échelle qui nécessite des financements pérennes et à hauteur des déploiements :

o Intégrer des postes de médiateurs dans les MSP

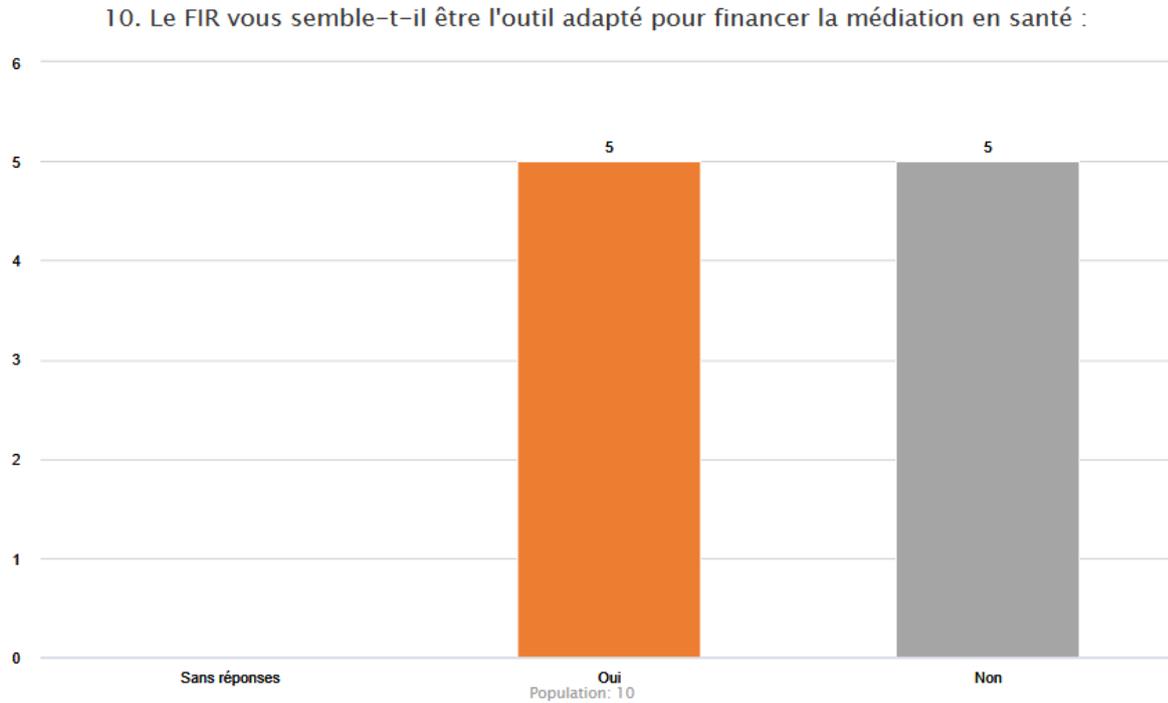
o Développer les médiateurs de terrain

Plusieurs contributions insistent sur la nécessité d'une offre de médiation en santé : créer des postes, en particulier dans les SEC ; pérenniser ce nouveau métier en le reconnaissant, en le valorisant et en le rémunérant mieux.

9. A votre connaissance, quels autres financements publics sont dédiés à la médiation en santé sur votre territoire ?

9. A votre connaissance, quels autres financements publics sont dédiés à la médiation en santé sur votre territoire ?
Financement adulte relai (Préfecture ; QPV) : - médiatrice santé mentale rattachée à EMPP Bastia ; (Nb : + petite contribution bailleurs sociaux) - perspectives sur la Corse du Sud ?
ONDAM spécifique / 2 médiateurs santé pairs ACT UCSD
- collectivités territoriales - politique de la ville
- ONDAM - FNPEIS - Co financement collectivités territoriales - Politique de la ville
Dans le cadre du Praps : ARS BFC : financement médico-social (UCSD : prix à la place. l'équipe doit avoir un médiateur pair salarié. cahier des charges national). Financements via CNR. Crédits lutte contre la pauvreté (à confirmer). Certains CD co-financent également aux côtés de l'ARS des actions similaires à la médiation en santé (pour ex : agent santé).
EPCI; fonds propres associatifs
des appels à projets , fondation, préfecture, politique de la ville, les postes adultes relais.
collectivités territoriales
Pour 1 structure, financement Etat politique de la ville
FIR + Crédits ONDAM MS PDS+ crédits assurance maladie (art.51)

10. Le FIR vous semble-t-il être l'outil adapté pour financer la médiation en santé :



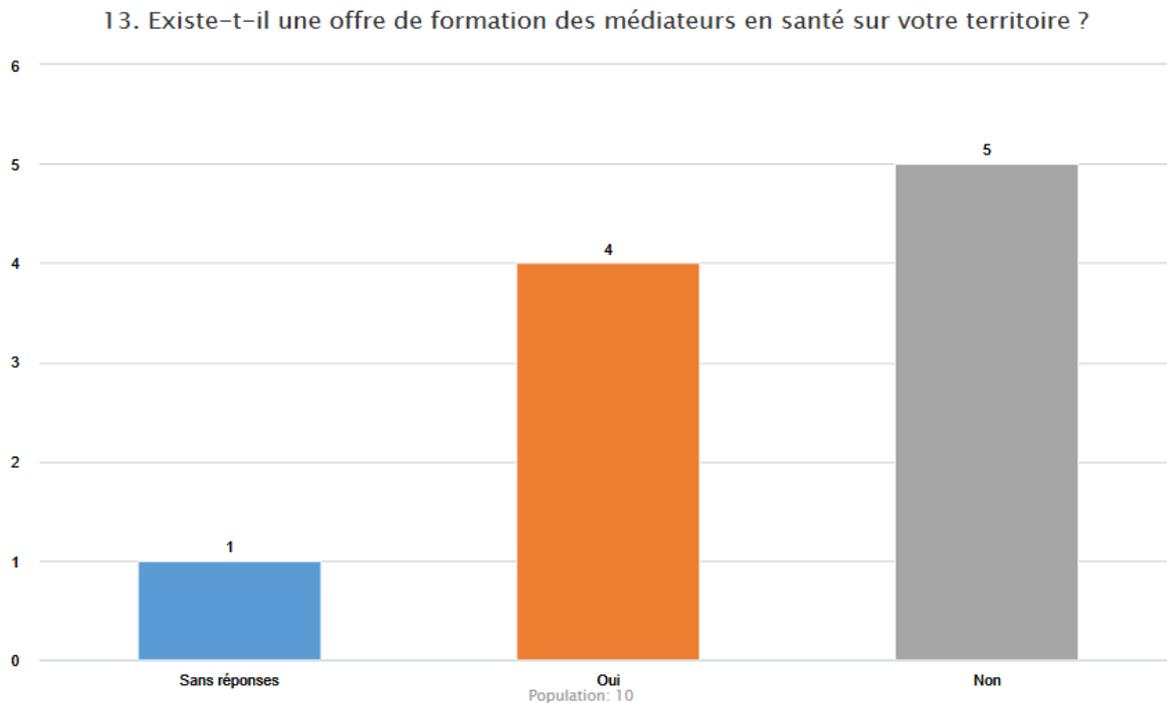
pourquoi ?

pourquoi ?
Financement par définition non pérenne sauf crédit fléchés type interprétariat professionnalisé ou PASS mais qui reste soumis aux arbitrages DG ARS et / ou fléchés gestion par les établissements. Enveloppe contrainte ne permettant pas d'atteindre le niveau et la rapidité de montée en charge requis. Malgré cela le FIR fléché de type "Psycho dans les lieux d'accueil et d'hébergement" semble la meilleure option sur les prochaines années, notamment au regard de la pluralité des structures porteuses : Établissements, associations, MSP PSP, CPTS, ... La sécurisation des projets dans le cadre de CPOM apparait une option en cohérence avec les enjeux.
Dans le cadre du Praps le FIR permet le financement d'actions médiation en santé ou de postes médiateurs en santé (médiation sanitaire gens du voyage, accompagnement santé dans le cadre d'un CEJ, accompagnement santé individualisé de publics RSA, médiateur en santé dans le cadre du camion itinérant "en route vers les droits", binôme médiation en santé renouée des oiseaux, agent santé, accompagnement santé AMI...
Le FIR est l'outil adapté pour financer mais pas comme unique source de financements: les moyens FIR ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins du territoire
cotation et nomenclature hospitalière
Au delà des médiateurs identifiés dans les structures, le déploiement en cours de l'expérimentation de médiateurs communautaires dans le 13 paraît pertinente mais ne peut pas être supportée exclusivement par le FIR et pose la question de co-financement de partenaires (collectivités, mécénat ...)
Oui : La souplesse du FIR permet l'accompagnement de ces projets dans leur singularité. Non : Le FIR n'étant pas pérenne, cette modalité de financement entraine des contrats précaires. De plus, ces actions sont en concurrence avec le financement d'autres projets/actions .

Quel mode de financement serait plus approprié ?

quel mode de financement serait plus approprié ?
- Mobilisation des crédits formation (Collectivité de Corse, OPCO, ...) - Financements pluriannuels - ONDAM personnes confrontées à des difficultés spécifiques ? si les process de mise en œuvre s'allègent...
Dans le cadre du Praps : FIR pour certaines actions médiation en santé mais aussi crédits médico-sociaux : ne pas oublier que l'aller vers se développe (LHSS mobiles, ACT mobiles, ESSIP...) et qu'il faut vraiment réfléchir les équipes avec la possibilité d'intégration d'un temps rémunéré médiateur pair. La médiation en santé doit être également pensée en moyens plus pérennes.
Développer plusieurs canaux de financements : ONDAM, CNSA, FIR

13. Existe-t-il une offre de formation des médiateurs en santé sur votre territoire ?

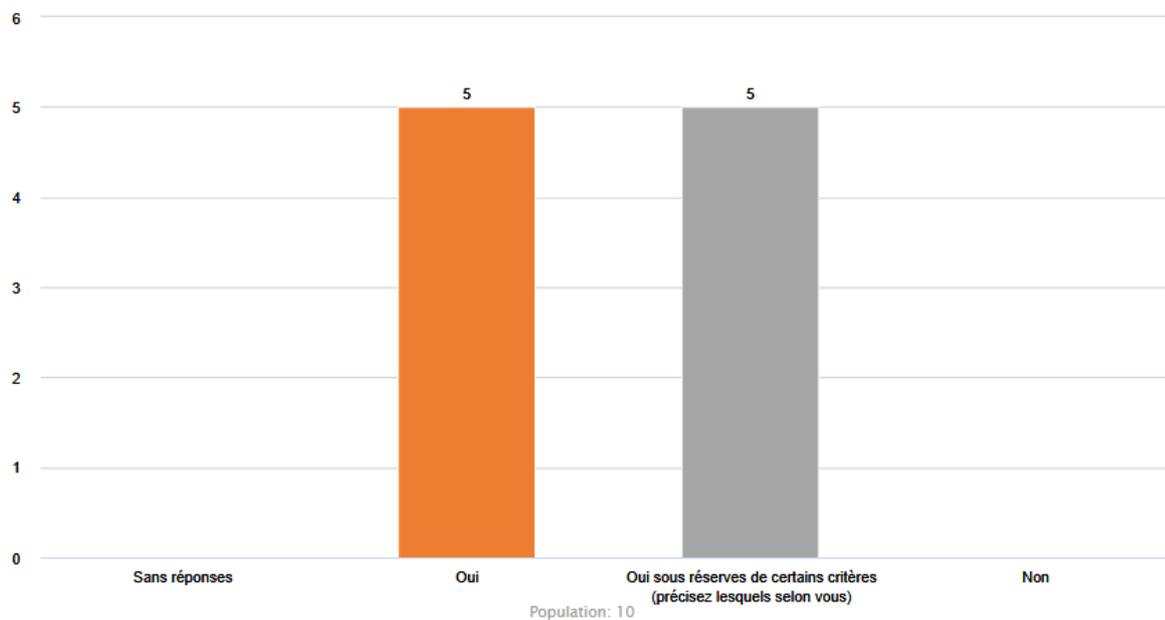


14. Parmi les établissements de santé de votre territoire, combien (en pourcentage) emploient des médiateurs en santé ?

14. Parmi les établissements de santé de votre territoire, combien (en pourcentage) emploient des médiateurs en santé ?
1
que 2 Etablissements de santé sur ARA
0
40%
pas d'élément
6.67%
0,002

15. Le médiateur en santé doit-il selon vous faire partie des fonctions indispensables au sein des établissements de santé :

15. Le médiateur en santé doit-il selon vous faire partie des fonctions indispensables au sein des établissements de santé :



ANNEXE 7 : Revue des pratiques étrangères

Synthèse de la revue des pratiques étrangères de médiation en santé

La mission a conduit une revue des pratiques étrangères en s'appuyant sur un questionnaire transmis au réseau des conseillers aux affaires sociales en poste ainsi que sur des observations terrains réalisées en Afrique de l'Ouest.

Par construction, l'échantillon n'a pas de prétention représentative notamment puisqu'il dépend de l'existence ou non d'un poste de CAS effectivement pourvu au sein d'une ambassade.

De cette revue des pratiques ressort cependant quatre enseignements :

1/ malgré l'hétérogénéité des systèmes sanitaires et sociaux des pays de l'échantillon, la mission constate qu'il existe presque partout des processus de médiation en santé, soit directement reconnus comme tels et structurés autour d'un métier dont la dénomination varie (Danemark : *sundhedsformidlere*, USA : *patient navigation* ou *community health worker*, Cameroun : conseillers psychosociaux), soit indirectement au travers d'emplois à la frontière des enjeux sanitaires et sociaux (Italie : travailleurs socio-sanitaire, Chine : travailleur médico-sociaux) ;

2/ si ils sont en pratique, notamment en raison des motifs de leur développement historique, centrés sur des publics vulnérables (pour des motifs socioéconomiques, de santé...), les processus de médiation en santé sont conçus comme un processus universel s'adressant à toute personne en exprimant le besoin ;

3/ l'hétérogénéité des formes que prend la médiation en santé témoigne de la nécessaire souplesse de ses processus qui ne sauraient être réduits à un modèle institutionnel unique ;

4/ Les pays ayant conduit des évaluations des effets de la médiation en santé à l'échelle nationale semblent être rares, probablement du fait des difficultés méthodologiques que la mission pointe dans le présent rapport (au sein de l'échantillon, seule « l'Agence de la santé publique suédoise a mené une étude en 2017 pour évaluer l'impact des activités de promotion de la santé menées par les organisations de la société civile, dont certaines incluaient des activités de médiation en santé. Cette étude a montré que ces activités ont un impact positif sur la santé et le bien-être des participants, en particulier en ce qui concerne l'activité physique, la nutrition et la santé mentale.⁶³ ».

⁶³ På väg mot en god och jämlik hälsa (2020)

La médiation en santé

Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède, Chine, Etats-Unis

I/ Trame du questionnaire aux conseillers affaires sociales au sein des postes diplomatiques

Au sens de ce questionnaire la médiation en santé recouvre l'ensemble des actions, dispositifs et processus portant éventuellement un nom différent dans votre pays mais destinés à favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de vulnérabilité endogène (situation de la personne) et/ou exogène (tenant à la complexité du système de soins et à leurs environnement).

I/ DEFINITION

1. Y a-t-il dans votre pays des pratiques identiques ou équivalentes aux pratiques de médiation en santé en France ? Si oui, quels en sont les objectifs et les caractéristiques ?

2. Quels publics sont ciblés par les actions de médiation en santé dans votre pays (cochez et précisez) ?

Tout public - bien que ciblant plus spécifiquement une communauté particulière (précisez)

Aux seules personnes relevant d'une « communauté » sociale, géographique ou autre.

3. Quel volume de personnes sont à votre connaissance accompagnées par des actions de médiation en santé dans votre pays ?

II/ LES PROFESSIONNELS DE LA MEDIATION EN SANTE

4. Quels sont les profils, compétences et volume des professionnels de la médiation en santé ?

5. Certains exercent-ils cette fonction de médiation en santé en tant que pairs des personnes accompagnées ? (ex : des personnes qui sont rétablies ou en voie de rétablissement avancé de problématiques de santé mentale et qui accompagnent des personnes concernés par les mêmes problématiques)

6. Ces professionnels sont-ils organisés suivant une logique de gradation (niveau 1, niveau 2 etc) ?

7. **Existe-t-il des formations spécifiques, modalités de valorisation de l'expérience pour l'ensemble ou pour certains de ces professionnels ? Si oui, précisez. Si non, pourquoi et est-ce une demande des parties ?**

- oui
 non

ORGANISATION / FONCTIONNEMENT / EVALUATION

8. **Quelles sont les spécificités de la médiation en santé par rapport au reste du système de soins/à d'autres actions de médiation (sociale, numérique...), notamment au regard de l'accueil et de la prise en charge des personnes, des modalités de travail entre professionnels ?**

9. **Les personnes accompagnées participent-elles à l'organisation ou à la réflexion sur leur propre accompagnement? Si oui, exposez suivant quelles modalités.**

- oui
 non

FINANCEMENTS

10. **Les personnes accueillies bénéficient-elles d'un accompagnement (cochez la/les cases) :**

- gratuite
 partiellement gratuite ?

11. **Quels sont les postes les plus coûteux**

- actions de prévention
 actes de soins
 rémunération du personnel
 organisation d'ateliers participatifs

organisation d'activités qui attirent les publics auprès de qui vous voulez faire de la médiation en santé ? (ex : nourriture, vêtements, logements temporaires, etc.)

- aide à l'acquisition des droits des personnes accueillies
 interprétariat

12. De quelles aides financières bénéficient les structures, collectifs réalisant de la médiation en santé ?
13. Certaines de ces aides sont-elles octroyées pour une période pluriannuelle ?
14. En cas de difficultés financières, existent-ils des mesures mises en œuvre ou en cours visant à les résoudre à terme ? si oui lesquelles ?

GOVERNANCE et ARTICULATION

15. Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé publics nationaux ?
16. Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé locaux/territoriaux ?
17. Existe-t-il des instances de gouvernance spécifique à la médiation en santé ou à la médiation au sens large (qui inclurait la médiation en santé) ?
18. Les professionnels de la médiation en santé s'articulent-ils avec les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, suivant quelles modalités ? Si non, pourquoi ?
19. La médiation en santé est-elle acceptée et reconnue par les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, quels sont les éléments de son acceptabilité par les professionnels ? Si non, quels sont les freins majeurs ?

EVALUATION

20. Les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font-ils l'objet d'une évaluation ? Si oui par qui (institutionnels, associations, chercheurs...) ? Quels sont les résultats de ces évaluations ? Ces évaluations sont-elles le corollaire de financement public ?
21. Quelles sont les facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé dans votre pays ?



Danemark :

Au sens de ce questionnaire la médiation en santé recouvre l'ensemble des actions, dispositifs et processus destinés à favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de vulnérabilité endogène (situation de la personne) et/ou exogène (tenant à la complexité du système de soins et à leurs environnement).

I. DÉFINITION :

Pratiques de médiation en santé au Danemark : objectifs et caractéristiques.

De manière générale, le système de santé danois est basé sur une approche de collaboration et de communication ouverte entre les patients et les professionnels de santé, ce qui favorise l'accès aux soins et la compréhension du système de santé. Par ailleurs, le pays est particulièrement à la pointe en matière de santé numérique, ce qui facilite l'accès à la santé des Danois – y compris chez les personnes en situation de vulnérabilité. Il faut noter également que le système de santé danois n'est pas considéré comme étant particulièrement complexe, avec une délimitation assez claire des compétences entre les différents acteurs. Celui-ci est fortement délégué aux 5 régions qui composent le Danemark, qui sont notamment en charge des hôpitaux et des professionnels de santé libéraux. Le niveau national, via le ministère de la Santé, fixe quant à lui les grandes orientations de la politique de santé. Les 98 municipalités, elles, maîtrisent le médicosocial, la prévention et la rééducation.

Il existe malgré tout au Danemark des médiateurs en santé, qui sont des professionnels de santé aidant les patients à naviguer dans le système de santé et à comprendre les informations médicales complexes. Ils participent aussi à favoriser la coordination des soins entre différents professionnels de santé et à résoudre les problèmes de communication entre les patients et les prestataires de soins lorsque cela se produit. La pertinence de l'existence de ces médiateurs en santé au Danemark se démontre de plus en plus dans un contexte de crise du système hospitalier public, avec des temps d'attente en perpétuelle augmentation du fait d'une pénurie de personnel médical dans les hôpitaux.

Les médiateurs en santé peuvent travailler dans des établissements de soins de santé tels que les hôpitaux, les cliniques ou les centres de santé des communes. Ils peuvent également travailler pour des ONG et autres organisations à but non lucratif.

Ils sont nommés en danois : « [sundhedsformidlere](#) » (médiateur en santé), ou « [Patientrettigheder](#) » (conseillers patients).

Le médiateur en santé offre des activités de prévention et d'accompagnement sur l'organisation du système de santé danois et les soins offerts. Les objectifs et les groupes cibles évoluent selon les types de médiateurs dont il est question et selon les attentes précises des patients. Cependant, le public cible majoritaire demeure les populations vulnérables et éloignées du système de santé qui ne disposent de fait pas d'un accès satisfaisant aux soins ;

Le conseiller patients offre une aide et un accompagnement à plusieurs niveaux : en fournissant des informations sur le choix de la structure hospitalière, les temps d'attente et les droits des patients ; en indiquant au patient la procédure à suivre pour contester un traitement ou faire parvenir une plainte à un professionnel de santé ; en communiquant les démarches à suivre pour effectuer une demande d'indemnisation.

Les activités et compétences de ces deux professions sont relativement identiques et reposent sur une approche transversale d'aide au patient.

Il existe également un [Comité d'information sur la santé](#) dont le but est de « créer un lieu vers lequel toute personne peut se tourner pour un problème, une question ou un projet concernant la santé ».



Danemark :

Afin de recevoir un accompagnement relevant de la médiation en santé, les patients peuvent également se diriger vers les [associations de patients](#), qui fournissent des services similaires. [Danske Patienter](#) est l'organisation danoise regroupant les associations de patients du pays et qui offre des services de soutien aux patients et à leurs proches.

Certaines régions peuvent disposer, dans leurs établissements de santé -hôpitaux, cliniques, centres de soins -, de [bureaux de patients](#), comme c'est notamment le cas dans la région du Jutland. Il existe plusieurs bureaux de patients dans chaque région, offrant des activités de médiation en santé, souvent en association avec un établissement hospitalier. Le bureau de patients aiguille les individus qui en font la demande sur leurs droits et options en matière de temps d'attente, de traitement et de réclamations. Une [plateforme](#) officielle en ligne permet de trouver un conseiller patient selon l'hôpital et/ou la région choisi/e.

Sur le plan législatif, ces structures sont régies dans la Section III -Statut juridique des patients-, Chapitre 11, de la « [loi sur la santé](#) » relative au statut juridique des patients et à la loi sur les plaintes et l'indemnisation.

§ 51. Le conseil régional crée un ou plusieurs bureaux de patients chargé(s) d'informer, de conseiller et d'orienter les patients sur leurs droits, y compris les règles relatives à l'accès aux soins et au libre choix de l'hôpital. Les bureaux de patients sont également chargés d'informer et de conseiller ceux des pays de l'UE/EEE, des îles Féroé et du Groenland sur l'accès aux traitements et aux droits.

Sous-section 2. Les bureaux de patients informent les médecins généralistes et spécialistes des règles relatives au libre choix et à l'extension du libre choix de l'hôpital, ainsi que des possibilités de leurs patients dans le système hospitalier, cf. articles 86 et 87.

Paragraphe 7. Le conseil régional établit des lignes directrices détaillées concernant l'emplacement et l'organisation des bureaux de patients et leurs activités, y compris les questions à inclure dans le rapport annuel des bureaux de patients. Ces lignes directrices sont soumises au Ministre de la Santé.

Alinéa 3. Les bureaux de patients peuvent recevoir toutes les plaintes et demandes de renseignements concernant les tâches mentionnées au paragraphe (1) et aident à préparer et à transmettre les demandes de renseignements à l'autorité compétente.

Paragraphe 4. Avec le consentement oral ou écrit du patient, les professionnels de santé peuvent divulguer aux conseillers des bureaux de patients des informations sur l'état de santé du patient et d'autres informations confidentielles dans le but de conseiller et d'aider le patient. (...)

Article 5. Les plaintes et notifications adressées au bureau de patients sont déposées auprès de l'autorité compétente.

Les publics cibles.

Les actions de médiation en santé au Danemark ciblent plusieurs publics : de manière générale, tout patient qui en fait la demande peut être suivi par un médiateur en santé, ou contacter un professionnel réalisant des activités de médiation en santé afin de bénéficier d'un tel accompagnement.

Cependant, les activités de médiation en santé visent avant tout les populations vulnérables, qui ne disposent pas des connaissances ou capacités nécessaires pour accéder au système de santé danois dans son ensemble. Ainsi, selon les municipalités concernées, plusieurs publics cibles vont disposer d'un accompagnement spécifiquement adapté au manque de connaissances dont ils souffrent.

Voici quelques exemples de cours/accompagnements proposés par les municipalités danoises pour un public cible spécifique :

Citoyens d'origine ethnique autre que danoise qui souhaitent un dialogue sur les sujets suivants : alimentation, exercice physique, mode de vie sain, prévention des maladies liées au mode de vie, tabagisme, santé dentaire,



Danemark :

structure du système de santé, santé reproductive, dépistage du cancer du col de l'utérus/du sein. (Municipalité d'[Esbjerg](#), de [Hvidovre](#)) ; également sur les soins personnels et les maladies liées au mode de vie (Municipalité de [Ballerup](#)) ; sur les modes de vie sains (Municipalité de [Høje-Taastrup](#)) ;

Les citoyens âgés de plus de 15 ans présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression (Commune de [Gentofte](#)) ;

Les citoyens atteints de diabète de type 2 qui parlent turc, ourdou ou arabe qui, en raison de difficultés linguistiques et/ou culturelles, ne peuvent pas bénéficier de cours ordinaires (municipalités de [Brøndby](#), [Glostrup](#) ou [Albertslund](#)) ;

Famille/proches d'une personne atteinte d'une maladie de longue durée (Commune de [Gentofte](#)) ;

Personnes âgées ;

Citoyens danois (toutes les communes).

Il faut cependant relever que pour la grande majorité des publics approchés, il s'agit d'individus issus de l'immigration, ayant une approche de la santé différente des citoyens d'origine danoise, et étant considérés comme plus vulnérables dans leur accès aux soins.

À Aarhus par exemple (2e ville du pays), a été mise en place en 2006 une initiative, soutenue par l'Autorité de santé danoise, consistant à rassembler 142 femmes « d'origine ethnique autre que danoise » pour les informer sur des sujets comme les menstruations, la contraception, ou encore l'anatomie du corps féminin. Cette formation a été encadrée par deux infirmières médiatrices en santé et une sage-femme.

Folkesundhed Copenhagen (santé publique Copenhague), en collaboration avec l'association Sex og Samfund (Sexe et société) a mis en place un corps de sept médiateurs en santé d'origines ethniques différentes pour informer les femmes immigrées, entre autres, sur la santé sexuelle et la cohésion culturelle.

Une association de 16 femmes somaliennes, formées en tant que médiatrices en santé interculturelles, a été créée sur la base d'un projet de l'Autorité sanitaire danoise. L'idée originelle était alors d'avoir des groupes locaux dans tout le pays pour sensibiliser aux risques de l'excision. Désormais, l'association œuvre à la sensibilisation des personnes vivant au Danemark sur les dangers de l'excision en diffusant des informations sur cette pratique.

Volume de personnes accompagnées par des actions de médiation en santé.

Du fait de l'éclatement de l'offre sanitaire entre les différentes communes et régions danoises, il est difficile d'estimer le volume de personnes accompagnées par des actions de médiation en santé. Chaque commune et région dispose en effet de ses propres offres de médiation en santé. Par ailleurs, les associations jouent, à titre individuel, un rôle majeur dans ce système.

II. PROFESSIONNELS DE LA MÉDIATION EN SANTÉ.

Profils, compétences et volume des professionnels de la médiation en santé

Les médiateurs en santé sont des professionnels de santé, tels que des médecins généralistes, des infirmières, psychologues ou alors des travailleurs sociaux, qui ont suivi une formation en médiation. Ils ont donc, par leur parcours, des connaissances en santé fortes et parfois spécialisées selon les formations suivies.

Dans certaines organisations non gouvernementales, les médiateurs en santé ne sont pas toujours des professionnels de santé, mais ont, dans la grande majorité des cas, suivi des formations spécifiques en médiation en santé, tout en disposant de certifications professionnelles pertinentes.

Les compétences des médiateurs en santé au Danemark sont nombreuses et larges du fait du manque de structuration qui caractérise la profession. Ainsi, les médiateurs en santé peuvent :

organiser/animer des réunions de dialogue ;



Danemark :

organiser/animer des séances de groupe sur différents sujets de santé ;
 accompagner, à titre individuel, les personnes dans le besoin et/ou isolées des services de santé ;
 créer des activités de prévention et promotion de la santé pour les individus vulnérables et/ou isolés ;
 créer et favoriser les liens avec les citoyens d'origine ethnique autre que danoise en leur offrant des connaissances sur le fonctionnement du système de santé danois.

Aucune information n'est disponible sur le volume des professionnels de la médiation en santé à l'échelle nationale, chaque commune et région disposant de ses propres offres.

Médiation en santé en tant que pairs des personnes accompagnées

La médiation en santé par les pairs est une pratique relativement nouvelle et peu développée. Les médiateurs pairs sont des personnes ayant une expérience personnelle de la maladie ou d'un handicap particulier, ayant - dans la plupart des cas - reçu une formation pour fournir un soutien et une assistance à d'autres personnes vivant une expérience similaire.

La médiation en santé en tant que pairs des personnes accompagnées est une pratique établie avant tout au niveau local au Danemark, bien qu'il existe tout de même un « [cadre national d'éducation par les pairs](#) », destiné à inspirer les municipalités et régions danoises. Ainsi, la médiation en santé par les pairs concerne avant tout des organisations communautaires, des associations de patients ou directement des groupes de pairs. Ces services offrent alors des programmes de formation pour les médiateurs pairs afin de permettre d'acquérir des compétences en communication, écoute et connaissances du système de santé.

L'expérience personnelle du médiateur est essentielle en ce qu'elle permet :

- une orientation vers les services de soins de santé ;
- l'accompagnement lors de rendez-vous médicaux ;
- l'aide à la gestion des traitements ;
- un soutien émotionnel et psychologique ;
- l'information sur les droits et les prestations sociales.

Au Danemark, la médiation en santé par les pairs est particulièrement utilisée dans des associations puisqu'elle est considérée comme une approche efficace dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie ou un handicap, tout en fonctionnant souvent sur la base du bénévolat. Ce soutien pratique comme émotionnel permet d'améliorer le bien-être et la confiance des patients envers le système de santé danois.

Dans les exemples suivants, on ne peut pas parler de médiateurs en santé au sens professionnel tel qu'il est entendu en France. Cependant, les compétences et les profils de ces « pairs » sont assimilables à la description française des médiateurs pairs comme fournissant une « aide cognitive, émotionnelle et informative initiée par une personne, membre d'une communauté sociale, à destination d'une autre personne de la même communauté ».

Association nationale pour la santé mentale – [SIND](#)

L'association SIND utilise la médiation en santé en tant que pair afin de permettre à des individus qui souffrent ou ont souffert d'une même pathologie de partager leurs expériences de vie dans un contexte de santé mentale. Pour l'association, la médiation de pairs favorise le rétablissement de la maladie mentale en positionnant le médiateur dans le rôle de ressource dans le rétablissement d'un patient.

L'association insiste sur la nécessité d'un recours accru à la médiation de pairs au Danemark, notamment pour créer un dialogue renforcé entre patients et proches dans le cadre de la détresse psychologique.

SIND promeut la coopération en matière de santé des citoyens entre les municipalités, les régions et les associations.



Danemark :

Projet [Peer partnerskab](#) (Partenariat entre SIND et The social Network)

L'initiative fonctionne sous la forme d'un programme gratuit de groupe de pairs permettant des rencontres entre pairs à raison de 2 heures par semaine pendant 10 semaines. Les organisateurs sont bénévoles et disposent de formations spécifiques, en plus de leur propre expérience de vie, les légitimant pour ces activités. Si, pour l'instant, l'initiative n'existe que dans deux villes au Danemark (Fredericia et Copenhague), l'élargissement devrait se faire à d'autres villes au cours de l'année 2023.

Peer Partnerskab offre également aux travailleurs sociaux et de la santé la possibilité de bénéficier de « cours de facilitateur de participation ». L'idée de l'association repose sur une « transition vers une pratique axée sur le rétablissement », en proposant une formation visant à l'apprentissage de techniques de communication renforçant la voix des citoyens.

Logique de gradation des médiateurs en santé : Aucune information n'est disponible sur les logiques de gradation des médiateurs en santé.

Formations spécifiques et modalités de valorisation de l'expérience :

Les médiateurs en santé sont décrits par les municipalités danoises comme des « représentants de la santé ayant suivi une formation sur des sujets précis » et peuvent à ce titre « fournir des informations générales sur des thématiques liées à la promotion de la santé et à la prévention » (commune de [Esbjerg](#)).

La formation des sundhedsformidlere est [gérée par le ministère danois de la Santé](#), en collaboration avec les municipalités et les établissements de santé locaux.

Elle varie selon les municipalités et les régions du pays. Dans certaines régions, les médiateurs en santé sont formés par des organisations communautaires locales ou par des centres de santé. Dans d'autres régions, ils peuvent suivre une formation officielle dispensée par des écoles professionnelles ou des universités⁶⁴. La formation est offerte à des personnes ayant une expérience préalable dans le domaine de la santé ou des sciences sociales, notamment des infirmières ou des travailleurs sociaux.

La [société danoise du cancer](#) offre des formations gratuites aux étudiants ou fournisseurs de soins afin de devenir médiateur en santé, notamment sur le sujet de la prévention du tabac et des troubles cancéreux qui en découlent. La formation en question se déroule sur deux journées et comprend l'organisation d'évènements de sevrage, l'enseignement à des classes de jeunes, les techniques de communication, etc.

Ces formations peuvent comprendre des cours sur la santé publique, les maladies courantes, les soins de santé primaires et les politiques de santé au Danemark.

Les formations peuvent également couvrir des compétences en communication pour travailler avec des personnes de différentes cultures et des compétences en traduction pour aider les patients à comprendre les informations médicales.

Les sundhedsformidlere peuvent également être formés sur le terrain, en travaillant avec des patients sous la supervision d'un professionnel de santé. La formation pratique sur le terrain se déroule dans les communautés locales, où les stagiaires travaillent avec des populations vulnérables pour les aider à accéder aux soins de santé et à adopter des comportements de santé « positifs ».

Une fois la formation terminée, les sundhedsformidlere travaillent au sein d'établissements de santé locaux ou des municipalités avec des populations spécifiques, telles que des migrants, des réfugiés, des sans-abris ou

⁶⁴ Par exemple, l'école de formation professionnelle VIA propose des formations en communication en santé ([Communication en santé et formation clinique | VIA](#)) ; ou encore la UCL Business Academy & University College ([Diplôme en communication santé et clinique | UCL \(finduddannelse.dk\)](#))



Danemark :

des personnes atteintes de maladies chroniques. Les sundhedsformidlere travaillent en étroite collaboration avec les médecins et les autres professionnels de santé pour assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin.

→ Des [formations et cours spécialisés](#) sont également destinés aux personnels de santé pour que ces derniers acquièrent des compétences en médiation - sans avoir la dénomination de médiateur en santé.

L'organisation Danske Patienter propose un « [catalogue d'inspiration](#) », dont l'objectif est de favoriser le développement du système de santé en impliquant pleinement les citoyens, les patients et les proches.

Ce catalogue, actualisé en mars 2023, fournit à la fois des connaissances générales sur l'implication des utilisateurs et 18 outils spécifiques sur la manière de travailler ensemble au perfectionnement du système de santé. Il peut ainsi servir de base d'inspiration pour les municipalités et les régions danoises en matière de médiation en santé.

III. ORGANISATION / FONCTIONNEMENT / ÉVALUATION.

Spécificités de la médiation en santé par rapport au reste du système de soins/à d'autres actions de médiation (accueil, prise en charge des personnes, modalités de travail entre professionnels...)

Le prisme de la médiation en santé au Danemark est relativement large et couvre de nombreux domaines ainsi qu'une pluralité de structures offrant des accompagnements (bureaux de patients, associations, services de médiation internes aux établissements médicaux...). Par ailleurs, l'objectif principal de la médiation en santé est d'améliorer la qualité des soins par une approche additionnelle aux autres stratégies sanitaires déjà mises en place, notamment en facilitant la communication et la confiance. La médiation en santé se distingue donc du reste du système de soins et des autres actions de médiation.

Les personnes accompagnées participent-elles à l'organisation ou à la réflexion sur leur propre accompagnement ?

Au Danemark, les personnes accompagnées par des « sundhedsformidlere » sont encouragées à participer à l'organisation et à la réflexion sur leur propre accompagnement. L'activité de médiation en santé dans une approche d'accompagnement personnel permet ainsi de laisser une relative liberté au patient dans le choix de son suivi et de ses souhaits.

Ainsi, les « sundhedsformidlere » travaillent en étroite collaboration avec les patients pour comprendre leurs besoins et leurs préférences en matière de santé, et pour élaborer un plan d'accompagnement personnalisé. Les patients sont dès lors encouragés à participer activement à la prise de décision concernant leur propre accompagnement. De plus, les patients ont également accès à des informations en ligne, à des groupes de soutien et à des réseaux sociaux où ils peuvent partager leurs expériences et leurs connaissances avec d'autres personnes ayant des problèmes de santé similaires.

Cette politique va dans le sens de la [réforme](#) du système de santé danois de 2019, laquelle place le patient et le respect de ses droits au premier rang. De manière générale, les autorités sanitaires danoises insistent de plus en plus sur la responsabilisation et l'importance du citoyen comme participant actif à son propre parcours de soins.

INITIATIVE [ViBIS](#) - Danske Patienter

ViBIS est un Centre de connaissances et de compétences pour l'implication des usagers dans les services de santé. Il collecte, évalue et diffuse les connaissances et les expériences sur l'implication des patients et de leurs proches. Il soutient également le développement des compétences par l'enseignement, le sparring (technique de comparaison) et les conseils.



Danemark :

Du fait de son action dans le développement de dispositifs de facilitation d'accès aux soins, ViBIS peut être considéré comme initiant des actions de médiation au sein du système de santé danois.

IV. FINANCEMENTS.

Prix de l'accompagnement.

L'accompagnement des patients par un médiateur en santé est gratuit, quel que soit le suivi : cours collectif ou suivi individuel. Il faut dire que, plus généralement, le système de santé danois offre une couverture universelle et procure ainsi un accès aux soins de santé gratuit et égalitaire à l'ensemble de ses 5,9 millions d'habitants.

Les médiateurs en santé peuvent intervenir à titre bénévole dans les associations. Il est également possible pour des bénévoles de réaliser des formations en médiation en santé dispensés par une association. C'est notamment ce qu'offre la [société danoise du cancer](#) en permettant l'intervention gratuite de médiateurs en santé sur la question du cancer et du tabagisme.

Postes les plus coûteux : Aucune information disponible sur les postes les plus coûteux.

Aides financières : Aucune information disponible sur les aides financières.

Certaines de ces aides sont-elles octroyées pour une période pluriannuelle ? Aucune information disponible sur la temporalité des éventuelles aides octroyées ?

En cas de difficultés financières, existent-ils des mesures mises en œuvre ou en cours visant à les résoudre à terme ? Aucune information disponible sur la résolution des difficultés financières.

V. GOUVERNANCE ET ARTICULATION.

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé publics nationaux ?

Le système de santé danois relevant d'une logique décentralisée où les régions ont la main mise sur l'organisation des services sanitaires et où les communes sont davantage en charge du domaine social et médico-social, la médiation en santé n'est pas vraiment intégrée dans les programmes de santé publics nationaux. Malgré tout, des grandes lignes et des recommandations peuvent être données par l'Autorité danoise de la Santé.

Niveaux administratifs et responsabilités en matière de santé au Danemark



Danemark :

ETAT	REGIONS	MUNICIPALITES
 <ul style="list-style-type: none"> • Législation • Politique nationale de la santé • Cadre global de l'économie de la santé • Planification des spécialités 	 <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux (somatiques et psychiatriques, patients hospitalisés et externes) • Contrats avec les prestataires de soins primaires (généralistes, spécialistes, soins dentaires pour adultes, kinésiothérapeutes, psychothérapeutes, podologues, chiropraticiens) • Remboursement des médicaments 	 <ul style="list-style-type: none"> • Soins à domicile • Services de réadaptation hors hôpital • Traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme • Prévention et promotion de la santé • Infirmières de quartier • Soins dentaires pour enfants

Source : L'organisation de la santé au Danemark (2022), ministère danois des Affaires étrangères

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé locaux/territoriaux ?

La médiation en santé, comme décrite dans les initiatives présentées dans les questions précédentes et suivantes, résulte avant tout de stratégies locales – principalement au sein des communes danoises, qui peuvent intégrer la médiation dans leurs programmes de santé en fonction de leurs priorités.

Existe-t-il des instances de gouvernance spécifiques à la médiation en santé ou à la médiation au sens large ?
 Il n'existe pas, à notre connaissance, d'instances de gouvernance spécifiques à la médiation en santé au Danemark.

Les professionnels de la médiation en santé s'articulent-ils avec les autres professionnels ?

Il n'existe pas, au Danemark, de réglementation stricte de l'activité des sundhedsformidlere et, de fait, il n'y a pas non plus d'indication particulière sur l'articulation avec les autres professionnels de santé, bien que la collaboration interprofessionnelle soit identifiée comme un facteur de succès des activités de médiation. Ainsi, selon les stratégies municipales et les lignes directrices adoptées par les associations, la médiation en santé peut s'articuler avec les autres professions, sans que cela ne résulte d'une condition nécessaire. Par exemple, il est courant que les médiatrices en santé qui animent un cours sur la santé sexuelle et reproductive des femmes soient accompagnées de sages-femmes.

La médiation en santé est-elle acceptée et reconnue par les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Ces pratiques gagnent en popularité et en reconnaissance de la part des autres professionnels de santé.



Danemark :

De manière générale, les médiateurs en santé au Danemark semblent relativement bien acceptés par les autres professions car ils sont considérés comme des partenaires importants dans l'accès aux soins pour tous les profils de patients.

VI. ÉVALUATION.

Les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font-ils l'objet d'une évaluation ?

Il n'est pas apparu, au cours des recherches effectuées, que des études aient été réalisées sur les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé à l'échelle nationale. Cependant, certaines initiatives de médiation en santé font l'objet d'analyses détaillées quant à leurs impacts et réussites éventuelles.

Dans le cadre de la médiation par les pairs de l'association SIND, une [étude](#) se déroule actuellement afin de renforcer les pratiques de médiation autour de nouveaux partenariats et via l'identification des facteurs de succès.

Le projet « Espoir et autodétermination dans la vie quotidienne » est une étude qui a été menée depuis 2019, reposant sur des méthodes d'examens qualitatifs et quantitatifs -« The Road to Everyday Life »- et portant sur les bénéfices des cours offerts par des médiateurs en santé pairs.

L'unité de recherche du Centre psychiatrique de Copenhague fait partie du projet en tant qu'évaluateur externe responsable du développement de méthodes et des efforts de recherche.

Les résultats de l'étude seront prochainement publiés au cours de l'année 2023.

Les facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé.

Du fait de la relative nouveauté de la profession de médiateur en santé, les succès des pratiques de médiation ne sont pas particulièrement analysés au Danemark.

D'après les communications des différentes communes danoises sur les compétences clés des médiateurs en santé qu'elles forment, on retrouve plusieurs facteurs communs qui contribuent au succès des pratiques de médiation en santé.

La formation des médiateurs, en plus de leur parcours universitaire et professionnel en rapport avec la santé et/ou le social. L'accessibilité et la gratuité de ces formations est, dès lors, un facteur de succès essentiel ;

La communication sur l'offre de médiation en santé et, en particulier, l'encouragement à la participation des patients aux activités de médiation, sont également des facteurs indispensables à la réussite des démarches ;

Les décideurs du système de santé et des organisations non gouvernementales doivent être impliqués dans la mise en œuvre de tels services, malgré leur nouveauté et un manque de recul sur leurs effets sanitaires et sociaux. Ainsi, même s'il est encore tôt et difficile d'évaluer la qualité et la disponibilité des services de médiation en santé, il est nécessaire de continuer à les mettre en œuvre dans les structures de santé ;

Enfin, une collaboration interprofessionnelle entre les médiateurs en santé et les différents professionnels avec lesquels ils interviennent est nécessaire afin d'offrir une prise en charge complète et satisfaisante pour les patients.

[Retour au sommaire](#)



Espagne :

Aucune pratique identique ou équivalente aux pratiques de médiation en santé en France en Espagne



Espagne :

[Retour au sommaire](#)

Italie :

La notion de médiation en santé, telle qu'elle est conçue et comprise en France, n'est absolument pas développée à ce jour en Italie.

Si la notion de médiateur sanitaire existe bien, elle désigne exclusivement la fonction consistant à régler les litiges entre les citoyens et les professionnels de la santé, lorsque l'indemnisation des dommages liés à la responsabilité médicale est en jeu.

Il existe par ailleurs d'autres fonctions qui pourraient se rapprocher a priori de la médiation en santé au sens français, mais qui en demeurent en réalité assez éloignées :

Le facilitateur est ainsi la personne chargée de recueillir les rapports d'événements indésirables et d'organiser des moments d'analyse dans le cadre d'un audit clinique ; c'est un professionnel sensible aux aspects de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Le coordinateur des professions de santé, au sein d'un centre de soins ambulatoires, concentre quant à lui ses activités principalement sur la gestion du personnel, qu'il s'agisse de salariés ou de professionnels indépendants, sur la gestion des activités professionnelles, en s'occupant des processus d'autorisation d'exercice et d'accréditation institutionnelle, de la réglementation et de la législation sanitaire et sur la gestion des dispositifs médicaux, des médicaments et des commandes de matériel sanitaire. Il agit également sur la gestion du changement, en ayant pour mission principale l'amélioration de la qualité de l'entreprise.

L'administrateur de soutien intervient en faveur des personnes qui, en raison d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale, se trouvent dans l'incapacité, même partielle ou temporaire, de pourvoir à leurs propres intérêts. Les personnes âgées et les handicapés, mais aussi les alcooliques, les toxicomanes, les détenus et les malades en phase terminale peuvent ainsi obtenir, également en prévision de leur éventuelle incapacité future, que le juge tutélaire désigne une personne pour s'occuper de leur personne et de leur patrimoine.

Enfin, le travailleur socio-sanitaire, après avoir obtenu un certificat de qualification et suivi une formation professionnelle spécifique, exerce des activités orientées vers la satisfaction des besoins primaires de la personne, dans ses domaines de compétence, qu'il peut utiliser dans deux contextes de travail différents : le social et la santé.

L'unique exemple identifié comme pouvant s'apparenter au concept de médiation en santé est celui d'une expérience menée dans les « micro-espaces » de Trieste, qui couvre à ce jour 13 petits hameaux de 500 à 2500 habitants, et est fondée sur la création d'un réseau d'agents de santé présents en permanence dans les logements sociaux présentant les plus grands problèmes de revenus et d'intégration sociale. Leur intervention vise à assurer une aide directe dans le domaine de la santé, mais aussi à développer des relations d'aide entre les citoyens et une synergie entre les services. Cette initiative a permis une réelle convergence et coopération institutionnelle intersectorielle (agence sanitaire locale, municipalité, office du logement, associations).

[Retour au sommaire](#)



Royaume-Uni :

Y a-t-il dans votre pays des pratiques identiques ou équivalentes aux pratiques de médiation en santé en France ? Si oui, quels en sont les objectifs et les caractéristiques ?

Éléments de contexte britanniques

Pour mémoire, le Royaume-Uni bénéficie d'un système de santé universel appelé « National Health Service » (NHS) qui est financé par l'impôt⁶⁵. Trois principes fondamentaux le structurent : universalité, gratuité, et accès à un maillage complet de soins. La plupart des soins sont gratuits au point d'utilisation : en effet, l'un des fondements du NHS est que les patients doivent être soignés suivant leurs besoins, indépendamment de leurs revenus, de leur groupe social ou de leur lieu de résidence. Toutefois, les questions d'accès aux soins et d'inégalités de santé se posent également⁶⁶.

Il est important de noter que le Royaume Uni est caractérisé par un modèle qui repose largement sur le secteur à but non lucratif. La dernière décennie d'austérité a encouragé le développement d'alternatives à l'état providence, déléguant au secteur associatif une partie de la mise en œuvre des politiques sociales afin de répondre aux besoins sociaux. Par conséquent il n'existe pas de pilotage unique de ces politiques sur l'ensemble du territoire mais une exécution décentralisée d'initiatives qui dépendent du tissu associatif local. Il n'existe pas de pratiques similaires aux pratiques de la médiation en santé française. Il est cependant possible de présenter certaines initiatives ou stratégies locales qui ne sont pas représentatives de la majorité de l'état des pratiques régionales.

Dans le cadre de la dévolution des politiques publiques au Royaume-Uni, chacune des quatre nations (Ecosse, Angleterre, Pays de Galles et Irlande du Nord) est responsable de son propre NHS. Compte tenu de la différence entre les quatre systèmes, les développements qui suivent sont centrés sauf précisions sur le NHS England.

Un réseau de soin intégré, axé autour d'acteurs de proximité

Les acteurs locaux pilotent les actions de prévention

Le plan à long terme du NHS de 2019 met les inégalités de santé au cœur de toutes les activités du NHS. En outre, le projet de loi sur la santé et les soins (Health and Care Bill 2022) encourage la logique partenariale afin d'améliorer les inégalités en matière de santé. Cette action s'inscrit dans la nouvelle gouvernance territoriale des soins intégrés : un rôle central est donné aux Integrated Care Systems (ICS) qui sont des structures rassemblant les principaux acteurs de la santé à l'échelle d'un territoire - prestataires et commissionnaires⁶⁷ -

⁶⁵ Le NHS est financé à près de 98% par des contributions publiques : l'impôt représente environ 80% du total des ressources, et les cotisations sociales (National Insurance Contributions ou NIC) environ 18%. Les patients doivent par ailleurs régler un reste à charge pour les prestations d'ophtalmologie, soins dentaires, et les médicaments, qui représente un peu moins de 2% des ressources du NHS.

⁶⁶ En Angleterre, il existe une différence d'espérance de vie de 19 ans entre les régions les plus et les moins riches du pays, les habitants des quartiers les plus défavorisés.

⁶⁷ Supervisé par le NHS England, principal receveur des fonds gouvernementaux, le Commissioning est le processus grâce auquel les services de soins du NHS sont planifiés, accordés et contrôlés.

- Il s'agit tout d'abord d'une planification stratégique : les données relatives aux besoins locaux sont examinées puis discutées, en fonction des priorités d'un budget particulier à consacrer aux services.
- Il s'opère ensuite une passation de marchés, c'est-à-dire l'achat de services à des fournisseurs locaux appelés aussi « prestataires ».
- Ceux-ci sont contrôlés et leurs performances surveillées et examinées.



Royaume-Uni :

(acteurs du système de soins primaire et secondaire, collectivités locales, associations), afin d'élaborer un diagnostic partenarial des besoins en santé à l'échelle du territoire et financer les prestations de santé locale sur cette base. L'objectif est notamment d'assurer une intégration des soins primaires, des soins hospitaliers, des services de santé mentale et une meilleure coordination entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social et médico-social. Cependant, il est à noter que les ressources financières sont limitées et restent contrôlées par le gouvernement central.

Les autorités locales peuvent mettre à profit leur rôle de chef de file pour travailler avec leurs partenaires, dans le cadre des ICS afin de permettre une action systémique sur les inégalités de santé. En effet, il existe une très forte liberté laissée à l'échelon local pour la planification de l'offre de soins, les choix des modes d'organisation et de collaboration entre acteurs, ce qui peut conduire à d'importantes différences d'approche d'un territoire à l'autre. Les autorités locales détiennent également un rôle important en matière de prévention, notamment par le biais de leurs obligations spécifiques en matière de santé publique et de leur action sur les déterminants de la santé au sens large. Ils ont la responsabilité de définir le plan local de santé publique.

Le NHS et les agences de santé publique encouragent les actions de prévention en matière d'inégalité de santé. L'OHID et l'UKHSA sont les agences du DHSC qui élaborent les stratégies de prévention et assurent la surveillance épidémiologique et clinique de celle-ci. Ils publient également des documents d'information et d'appui (cartes interactives, documents de recherche, données nationales et territoriales) à destination des ICS et des professionnels de santé afin de les aider à élaborer leurs actions locales. On peut notamment mentionner les [Public Health Outcomes Framework](#), un outil interactif regroupant plusieurs séries d'indicateurs sociaux, économiques et sanitaires, déclinables au niveau local. L'objectif est de permettre aux autorités sanitaires locales d'identifier et de suivre les tendances sur leur territoire, afin de les aider à déterminer leurs priorités d'action. OHID a également publié un guide « [All our health](#) » à destination des acteurs de la santé afin de contribuer à l'amélioration des disparités en santé.

En janvier 2021, suite à la pandémie qui a mis en lumière l'effet disproportionné du virus sur certaines communautés, le NHS a développé une stratégie [England Healthcare Inequalities Improvement Programme](#) qui assure la mission de prévenir et répondre au mieux aux inégalités en matière de santé dont souffrent de nombreuses communautés. En réponse à ces inégalités de santé exacerbées par la pandémie, le NHS a défini [huit domaines prioritaires](#) pour lutter contre les inégalités en matière de santé. Elles ont ensuite été affinées en [cinq domaines](#) clés qui sous-tendent le travail de la stratégie NHS mentionnée.

CORE20PLUS5

Dans le cadre de la mission du gouvernement visant à améliorer la santé, le NHS a lancé [l'approche Core20PLUS5](#) qui est une initiative visant à soutenir le développement d'actions et d'objectifs nationaux et locaux pour réduire les inégalités en matière de santé. L'approche définit une population cible - le "Core20PLUS" - et identifie "5" domaines prioritaires nécessitant une amélioration accélérée.

Core20 : les responsables de la conception, de la mise en service et de la prestation des services sont tenus de développer et de cibler les interventions sur les 20 % les plus défavorisés de la population nationale (développé par [l'Index of Multiple Deprivation](#) ou IMD), sur les groupes de population PLUS.

PLUS : ces groupes de populations rencontrent des défis particuliers. Ce sont des groupes qui présentent des caractéristiques protégées (définies par la loi sur l'égalité de 2010), des groupes en situation d'exclusion sociale, notamment les personnes sans domicile fixe, les toxicomanes et les alcooliques, les populations de migrants



Royaume-Uni :

vulnérables, les communautés de gitans, de roms et de gens du voyage, les travailleurs du sexe, les personnes en contact avec le système judiciaire, les victimes de l'esclavage moderne.

5 domaines cliniques prioritaires.

maternité et continuité des soins ;

bilans de santé annuels pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ;

la gestion des maladies respiratoires chroniques, en mettant l'accent sur la COVID19, la vaccination contre la grippe et la pneumonie

le diagnostic précoce du cancer ;

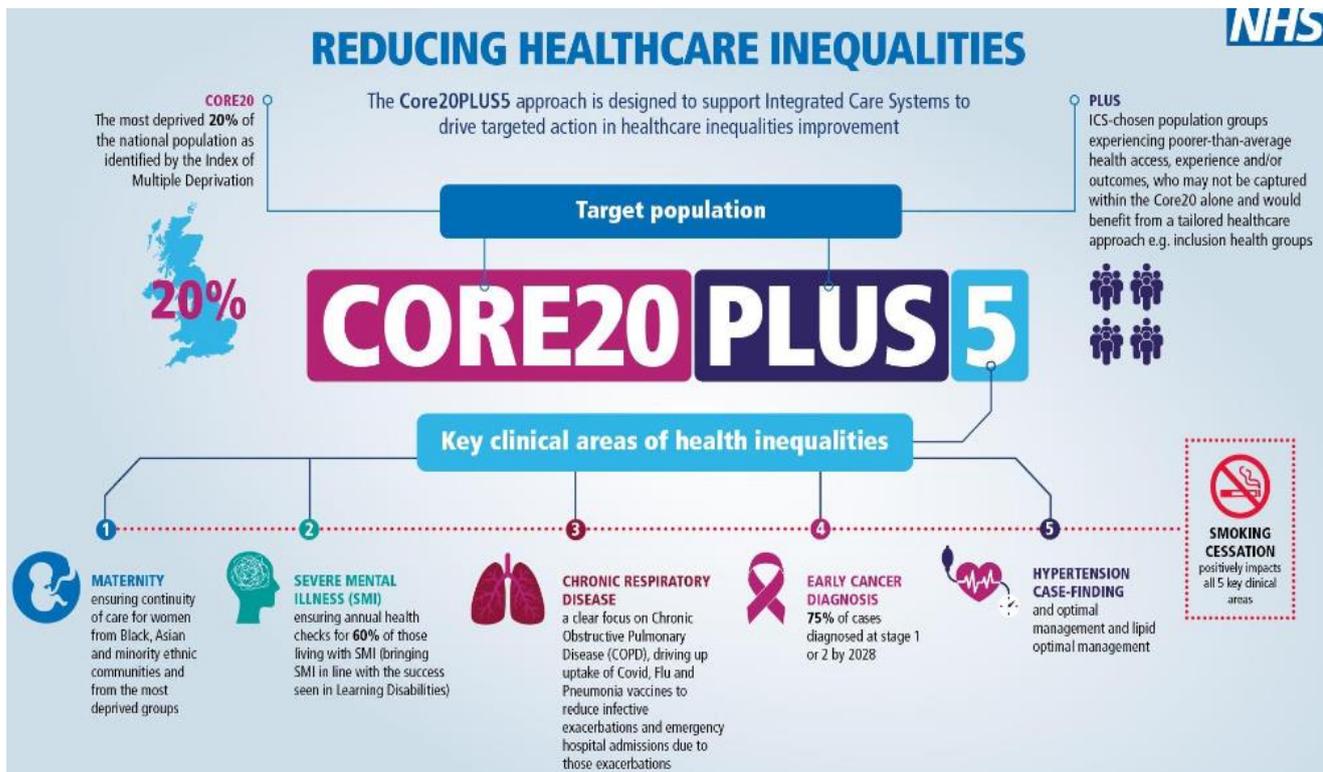
la détection de cas d'hypertension.

Les équipes nationales et régionales coordonnent la mise en œuvre et l'intégration de ces programmes dans les écosystèmes locaux.

Cette approche qui était initialement développée sur les inégalités en matière de soins de santé rencontrées par les adultes, a maintenant été adaptée pour s'appliquer [aux enfants et aux jeunes](#).

Le rôle du secteur associatif

On peut également noter un rôle important du secteur associatif, opérateur majoritaire des politiques sociales et sanitaires britanniques. Par conséquent, le rôle du secteur associatif la lutte contre les inégalités de santé est importante. Les organisations de ces secteurs jouissent souvent de la confiance des communautés les plus marginalisées et ont une bonne influence sur elles.



Infographie du dispositif national Core20PLUS5

Quels publics sont ciblés par les actions de médiation en santé dans votre pays (cochez et précisez) ?

Les initiatives portées et pilotées par le secteur associatif ont des objectifs variés et peuvent viser aussi bien des publics ciblés qu'avoir une vocation généraliste.



Royaume-Uni :

Pour plus d'informations sur les différents index et déterminants de santé utilisés par les autorités locales, voir : <https://www.gov.uk/government/publications/health-inequalities-place-based-approaches-to-reduce-inequalities/place-based-approaches-for-reducing-health-inequalities-annexes>

Les différentes initiatives locales sont souvent développées dans le cadre d'un réseau communautaire : <https://www.kingsfund.org.uk/publications/communities-and-health>

Quel volume de personnes sont à votre connaissance accompagnées par des actions de médiation en santé dans votre pays ?

Il n'existe pas de données consolidées au niveau national, les données sont généralement collectées au niveau des autorités locales et des ICS.

Il est également important de noter que depuis la fin de la pandémie, des listes d'attentes pour accéder aux soins programmés s'allongent avec plus de 7 milliards de personnes en attente⁶⁸.

II/ LES PROFESSIONNELS DE LA MEDIATION EN SANTE

Les autorités locales pilotent la mise en œuvre d'initiatives en matière d'inégalité de santé. Il n'existe par conséquent pas de formation en médiation de la santé. Cependant, on peut noter le recours à des stratégies qui misent sur les atouts locaux avec l'approche community centred policy.

En 2014, Public Health England (PHE), l'agence britannique de santé publique a publié son rapport « [From evidence into action](#) » qui développe des solutions locales en s'appuyant sur les atouts et ressources d'une localité. PHE a continué dans cet axe en 2015 avec la publication d'un [guide](#) qui invite les autorités locales et acteurs de la santé à améliorer la santé et le bien-être de leur population en utilisant une organisation communautaire. En janvier 2020, PHE est allé encore plus loin avec le dernier volet de ses recherches : une [étude d'impact](#) qui étend la stratégie centrée sur la communauté à un plan stratégique holistique, «wole system approach » (par exemple la présentation d'un [plan obésité](#)). Il s'agit de reconnaître qu'il n'existe pas une solution unique adresser un problème, une approche coordonnée et collaborative est nécessaire, alignée sur une approche «la santé dans toutes les politiques»

⁶⁸ <https://www.rcseng.ac.uk/news-and-events/media-centre/press-releases/nhs-waiting-list-still-stuck-at-over-7-million/>



Royaume-Uni :



Public Health England

Healthmatters

The family of community-centred approaches



Source : PHE – les familles d’approches centrées sur la communauté

La stratégie est construite par les acteurs locaux au profit de la population locale, notamment grâce à la mobilisation des éléments suivants :

Renforcement des communautés

Il s’agit de se concentrer sur les structures existantes et de développer un système de santé local sur les ressources locales et d’identifier les « buildings blocks » (fondations) qui vont permettre d’améliorer les indicateurs de santé au sein de la communauté. Le but est de développer la capacité des communautés à prendre des mesures collectives sur la santé et les déterminants sociaux de la santé. Les atouts (assets) qui peuvent contribuer à la santé et au bien-être de ses membres peuvent prendre plusieurs formes : la prescription sociale, les centres communautaires, les compétences et connaissances locales, mais également les groupes locaux, les associations de bénévoles, les réseaux relationnels (amitié, voisinage, centres sportifs, aidants, baby-sitters etc..) ainsi que les ressources générées par le secteur privé et le secteur public. Capitaliser sur cette approche favorise une plus grande confiance dans les acteurs et dispositifs locaux et augmente l’estime de soi des individus la composant.

[Cas d’étude : Northumberland](#)

Développement des comportements bénévoles et des groupes d’action

Les individus peuvent également devenir des assets pour leur communauté en fournissant des conseils, des informations et un soutien à leur communauté. D’autant plus que les activités bénévoles au RU font partie de la vie quotidienne des citoyens ([22%](#) des personnes interrogées font du volontariat une fois par mois minimum, chiffres 2018/2019). Les réseaux de volontaires ont été notamment utilisés dans les programmes suivants : [walking for health](#) qui promeut la marche de minimum 10 minutes par jour, [befriending](#) qui fournit un soutien social et un compagnonnage pour les personnes isolées, [health volunteer](#) pour faire du bénévolat dans les différentes structures NHS.



Royaume-Uni :

Outre le traditionnel bénévolat, le RU a développé d'autres rôles comme par exemple le réseau des [health champions](#) qui offrent leur soutien gratuitement. Ils s'appuient sur leur expertise professionnelle ou personnelle et proposent d'être une influence positive dans la vie de leur entourage (voisins, famille, communauté, réseaux etc). Par exemple, le dispositif [Altogether better](#) est un réseau national NHS constitué de plus 20 000 champions à date.

Quels sont les profils, compétences et volume des professionnels de la médiation en santé ? N/A
Certains exercent-ils cette fonction de médiation en tant que pairs des personnes accompagnées ? (ex : des personnes qui sont rétablies ou en voie de rétablissement avancé de problématiques de santé mentale et qui accompagnent des personnes concernés par les mêmes problématiques)

Le développement de réseaux [peer support/peer mentoring](#) qui formalise un réseau ou une communauté d'intérêt autour d'une même activité, de caractéristiques communes partagées par plusieurs membres de la localité est [encouragé par le NHS](#). Par exemple, beaucoup de modèle de peer support se sont développés pour soutenir les personnes qui souhaitent arrêter l'usage de tabac, ou qui sont affectées par des maladies chroniques etc.

Ces professionnels sont-ils organisés suivant une logique de gradation (niveau 1, niveau 2 etc) ? N/A
Existe-t-il des formations spécifiques, modalités de valorisation de l'expérience pour l'ensemble ou pour certains de ces professionnels ? Si oui, précisez. Si non, pourquoi et est-ce une demande des parties ? Non

ORGANISATION / FONCTIONNEMENT / EVALUATION

Quelles sont les spécificités de la médiation en santé par rapport au reste du système de soins/à d'autres actions de médiation (sociale, numérique...), notamment au regard de l'accueil et de la prise en charge des personnes, des modalités de travail entre professionnels ? N/A

Les personnes accompagnées participent-elles à l'organisation ou à la réflexion sur leur propre accompagnement? Si oui, exposez suivant quelles modalités.

Oui cela est possible dans certains cas.

Un pan de l'approche britannique dans les politiques sociales locales a pour but [d'impliquer les communautés](#) et les services de soin locaux à n'importe quel stade du cycle de planification, de l'identification des besoins à la mise en œuvre et à l'évaluation. Ces partenariats peuvent avoir comme objectif la conduite de recherches collaboratives (community based participatory research), la conduite de programmes de développement économique (area-based initiatives) ou le but d'engager les communautés avec les autorités locales (community engagement in planning). Diverses initiatives britanniques ont été testées, notamment dans le cadre d'une approche préventive pour s'attaquer aux causes profondes de la dégradation de la santé : [Total Place pilots](#), [Whole Place Community Budgets](#) et [Neighbourhood Community Budgets](#).

FINANCEMENTS

Les personnes accueillies bénéficient-elles d'un accompagnement (cochez la/les cases) : gratuite

Quels sont les postes les plus coûteux



Royaume-Uni :

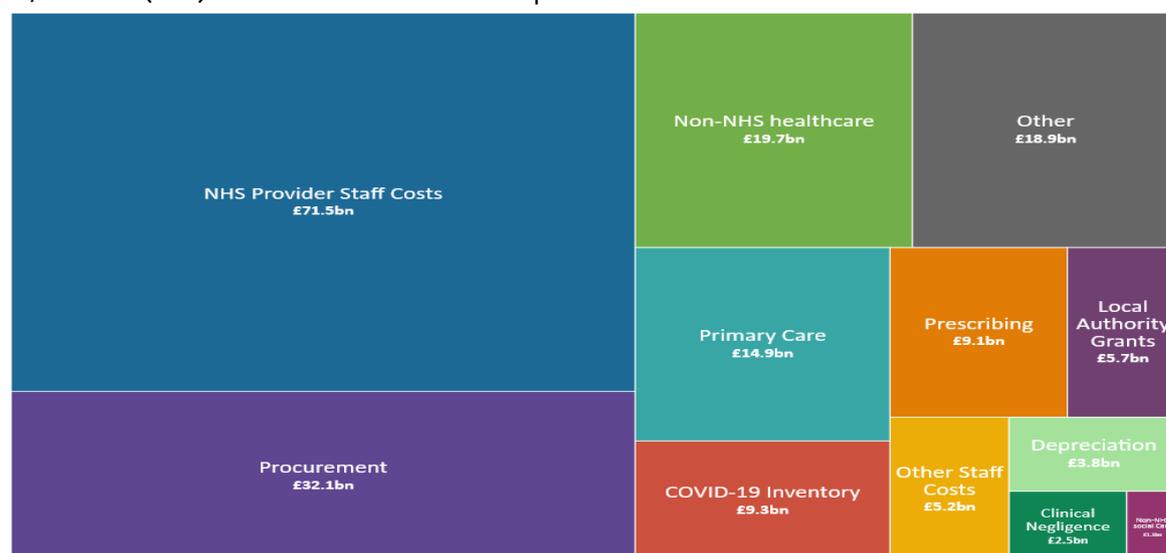
Le système de santé est presque exclusivement financé par l'impôt (contrepartie de la gratuité des soins). Pour l'exercice 2021/2022, une enveloppe de 150 Mds £ (85 %) a été allouée au NHS. Dans cette enveloppe, NHS England a alloué 108 Mds £ aux anciens 106 Clinical Commissioning Groups (maintenant appelés ICSs – voir question 1) pour qu'ils planifient et organisent les services pour leurs populations locales. Le reste des dépenses est majoritairement distribué à Health Education England qui est l'agence en charge de la formation et l'éducation et aux deux organisations en charge de la santé publique UK Health Security Agency et Office for Health Improvement and Disparities ainsi qu'à d'autres organismes indépendants.

Le poste de dépenses le plus important, qui représentait plus d'un tiers du budget global en 2021/2022, est celui de la rémunération du personnel. En effet, sur les dépenses quotidiennes pour 2021/22, parmi les postes les plus importants :

71,5 Mds £ (37 %) ont été dépensés pour la rémunération du personnel medical NHS

32,1 Mds £ (17 %) ont été consacrés à l'achat de matériel et marchés publics

14,9 Mds £ (8 %) ont été dédiés aux soins primaires



Source: Department of Health and Social Care Annual Report and Accounts 2021-22



Source : [Department of health and social care annual report and account 2021/22](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/97422/2021-22-annual-report-and-accounts)

Quant aux actions de préventions, le financement de programme national reste très faible. En 2018 (date de la dernière publication de l'ONS sur le sujet), environ 5% des dépenses de santé financées par le gouvernement (80% des dépenses de santé) ont été consacrées à des dépenses de prévention, soit environ 8,3Md de £. Environ 1Md£ supplémentaire provient de dépenses non-gouvernementales. Moins de 3% des dépenses hospitalières sont liées à la prévention, soit environ 2,4Md de £. Ces dépenses sont collectées et calculées à partir des montants d'investissements dans cinq types de programmes de prévention différents (programmes d'information, d'éducation et de conseil ; programmes de vaccination ; programmes de détection précoce des maladies; programmes de surveillance de l'état de santé; programmes de surveillance épidémiologique, de contrôle des risques et des maladies). Les dépenses annuelles liées à la prévention ont été en constante baisse entre 2015 et 2018 (9,6Md de £ de dépenses de prévention en 2015), une diminution attribuée à une contraction des dépenses des autorités locales en matière de services de santé publique.

⁶⁹ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/01/nhs-england-nhs-commissioning-board-ara-21-22.pdf>



Royaume-Uni :

S'agissant des trois dernières questions, puisque la majorité des dispositifs pour lutter contre les inégalités de santé sont des initiatives locales et qu'il n'existe pas de collecte de données sur le financement local de ces initiatives, il n'est pas possible d'y répondre.

actions de prévention

actes de soins

rémunération du personnel

organisation d'ateliers participatifs

organisation d'activités qui attirent les publics auprès de qui vous voulez faire de la médiation en santé ? (ex : nourriture, vêtements, logements temporaires, etc.)

aide à l'acquisition des droits des personnes accueillies

interprétariat

De quelles aides financières bénéficient les structures, collectifs réalisant de la médiation en santé ? N/A

Certaines de ces aides sont-elles octroyées pour une période pluriannuelle ? N/A

En cas de difficultés financières, existent-ils des mesures mises en œuvre ou en cours visant à les résoudre à terme ? si oui lesquelles ? N/A

GOUVERNANCE et ARTICULATION

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé publics nationaux ? N/A

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé locaux/territoriaux ?

L'approche systémique est retenue au RU pour lutter contre les inégalités et ce titre, l'agence de santé publique (anciennement Public Health England) a développé une [série d'outils et de ressources](#) connus sous l'approche dite « place based approach ». Ces ressources visent à aider les autorités locales à produire une action inter systèmes pour lutter contre les inégalités en matière de santé.

Existe-t-il des instances de gouvernance spécifique à la médiation en santé ou à la médiation au sens large (qui inclurait la médiation en santé) ?

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) est une agence britannique qui propose des guidelines et recommandations sur les thèmes allant de la prévention à la gestion de conditions spécifiques, de l'amélioration de la santé à la prestation de soins sociaux aux adultes ou enfants en passant par la planification de services et d'interventions, de l'évaluation des technologies, etc. NICE propose des lignes directrices sur les inégalités de santé : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/nice-and-health-inequalities>

L'Office for Health Improvement and Disparities (OHID) est l'agence du ministère de la santé qui élabore les stratégies de prévention. Créé le 1er octobre 2021, l'OHID est un département du ministère britannique de la Santé (DHSC) qui reprend les missions d'éducation à la santé, avec un axe stratégique fort sur la réduction des inégalités en santé, très marquées au Royaume-Uni. Le ministre de la Santé, Sajid Javid, lui a notamment fixé quatre priorités transversales : (i) prévenir les problèmes de santé mentale et physique, (ii) lutter contre les inégalités en matière de santé et (iii) améliorer l'accès aux services de santé, ainsi que (iv) travailler avec des partenaires au sein et en dehors du gouvernement pour répondre aux déterminants plus larges de la santé et garantir une approche commune des enjeux.

Les professionnels de la médiation en santé s'articulent-ils avec les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, suivant quelles modalités ? Si non, pourquoi ? N/A



Royaume-Uni :

La médiation en santé est-elle acceptée et reconnue par les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, quels sont les éléments de son acceptabilité par les professionnels ? Si non, quels sont les freins majeurs ? N/A

EVALUATION

Les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font-ils l'objet d'une évaluation ? Si oui par qui (institutionnels, associations, chercheurs...) ? Quels sont les résultats de ces évaluations ? Ces évaluations sont-elles le corollaire de financement public ? N/A

Quelles sont les facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé dans votre pays ? N/A

[Retour au sommaire](#)



Suède :

I/ DEFINITION

Y a-t-il dans votre pays des pratiques identiques ou équivalentes aux pratiques de médiation en santé en France ? Si oui, quels en sont les objectifs et les caractéristiques ?

Il existe plusieurs pratiques de médiation en matière de santé en Suède. Les objectifs de la médiation sanitaire en Suède sont notamment d'améliorer la communication entre les prestataires de soins et les patients, d'accroître l'implication des patients dans leurs propres soins et de résoudre les conflits liés aux décisions en matière de soins de santé. Le droit à la médiation en santé est inscrit dans la loi suédoise sur les soins de santé (Hälso- och sjukvårdslagen). Celle-ci prévoit que les patients ont droit à un interprète ou à un médiateur si nécessaire pour pouvoir comprendre et participer pleinement à leur propre traitement et soins.⁷⁰

À l'échelle nationale, les pratiques de médiations en santé sont encadrées par une institution indépendante, financée par l'État mais disposant d'une totale autonomie, l'Ombudsman des patients, ("Patientombudsmannen")⁷¹. Son rôle est de défendre les droits des patients, de promouvoir la transparence et l'ouverture dans les soins de santé, d'encourager les bonnes pratiques et contribue à la médiation des éventuels différends entre les patients et les professionnels de la santé.

Les services de l'Ombudsman des patients sont accessibles à l'ensemble des citoyens suédois, de façon gratuite et confidentielle. L'institution peut notamment accompagner les patients pour obtenir des informations sur leur état de santé ou leur traitement.

Le Conseil national de la santé et du bien-être (Socialstyrelsen) fournit également des conseils sur les pratiques de médiation en matière de santé en Suède. Le Conseil souligne l'importance d'avoir des médiateurs formés qui comprennent les questions de santé et peuvent faciliter la communication entre les patients et les prestataires de soins. Il encourage également le recours à la médiation en cas de désaccord sur le plan de traitement ou les soins d'un patient.

Quels publics sont ciblés par les actions de médiation en santé dans votre pays (cochez et précisez) ?

⁷⁰ [en suédois] https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201799_sfs-2017-99

⁷¹ Site officiel de l'Ombudsman des patients en Suède : <https://www.patientombudsmannen.se/>



Suède :

■ Tout public -bien que ciblant plus spécifiquement une communauté particulière (précisez)

En Suède, les actions de médiation en santé visent principalement à aider les patients et leurs familles à naviguer dans le système de soins de santé et à résoudre les différends qui peuvent survenir. Les groupes de patients qui sont souvent ciblés par ces actions de médiation comprennent :

Les patients atteints de maladies chroniques : Les personnes atteintes de maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et les maladies cardiaques peuvent bénéficier d'une médiation en santé pour les aider à comprendre leur état de santé et leur plan de traitement, à communiquer avec leurs prestataires de soins de santé et à résoudre les différends liés aux soins.

Quelques exemples d'initiatives sur ce sujet :

Diabetescentrum est un centre de diabète situé à Stockholm qui offre des services de médiation en santé pour les patients diabétiques. Le centre propose des conseils et des soins personnalisés, ainsi que des programmes d'éducation pour aider les patients à gérer leur diabète.⁷²

Cancerrehabilitering i samverkan est un programme de réadaptation pour les patients atteints de cancer, offert dans plusieurs régions de Suède et proposant des services de médiation en santé, des conseils nutritionnels, de l'exercice physique et du soutien psychologique.⁷³

Hjärtskola est un programme de formation pour les patients atteints de maladies cardiaques. Le programme est offert dans plusieurs régions de Suède et propose des services de médiation en santé, des conseils en matière de régime alimentaire et d'exercice physique, ainsi que du soutien psychologique.⁷⁴

Les patients âgés : Les personnes âgées peuvent également bénéficier de la médiation en santé pour les aider à naviguer dans les soins de santé complexes et à résoudre les différends avec les prestataires de soins de santé, les familles ou les aidants.

Quelques exemples d'initiatives sur ce sujet :

Le « Service d'Information Pharmaceutique » permet aux personnes qui en ont besoin de poser leurs questions sur leurs médicaments - par exemple, comment ils fonctionnent, comment ils doivent être pris, comment ils doivent être conservés. Les personnes peuvent également discuter des questions relatives à la combinaison de médicaments ou aux effets secondaires.⁷⁵

Le conseil national de la santé et du bien-être propose un « guide des personnes âgées »⁷⁶, qui permet de recenser l'ensemble des informations et aides possibles pour les personnes âgées en Suède et donc d'en améliorer la lisibilité (comparaison des soins des municipalités pour les personnes âgées, des soins à domicile, des foyers pour personnes âgées, ...).

Intégration des personnes âgées et de leurs proches dans le plan de mise en œuvre des soins à domicile. Le plan de mise en œuvre, document formel remis à la municipalité, est conçu en collaboration avec la personne et ses proches. Le but du plan de mise en œuvre est de créer une structure claire pour la mise en œuvre et le

⁷² Site web : <https://www.diabetescentrum.se/>

⁷³ Site web : <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/>

⁷⁴ Site web : <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/hjartskola-kan-radda-liv/>

⁷⁵ Har du frågor om din medicin i sommar ? (sans date). Disponible sur : <https://www.lakemedelsverket.se/sv/lakemedelsupplysning#hmainbody1>.

⁷⁶ Söker du äldreboende eller hemtjänst ? (sans date). Disponible sur : <https://aldreguiden.se/>.



Suède :

suivi de l'ensemble des soins médico-sociaux de la personne âgée. Le plan clarifie à la fois pour l'individu et pour le personnel ce qui doit être fait, qui doit faire quoi, quand et comment.⁷⁷

Les patients ayant des besoins spécifiques (personnes en situation de handicap, patients atteints de troubles de santé mentale ou de maladies rares), peuvent bénéficier de la médiation en santé pour les aider à accéder aux soins de santé appropriés et à résoudre les différends avec les prestataires de soins de santé.

Quelques exemples de références sur ce sujet :

Le Réseau national suédois pour la santé mentale (Nationellt kompetenscentrum för psykisk hälsa) propose un service de médiation en santé mentale destiné aux patients atteints de troubles de santé mentale ainsi qu'à leurs proches. Les médiateurs travaillent en étroite collaboration avec les patients, les familles et les prestataires de soins de santé pour trouver des solutions qui répondent aux besoins des patients.⁷⁸

L'Alliance suédoise pour les maladies rares (Svenska Riksförbundet för Sällsynta Diagnoser) propose un service de médiation pour les patients atteints de maladies rares. ⁷⁹

Quel volume de personnes sont à votre connaissance accompagnées par des actions de médiation en santé dans votre pays ?

Il n'y a pas de données précises sur le nombre de personnes qui sont accompagnées par des actions de médiation en santé en Suède, la gestion des soins de santé étant du ressort de chacune des régions.

II/ LES PROFESSIONNELS DE LA MEDIATION EN SANTE

Quels sont les profils, compétences et volume des professionnels de la médiation en santé ?

En Suède, les compétences et les profils des personnes exerçant de la médiation en santé peuvent varier considérablement d'un établissement à l'autre.

Les médiateurs professionnels sont appelés « conseillers en santé » (hälsövägledare). Ces conseillers peuvent être des infirmières, des travailleurs sociaux ou d'autres professionnels de la santé ayant une formation professionnelle spécifique en médiation de la santé. Ils travaillent souvent dans les centres de soins primaires, les hôpitaux et les cliniques de santé.

D'autre part, certains professionnels de la santé en Suède, tels que les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins, peuvent recevoir une formation en médiation pour les aider à mieux communiquer avec leurs patients et à résoudre les différends liés aux soins de santé. Ils peuvent être impliqués dans des initiatives de médiation en santé en tant que facilitateurs ou médiateurs informels.

En termes de volume, il n'y a pas de données nationales sur le nombre de professionnels de la médiation en santé en Suède, car leur gestion est du ressort de chacune des régions du pays.

Certains exercent-ils cette fonction de médiation en santé en tant que pairs des personnes accompagnées ? (ex : des personnes qui sont rétablies ou en voie de rétablissement avancé de problématiques de santé mentale et qui accompagnent des personnes concernés par les mêmes problématiques)

Oui, en Suède, il existe des initiatives de médiation en santé impliquant des pairs. Ces initiatives impliquent souvent des personnes qui ont elles-mêmes été confrontées à des problèmes de santé mentale ou physique

⁷⁷ Delaktighet och bemötande (2020). Disponible sur : <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/delaktighet-och-bemotande/>.

⁷⁸ Site web : <https://anhoriga.se/>

⁷⁹ Site web : <https://www.sallsyntadiagnoser.se/vardtips/>



Suède :

et qui ont été formées à la médiation en santé. Ces pairs-médiateurs sont souvent considérés comme des pairs-experts, car ils ont une expérience personnelle de la maladie ou de la condition médicale pour laquelle ils offrent de la médiation en santé.

En ce qui concerne les problématiques de santé mentale en particulier, il existe des initiatives de médiation en santé mentale impliquant des pairs, où les personnes ayant une expérience personnelle de la maladie mentale peuvent aider les patients et leurs familles à naviguer dans le système de santé mentale et à trouver des ressources et un soutien appropriés.

Ces professionnels sont-ils organisés suivant une logique de gradation (niveau 1, niveau 2 etc) ?

En Suède, il n'existe pas de système de gradation pour les professionnels de la médiation en santé. Les professionnels de la médiation en santé peuvent avoir des formations et des compétences variées, allant de médiateurs professionnels accrédités (par exemple Biståndshandläggare pour les personnes âgées)⁸⁰ à des professionnels de la santé ayant reçu une formation professionnelle en médiation.

Les compétences et les responsabilités des médiateurs en santé peuvent varier en fonction de leur domaine de pratique.

Existe-t-il des formations spécifiques, modalités de valorisation de l'expérience pour l'ensemble ou pour certains de ces professionnels ? Si oui, précisez. Si non, pourquoi et est-ce une demande des parties ?

Les formations pour les professionnels de la médiation en santé en Suède peuvent couvrir un large éventail de sujets, tels que la communication interculturelle, la négociation, la résolution de conflits, la psychologie et la santé mentale, la gestion du stress et la gestion de la colère. Les professionnels de la médiation en santé peuvent également suivre des formations spécifiques pour se spécialiser dans des domaines tels que la médiation en matière de maladie chronique, la médiation en matière de soins palliatifs, la médiation en matière de soins de santé mentale, etc.

Le conseil de la santé et du bien-être organise des formations gratuites, destinées aux travailleurs sociaux et aux médiateurs familiaux, afin de renforcer leurs compétences de médiation en santé et leurs connaissances sur l'organisation du système de soin sur des domaines spécifiques (par exemple, les soins pour les personnes âgées).⁸¹

ORGANISATION / FONCTIONNEMENT / EVALUATION

Quelles sont les spécificités de la médiation en santé par rapport au reste du système de soins/à d'autres actions de médiation (sociale, numérique...), notamment au regard de l'accueil et de la prise en charge des personnes, des modalités de travail entre professionnels ?

N/A

Les personnes accompagnées participent-elles à l'organisation ou à la réflexion sur leur propre accompagnement? Si oui, exposez suivant quelles modalités.

⁸⁰ Ansök om stöd och omsorg för personer med funktionsnedsättning - Stockholms stad (sans date). Disponible sur : <https://funktionsnedsattning.stockholm/ansok-om-stod-och-omsorg/>.

⁸¹ Biståndshandläggare och anhörigstödjare ! Delta i dialog om kompetens och kvalitet i äldreomsorgen (sans date). Disponible sur : <https://www.socialstyrelsen.se/kalendarier/bistandshandlaggare-och-anhorigstodjare-delta-i-dialog-om-kompetens-och-kvalitet-i-aldreomsorgen/>.



Suède :

En Suède, la participation active des personnes accompagnées par la médiation en santé à l'organisation et à la réflexion sur leur propre accompagnement est encouragée et valorisée, en vertu de la loi sur les patients (Patientlagen). Les professionnels de la médiation en santé cherchent à impliquer les patients dans toutes les étapes de leur parcours de soins et de traitement, afin de s'assurer que leurs besoins et leurs préférences sont pris en compte.

Il existe plusieurs modalités pour encourager la participation active des personnes accompagnées par la médiation en santé en Suède. Tout d'abord, les professionnels de la médiation en santé encouragent les patients à exprimer leurs préoccupations et leurs préférences dès le début de leur parcours de soins et de traitement.

Ensuite, les professionnels de la médiation en santé travaillent en étroite collaboration avec les patients pour élaborer des plans de traitement adaptés à leurs besoins et à leurs préférences. Les patients sont invités à participer activement à l'élaboration de ces plans de traitement.

Enfin, les professionnels de la médiation en santé en Suède encouragent également les patients à donner leur avis sur la qualité des soins et du traitement qu'ils reçoivent. Les patients peuvent être invités à remplir des enquêtes de satisfaction ou à participer à des groupes de discussion pour donner leur avis sur leur expérience de soins et de traitement.

FINANCEMENTS

Les personnes accueillies bénéficient-elles d'un accompagnement :

Les programmes de médiation en santé en Suède sont pris en charge de la même façon que des soins de santé « classiques ». Ainsi, la plupart des programmes de médiation en santé sont gratuits ou ont un coût très faible pour les patients.

Cependant, il peut y avoir des coûts supplémentaires dans certains cas, tels que pour les soins à domicile. Ces coûts peuvent être couverts en partie par une assurance maladie privée ou par une assurance collective, ou par le patient lui-même.

Il est important de noter que les coûts exacts varient en fonction du traitement et de la région.

Quels sont les postes les plus coûteux

Il est difficile de déterminer précisément quels sont les postes les plus coûteux en matière de médiation en santé en Suède car cela dépend des différentes actions menées et des objectifs poursuivis par chacun des programmes et initiatives.

Cependant, en général, les coûts les plus importants sont liés à la rémunération du personnel de santé, suivie des coûts liés aux traitements et actes médicaux. Les actions de prévention peuvent également avoir des coûts significatifs, mais elles sont souvent considérées par les services de santé suédois comme un investissement à long terme pour réduire les coûts des soins de santé à long terme.

En ce qui concerne plus spécifiquement la médiation en santé, les coûts peuvent varier en fonction des objectifs de chaque action de médiation. Par exemple, l'organisation d'ateliers participatifs ou d'activités pour attirer les publics peut avoir des coûts liés à la logistique, à l'achat de fournitures et de matériel, ainsi qu'à la rémunération du personnel impliqué dans l'organisation de ces activités.

L'aide à l'acquisition des droits des personnes accueillies et l'interprétariat peuvent également avoir des coûts significatifs, en fonction des services fournis et du nombre de personnes concernées.

De quelles aides financières bénéficient les structures, collectifs réalisant de la médiation en santé ?



Suède :

En Suède, les structures et collectifs réalisant de la médiation en santé peuvent bénéficier de différentes aides financières pour soutenir leurs actions.

Tout d'abord, la majorité des activités de médiations étant réalisées par des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé, ceux-ci sont financés par les régions (responsable de l'organisation et du financement des soins de santé) et par les communes (responsables des soins à domicile et des services sociaux).

Les structures de médiation en santé peuvent également bénéficier de financements européens ou internationaux, notamment dans le cadre de projets de coopération transnationale ou de programmes de financement spécifiques pour la santé et le bien-être.

Voici quelques exemples d'aides financières pour la médiation en santé en Suède :

Les subventions du Fonds Social Européen (FSE) qui soutiennent des projets de médiation en santé visant à améliorer l'employabilité des personnes en situation de précarité.

Les financements accordés par des fondations privées, comme la Fondation Familjen Kamprad, qui soutient des projets de santé dans les régions rurales de Suède.

Les subventions accordées par le Conseil national de la santé et du bien-être (Socialstyrelsen), qui soutiennent des projets de médiation en santé pour les groupes vulnérables, tels que les migrants, les réfugiés, les personnes atteintes de troubles mentaux ou les personnes âgées.

Certaines de ces aides sont-elles octroyées pour une période pluriannuelle ?

Certaines de ces aides peuvent être octroyées pour une période pluriannuelle. Par exemple, les subventions du Fonds Social Européen (FSE) peuvent être accordées pour des projets pluriannuels, généralement sur une période de 2 à 3 ans.

En cas de difficultés financières, existent-ils des mesures mises en œuvre ou en cours visant à les résoudre à terme ? si oui lesquelles ?

N/A

GOUVERNANCE et ARTICULATION

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé publics nationaux ?

En Suède, la médiation en santé est souvent intégrée dans les programmes de santé publique nationaux en tant qu'approche complémentaire aux soins traditionnels. Voici quelques exemples de programmes où la médiation en santé est utilisée en Suède :

Programme national de prévention des maladies chroniques : Ce programme met l'accent sur la prévention et le traitement des maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiaques et l'obésité. La médiation en santé est souvent utilisée pour aider les patients à comprendre leur maladie et à suivre leur plan de traitement.⁸²

Programme national de santé mentale : Ce programme vise à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux. La médiation en santé est utilisée pour aider les patients atteints de troubles mentaux à naviguer dans le système de santé mentale, à accéder aux soins et à recevoir un soutien continu.⁸³

⁸² Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2021). Disponible sur : <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>.

⁸³ Nationella vård- och insatsprogram (sans date). Disponible sur : <https://www.vardochinsats.se/>.



Suède :

Programme national de lutte contre le VIH/SIDA : Ce programme vise à réduire le nombre de nouvelles infections au VIH et à améliorer l'accès aux soins pour les personnes atteintes de VIH/SIDA. La médiation en santé est souvent utilisée pour aider les patients à naviguer dans le système de santé, à accéder aux soins et à recevoir un soutien émotionnel.⁸⁴

Programme national de lutte contre la violence domestique : Ce programme vise à prévenir la violence domestique et à aider les victimes de violence domestique. La médiation en santé est souvent utilisée pour aider les victimes de violence domestique à accéder aux soins de santé, à recevoir un soutien émotionnel et à être orientées vers des ressources supplémentaires.⁸⁵

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé locaux/territoriaux ?

En Suède, les régions ont la responsabilité de l'organisation et du financement des soins de santé. Ainsi, l'intégration de la médiation en santé dans les programmes de santé locaux/territoriaux dépend des politiques et des priorités des régions.

Cependant, de nombreux exemples montrent que la médiation en santé est prise en compte dans les programmes de santé locaux/territoriaux. Par exemple, la région de Västra Götaland a mis en place un programme de promotion de la santé mentale qui vise à prévenir et à réduire les problèmes de santé mentale dans la population. Ce programme inclut des actions de médiation en santé, notamment la formation de pairs aidants pour accompagner les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.⁸⁶

De même, la ville de Malmö a mis en place un programme de médiation en santé, qui comprend des actions de prévention et d'éducation à la santé, ainsi que des interventions pour faciliter la coordination des soins de santé. Ce programme est coordonné par un réseau de professionnels de la santé et de bénévoles travaillant dans des associations locales.⁸⁷

Existe-t-il des instances de gouvernance spécifique à la médiation en santé ou à la médiation au sens large (qui inclurait la médiation en santé) ?

En Suède, il existe des instances de gouvernance spécifiques à la santé et au social, mais il n'y a pas d'instances dédiées exclusivement à la médiation en santé ou à la médiation au sens large.

Au niveau national, l'Agence de santé publique (Folkhälsomyndigheten) est l'autorité chargée de la santé publique en Suède, et elle élabore des politiques de santé et des recommandations pour les professionnels de la santé.

Au niveau régional, les autorités sanitaires (Regioner) sont responsables de la planification et de la prestation des soins de santé, y compris de la médiation en santé. Les régions sont également responsables des services sociaux et du soutien aux personnes en situation de vulnérabilité.

⁸⁴ Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar — Folkhälsomyndigheten (2022). Disponible sur : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/hiv-och-sti/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-vissa-andra-smittsamma-sjukdomar/>.

⁸⁵ Regeringen och Regeringskansliet (2022b) Nationellt våldsförebyggande program. Disponible sur : <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2022/06/nationellt-valdsforebyggande-program/>.

⁸⁶ Psykisk hälsa - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen (sans date). Disponible sur : <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/psykisk-halsa/kph/>.

⁸⁷ Samordnad individuell plan (SIP) (2023). Disponible sur : <https://malmo.se/Bo-och-leva/Stod-och-omsorg/Kommunal-halso--och-sjukvard/Samordnad-individuell-plan-SIP.html>



Suède :

Il existe également des comités consultatifs dans le domaine de la santé, tels que le Conseil national de la santé et des affaires sociales (Socialstyrelsens nationella råd för hälsa och välfärd), qui conseille les autorités nationales sur les questions de santé et de bien-être.

Enfin, la médiation en santé est souvent intégrée dans les services de soins de santé et les services sociaux existants, et est donc réglementée par les lois et les règlements qui s'appliquent à ces services.

Les professionnels de la médiation en santé s'articulent-ils avec les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, suivant quelles modalités ? Si non, pourquoi ?

En Suède, les professionnels de la médiation en santé travaillent en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé et du social, ou font eux-mêmes directement parti de ces professions.

Les modalités de travail entre professionnels peuvent varier en fonction des structures et des organisations. Cependant, il est fréquent que les professionnels de la médiation en santé participent à des réunions d'équipe avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes, afin de partager des informations, de discuter des objectifs de soins et de coordonner les interventions.

La médiation en santé est-elle acceptée et reconnue par les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, quels sont les éléments de son acceptabilité par les professionnels ? Si non, quels sont les freins majeurs ?

En Suède, la médiation en santé est généralement acceptée et reconnue par les autres professionnels de la santé et du travail social, notamment car inscrite dans la loi⁸⁸.

EVALUATION

Les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font-ils l'objet d'une évaluation ? Si oui par qui (institutionnels, associations, chercheurs...) ? Quels sont les résultats de ces évaluations ? Ces évaluations sont-elles le corollaire de financement public ?

Oui, les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font l'objet d'évaluations en Suède. Ces évaluations sont menées par différentes parties prenantes.

Par exemple, l'Agence de la santé publique suédoise a mené une étude en 2017 pour évaluer l'impact des activités de promotion de la santé menées par les organisations de la société civile, dont certaines incluaient des activités de médiation en santé. Cette étude a montré que ces activités ont un impact positif sur la santé et le bien-être des participants, en particulier en ce qui concerne l'activité physique, la nutrition et la santé mentale.⁸⁹

De même, une étude menée en 2016 par l'Université de Göteborg a évalué l'impact d'un programme de médiation en santé destiné à des personnes ayant une dépendance à l'alcool et à la drogue. Les résultats ont

⁸⁸ Patientlagen (sans date). Disponible sur : <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/patientlagen/>.

⁸⁹ På väg mot en god och jämlik hälsa (2020). Disponible sur : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dfffcb3a5e67/stodstruktur-god-jamlik-halsa.pdf>.



Suède :

montré que le programme avait permis d'améliorer la qualité de vie des participants et de réduire leur consommation de substances illicites.⁹⁰

Ces évaluations ne sont pas toujours liées à un financement public, mais elles peuvent contribuer à justifier la poursuite de financements publics pour les actions de médiation en santé.

Quelles sont les facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé dans votre pays ?

Plusieurs facteurs clés de succès des pratiques de médiation en santé en Suède ont été identifiés :

L'implication des personnes concernées : Les personnes accompagnées par les actions de médiation en santé en Suède sont activement impliquées dans leur propre prise en charge. Elles ont un rôle actif dans la conception et la mise en œuvre des interventions de médiation en santé, ce qui favorise leur adhésion aux traitements et leur rétablissement.

La collaboration interprofessionnelle : Les professionnels de la médiation en santé collaborent étroitement avec les autres professionnels de santé et travailleurs sociaux, ce qui permet une prise en charge globale et personnalisée des personnes concernées.

L'approche globale : Les interventions de médiation en santé en Suède visent à améliorer la prise en compte des différents facteurs sociaux, économiques et environnementaux des patients, pouvant influencer leur santé ou leur parcours de soin.

[Retour au sommaire](#)

⁹⁰ *Alkohol- och narkotikaforskning vid Göteborgs universitet. Om kunskap och samverkan – från riskbruk, missbruk till beroende*



Etats-Unis :

I/ DEFINITION

La médiation en santé, dans son acceptation américaine, révèle bien des différences avec notre système européen. « Sa différence tiendrait à un mélange de brutalité et de subtilité » souligne un article de l'Up Magazine. Elle va droit au but et y mêle sans tabou les notions d'intérêt et de résultat. Comme l'indiquent l'American College of Physician Executives (ACPE) et l'American Organization of Nurse Executives (AONE), "un comportement perturbateur dans un établissement de soins de santé peut conduire à un environnement dangereux pour les patients". La médiation en santé s'imposerait de fait comme un outil efficace pour résoudre les conflits afin de renforcer la sécurité des patients et d'améliorer les relations de travail futures des parties concernées. Elle jouit d'un cadre d'entente en évolution constante de par sa récente prise en considération par le corps médical.

Y a-t-il dans votre pays des pratiques identiques ou équivalentes aux pratiques de médiation en santé en France⁹¹ ? Si oui, quels en sont les objectifs et les caractéristiques⁹² ?

Il existe aux Etats-Unis plusieurs pratiques de médiation en santé, chacune ayant ses propres objectifs et caractéristiques :

Patient navigation : personnel formé pour aider les patients à s'orienter dans le système de santé. Il peut s'agir d'aider les patients à trouver les soins médicaux appropriés, à les accompagner dans la gestion de leur couverture santé et à accéder aux programmes d'aides fédérales. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les disparités en matière d'accès aux soins de santé. En France, on parle de médiateurs en santé.

Conflict resolution: c'est un médiateur qui aide les parties à trouver une solution mutuellement acceptable lors de conflits entre les patients et les prestataires de soins de santé ou entre les patients et les compagnies

⁹¹ <https://up-magazine.info/decryptages/analyses/7472-la-mediation-nord-americaine-un-cadre-d-entente-en-evolution-constante/>

⁹² <https://www.cairn.info/la-mediation--9782130590699-page-9.htm>



Etats-Unis :

d'assurance. L'objectif de la résolution des conflits est de réduire leur impact négatif sur l'accès aux soins de santé.

Medical interpretation : ces personnes formées aident les patients qui ne parlent pas anglais à communiquer avec les prestataires de soins de santé. L'objectif des interprètes est d'améliorer la communication entre les patients et les prestataires de soins, ce qui peut améliorer la qualité du parcours de soins des patients.

Community health workers : ces médiateurs en santé travaillent au sein de leur communauté pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Ils peuvent fournir un aide éducative et apporter un soutien aux individus et aux familles, mettre les gens en contact avec les structures de santé et défendre les initiatives de santé communautaire. L'objectif est une nouvelle fois d'améliorer l'accès aux soins pour tous.

Patient advocacy : ce sont des individus ou des organisations défendent les droits et les intérêts des patients. Il peut s'agir de fournir des informations et un soutien aux patients et à leurs familles, de plaider en faveur de changements de politique pour améliorer les soins aux patients et de veiller à ce que les patients aient accès aux soins et aux ressources dont ils ont besoin. L'objectif de la défense des intérêts des patients est de veiller à ce que les patients reçoivent des soins de haute qualité et soient traités avec respect et dignité.

2. Quels publics sont ciblés par les actions de médiation en santé dans votre pays⁹³?

Le point de départ des actions de médiation en santé s'inscrit dans la pratique de Patient Navigation à destination de patients atteints du cancer⁹⁴. Le tout premier programme remonte à 1990 et a été mis en place par le Dr Harold Freeman. À la suite de ces découvertes et après avoir reçu le soutien de l'American Cancer Society, Harold P. Freeman a lancé ce dernier au sein du Harlem Hospital Center à New York. Le programme a ouvert la voie un programme similaire cette fois-ci lancé en 2005 par l'American Society Cancer.

Dès lors, les initiatives de médiation en santé aux États-Unis se sont attelées à cibler des publics plus divers et à fournir un accès aux services de santé en particulier à des populations marginalisées afin d'améliorer l'accès aux soins pour tous :

Les populations à faibles revenus : pour fournir un accès aux services et ressources de santé aux populations à faible revenu qui peuvent être confrontées à des obstacles en matière de soins de santé en raison de contraintes financières. Le Community Health Advocacy and Mediation Program (CHAMP) est un programme de médiation en matière de santé qui apporte une aide aux personnes et aux familles à faibles revenus de la ville de New York qui ont du mal à accéder aux services de santé en raison d'obstacles financiers. CHAMP⁹⁵ est géré par le New York Legal Assistance Group (NYLAG), une organisation à but non lucratif qui fournit des services juridiques gratuits aux personnes et familles à faibles revenus. Le programme est animé par des avocats et des défenseurs de la santé qui travaillent avec les patients pour les aider à s'orienter dans le système de santé complexe et à accéder aux soins dont ils ont besoin. Parmi leurs missions : aider les patients à comprendre leur couverture d'assurance et leur éligibilité aux programmes d'aide gouvernementaux tels que Medicaid et Medicare ou encore fournir des informations et orienter les patients vers des services médicaux, tels que les soins primaires, les soins spécialisés et les services de santé mentale.

⁹³ <https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/reducing-disparities-health-care>

⁹⁴ History of Patient Navigation - <https://navigationroundtable.org/history-of-patient-navigation/>

⁹⁵ Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project - <https://www.cssny.org/programs/entry/champ#:~:text=CHAMP%20is%20the%20New%20York%20State%20independent%20health,coverage%20for%20substance%20use%20and%20mental%20health%20treatment.>



Etats-Unis :

Les populations minoritaires : cibler les populations minoritaires qui peuvent être confrontées à des disparités et des inégalités en matière de santé, telles que les Afro-Américains, les Latinos et les Amérindiens. Le Healthcare Equality Project⁹⁶ (HEP) est un programme de médiation en matière de soins de santé qui s'adresse aux minorités confrontées à des disparités dans l'accès aux services et aux ressources de soins de santé. HEP est le fruit d'une collaboration entre la National Medical Association (NMA) et la National Bar Association (NBA). Le programme fournit des services juridiques et de défense des soins de santé aux communautés mal desservies, en mettant l'accent sur les besoins des minorités en matière de soins de santé, notamment les Afro-Américains, les Latinos, les Amérindiens et les Américains d'origine asiatique.

Populations immigrées : viser les populations immigrées qui peuvent être confrontées à des barrières linguistiques, à des différences culturelles et à un accès limité aux services de santé. L'Immigrant Health Advocacy Project (IHAP) est un programme de médiation en matière de soins de santé qui offre un soutien et une défense aux immigrants aux États-Unis qui sont confrontés à des obstacles dans l'accès aux services de soins de santé. L'IHAP est un programme du New York Legal Assistance Group (NYLAG), une organisation à but non lucratif qui fournit des services juridiques gratuits aux personnes et aux familles à faibles revenus.

Populations âgées : cibler les populations âgées qui peuvent être confrontées à des problèmes de santé liés à l'âge et nécessiter des soins et un soutien spécialisés. Le Senior Medicare Patro⁹⁷ (SMP) est un programme de médiation en santé qui fournit des services d'éducation et de défense aux personnes âgées inscrites à Medicare.

Populations rurales : fournir des services et des ressources en matière de santé aux populations rurales qui peuvent avoir un accès limité aux soins de santé en raison de leur isolement géographique. Le Rural Health Information Hub⁹⁸ (RHHub) est un programme de médiation en matière de soins de santé qui fournit des ressources et un soutien aux personnes et aux organisations qui s'efforcent d'améliorer l'accès aux soins de santé et les résultats dans les communautés rurales à travers les États-Unis.

Personnes souffrant de maladies chroniques : cibler les personnes souffrant de maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension et le cancer, qui peuvent avoir besoin d'un soutien et d'une gestion continue pour préserver leur santé. Le Chronic Disease Self-Management Program⁹⁹ (CDSMP) est un programme de médiation en matière de soins de santé qui offre une éducation et un soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies cardiaques et l'arthrite. Le CDSMP est un programme du Centre de recherche sur l'éducation des patients de l'université de Stanford, et il est dispensé dans des lieux communautaires, tels que les centres pour personnes âgées, les hôpitaux et les centres communautaires.

3. Quel volume de personnes sont à votre connaissance accompagnées par des actions de médiation en santé dans votre pays ?

Le nombre exact de personnes bénéficiant de la médiation en santé n'est pas connu, car il n'existe pas de base de données centrale qui permette de suivre cette information. Toutefois, la médiation en santé est une pratique courante aux États-Unis.

⁹⁶ HEP - <https://www.hepmag.com/directory/provider/national-medical-association>

⁹⁷ SMP - <https://www.smpresource.org/Content/What-SMPs-Do.aspx>

⁹⁸ RHHub - <https://www.ruralhealthinfo.org/>

⁹⁹ CDSMP - <https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/programs/cdsmp.htm>



Etats-Unis :

Selon [un rapport de la National Association of Community Health Centers](#), les structures de santé ont fourni des soins à plus de 30 millions de patients en 2021, dont une part importante à des populations marginalisées ont pu bénéficier de l'aide de médiateurs en santé.

II/ LES PROFESSIONNELS DE LA MEDIATION EN SANTE

4. Quels sont les profils, compétences et volume des professionnels de la médiation en santé¹⁰⁰ ?

Aux États-Unis, les professionnels de la médiation en santé ont généralement une formation en lien avec la santé, dans le domaine social ou des domaines connexes et possèdent un éventail de compétences et de connaissances pour aider les patients à naviguer dans le système de soins de santé.

Volume de professionnels :

Aucune donnée chiffrée n'indique le volume de professionnels consacrés à la médiation en santé aux États-Unis pour le moment. Cependant, selon le Bureau of Labor Statistics¹⁰¹, environ 182 000 travailleurs sociaux de la santé étaient employés aux États-Unis sur la période 2021-2022. Cette catégorie comprend les travailleurs sociaux qui travaillent dans le secteur de la santé et fournissent des services de médiation en santé, ainsi que ceux qui travaillent dans d'autres secteurs tels que les agences gouvernementales, les organisations à but non lucratif et les écoles. Toutefois, ce nombre peut ne pas inclure tous les travailleurs de médiation en santé car un nombre non négligeable de travailleurs sont en réalité bénévoles.

Profils :

Professionnels de la santé : formation dans le domaine de la santé, comme les infirmières, les travailleurs sociaux ou les gestionnaires de cas. Ils peuvent avoir des connaissances sur les différents problèmes de santé, les traitements et les médicaments, ainsi que sur le système de santé.

Professionnels du droit : Certains professionnels de la médiation en matière de santé peuvent avoir une formation juridique, comme les avocats ou les assistants juridiques. Ils peuvent aider les patients à s'y retrouver dans les questions juridiques liées aux soins de santé, telles que la facturation médicale et les demandes d'indemnisation.

Compétences recherchées :

Compétences en matière de communication et de défense des intérêts : Les professionnels de la médiation en santé doivent être des communicateurs efficaces, capables de parler au nom de leurs clients et de défendre leurs besoins. Ils doivent être capables de communiquer des informations médicales complexes d'une manière compréhensible pour les patients et de négocier avec les prestataires de soins de santé pour s'assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles.

Compétence culturelle : Les professionnels de la médiation en matière de santé doivent comprendre les différences culturelles et être capables de travailler avec des patients d'origines diverses.

Empathie et compassion : faire preuve d'empathie et de compassion à l'égard de patients, en comprenant les difficultés physiques, émotionnelles et financières auxquelles ils peuvent être confrontés.

Aptitude à résoudre les problèmes et à prendre des décisions : être capables d'identifier les problèmes et de trouver des solutions rapidement, souvent dans des conditions stressantes.

¹⁰⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>

¹⁰¹ <https://www.bls.gov/oes/current/oes211022.htm>



Etats-Unis :

Connaissance des ressources de santé : connaître les ressources en matière de santé dans leurs communautés, y compris les programmes gouvernementaux, les organisations à but non lucratif et les groupes de soutien.

5. Certains exercent-ils cette fonction de médiation en santé en tant que pairs des personnes accompagnées ? (ex : des personnes qui sont rétablies ou en voie de rétablissement avancé de problématiques de santé mentale et qui accompagnent des personnes concernées par les mêmes problématiques)

Les peer-support workers travaillent au sein d'une équipe de soins de santé et sont employés dans divers contextes, notamment dans les hôpitaux, les cliniques et les organisations communautaires. Aux États-Unis, le recours aux pairs aidants dans le secteur de la santé s'est accru ces dernières années, en particulier dans le domaine de la santé mentale. La loi sur les soins abordables (Affordable Care Act), adoptée en 2010, comprend des dispositions visant à promouvoir l'intégration des services de soutien par les pairs dans le système de soins de santé¹⁰².

En outre, de nombreux États ont mis en place des programmes de certification pour les pairs aidants afin de s'assurer qu'ils reçoivent une formation appropriée et qu'ils sont qualifiés pour fournir des services de soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ces programmes comprennent généralement une formation en classe et une expérience sur le terrain. La recherche a montré que les peer-support workers peuvent être un moyen efficace d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie, notamment en réduisant les hospitalisations et en améliorant la qualité de vie.

6 et 7. Ces professionnels sont-ils organisés suivant une logique de gradation (niveau 1, niveau 2). Existe-t-il des formations spécifiques, modalités de valorisation de l'expérience pour l'ensemble ou pour certains de ces professionnels ? Si oui, précisez. Si non, pourquoi et est-ce une demande des parties¹⁰³ ?

Non. Le rôle des peer-support workers est plutôt axé sur le soutien, la défense et le partage d'expériences personnelles afin d'aider les individus dans leur parcours de rétablissement. De nombreux travailleurs sociaux occupent des postes de débutants et peuvent évoluer vers des fonctions plus importantes au sein de leur organisation. Toutefois, l'évolution de carrière des médiateurs en santé pairs est souvent moins axée sur les voies de promotion traditionnelles que sur les possibilités d'acquérir des compétences et des responsabilités supplémentaires dans leur domaine d'expertise.

Cela dit, certains États et organisations ont mis en place des programmes de certification pour les pairs aidants, qui peuvent offrir différents niveaux ou paliers de certification en fonction de l'expérience et de la formation. Ces certifications peuvent contribuer à établir des normes minimales pour les qualifications des travailleurs et peuvent offrir des possibilités de développement professionnel supplémentaire et d'évolution de carrière. Le programme Certified Peer Specialist¹⁰⁴ (CPS) est, par exemple, un programme de certification qui offre une formation et une accréditation dédiées aux peer-support workers pour aider les personnes vivant avec des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances. Le programme CPS est proposé par l'International Association of Peer Supporters (iNAPS) et repose sur un ensemble national de compétences développées par des experts en santé mentale et en soutien par les pairs. Le programme comprend une formation en classe et en ligne, ainsi qu'un stage supervisé au cours duquel les participants acquièrent de

¹⁰² http://peersforprogress.org/pfp_blog/the-affordable-care-act-and-peer-support/

¹⁰³ <https://www.samhsa.gov/brss-tacs/recovery-support-tools/peers/core-competencies-peer-workers>

¹⁰⁴ CPS - <https://www.mhanational.org/peer-workforce>



Etats-Unis :

l'expérience dans la prestation de services de soutien par les pairs. Le programme couvre des sujets tels que la santé mentale et les troubles liés à l'utilisation de substances, les pratiques axées sur le rétablissement, les soins tenant compte des traumatismes et les normes éthiques et professionnelles. Pour obtenir la certification de CPS, les personnes doivent passer un examen écrit et démontrer qu'elles sont capables de fournir des services de soutien par les pairs. Une fois certifiés, les CPS sont tenus de suivre une formation continue et d'être supervisés pour conserver leur certification.

L'état de New Mexico propose aussi son propre programme intitulé Certified Peer Support Worker¹⁰⁵ (CPSW).

III/ ORGANISATION / FONCTIONNEMENT / EVALUATION

8. Quelles sont les spécificités de la médiation en santé par rapport au reste du système de soins, notamment au regard de l'accueil et de la prise en charge des personnes, des modalités de travail entre professionnels ?

La médiation en santé aux États-Unis peut faire référence à plusieurs types de processus de résolution des conflits comme l'arbitrage, la négociation et la médiation. Cependant, la médiation est souvent utilisée pour résoudre des conflits entre patients et prestataires de soins de santé, ou entre les prestataires de soins de santé eux-mêmes. Dans le système de santé américain, la médiation est généralement volontaire et non contraignante. Les parties ne sont pas obligées d'y participer et tout accord conclu au cours de la médiation n'est pas juridiquement exécutoire.

L'une des principales spécificités de la médiation en santé aux États-Unis est l'accent mis sur une approche patient-centered care. La médiation est souvent utilisée pour résoudre des conflits résultant de désaccords sur les options de traitement, les factures médicales ou d'autres questions liées aux soins prodigués aux patients. L'objectif de la médiation dans ces cas est de s'assurer que les besoins et les préférences du patient sont pris en compte et qu'il a son mot à dire dans le processus de prise de décision.

Une autre spécificité de la médiation en santé aux États-Unis est l'implication d'équipes interdisciplinaires. Dans de nombreux cas, la médiation peut impliquer une équipe de professionnels de différentes disciplines, tels que des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et des experts juridiques. Cette approche interdisciplinaire peut contribuer à garantir que tous les aspects de la prise en charge du patient sont pris en compte et que les parties concernées sont en mesure de travailler ensemble pour trouver une solution mutuellement acceptable.

En ce qui concerne les méthodes de travail entre professionnels, la médiation en santé est souvent facilitée par un médiateur tiers neutre, formé à la résolution des conflits et connaissant le système de soins de santé. Le rôle du médiateur est de faciliter la communication entre les parties, d'identifier les points communs et de les aider à trouver une solution acceptable pour toutes les parties concernées.

Ainsi, les spécificités de la médiation en santé reflètent une tendance du système de santé américain à tendre vers l'autonomisation du patient et une prise de décision en collaborative.

9. Les personnes accompagnées participent-elles à l'organisation ou à la réflexion sur leur propre accompagnement? Si oui, exposez suivant quelles modalités¹⁰⁶.

¹⁰⁵

CPSW

-

<https://nmcbbhp.org/certified-peer-support-worker-cpsw/#:~:text=The%20Certified%20Peer%20Support%20Worker%20%28CPSW%29%20training%20program,wellness%20to%20help%20others%20in%20their%20recovery%20process.>

¹⁰⁶ <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>



Etats-Unis :

Oui, les personnes qui bénéficient d'une médiation en santé aux États-Unis participent généralement à l'organisation et à la réflexion sur leur propre accompagnement. Les soins centrés sur le patient sont un principe clé du système de santé américain, et la médiation est souvent utilisée comme un moyen de s'assurer que les patients ont leur mot à dire dans le processus de prise de décision relatif à leurs propres soins.

Au cours du processus de médiation, les patients sont encouragés à faire part de leurs préoccupations, de leurs préférences et de leurs besoins, et à participer activement à la recherche de solutions aux problèmes qui se posent. Le médiateur travaillera avec le patient et les autres parties concernées pour faciliter la communication et veiller à ce que les points de vue de chacun soient entendus.

En outre, les patients peuvent participer à la planification et à l'organisation de leur propre accompagnement, en particulier lorsque la médiation est utilisée pour résoudre des conflits liés à des options de traitement ou à des plans de soins. Dans ce cas, l'avis du patient est essentiel pour garantir que l'accompagnement est adapté à ses besoins et préférences spécifiques.

IV/ FINANCEMENTS¹⁰⁷

10. Les personnes accueillies bénéficient-elles d'un accompagnement (cochez la/les cases) :

Gratuite / partiellement gratuite¹⁰⁸ : Cela dépend du programme de médiation en santé et du lieu où il est proposé. Certains programmes de médiation en matière de soins de santé sont proposés gratuitement aux patients, tandis que d'autres peuvent être payants ou couverts par une assurance.

Gratuit : La Patient Advocate Foundation (PAF) est une organisation à but non lucratif qui fournit des services gratuits de médiation en santé aux personnes qui ont des difficultés à accéder aux services de soins de santé ou à les payer. La PAF s'occupe de patients souffrant de divers problèmes de santé, notamment le cancer, les maladies chroniques et rares, et les maladies génétiques. L'organisation travaille avec les prestataires de soins de santé, les assureurs et les agences gouvernementales pour s'assurer que les patients reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin.

Payant : Le programme de Patient Navigation¹⁰⁹ proposé par l'American Cancer Society (ACS) est un exemple de programme payant. Ce programme offre un soutien aux patients atteints de cancer tout au long de leur parcours de soins. Il est conçu pour aider les patients à surmonter les obstacles aux soins, tels que les difficultés financières, les problèmes de transport et les barrières linguistiques. Le programme fournit également un soutien émotionnel et des ressources pour aider les patients à faire face aux défis posés par un diagnostic de cancer. Le coût du programme peut varier en fonction de la situation géographique et du niveau de soutien fourni. Dans de nombreux cas, l'assurance peut couvrir une partie ou la totalité des coûts.

11. Quels sont les postes les plus coûteux ?

Il n'existe pas de données chiffrées des postes les plus coûteux. Cependant, le rapport coût-efficacité des programmes de médiation en matière de santé peut dépendre de divers facteurs, notamment de la conception spécifique du programme, des populations desservies et des résultats obtenus.

¹⁰⁷ <https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy-2023-phssec-cj.pdf>

¹⁰⁸ <https://mdujournal.themdu.com/issue-archive/spring-2022/identifying-and-resolving-conflicts-in-clinical-practice>

¹⁰⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208113000144#:~:text=The%20ACS%20is%20committed%20to%20patient%20navigation%2C%20exemplified,delaiver%20assistance%20to%20patients%20where%20they%20received%20treatment.>



Etats-Unis :

Certains programmes de médiation peuvent cependant engendrer des coûts non négligeables aux structures de soins de santé :

Programmes de médiation médico-légale : Ces programmes réunissent des prestataires de soins de santé et des professionnels du droit pour aider les patients à résoudre les problèmes juridiques qui peuvent affecter leur santé, tels que les problèmes de logement ou d'immigration. Selon un rapport du [National Center for Medical-Legal Partnership](#), il a été démontré que les programmes de médiation médico-légale améliorent l'état de santé des patients et réduisent les coûts des soins de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

Programmes de médiation en milieu hospitalier : Ces programmes offrent des services de médiation aux patients et aux familles qui rencontrent des conflits liés à leurs soins médicaux, tels que des désaccords sur les décisions de traitement ou les soins de fin de vie. Selon une étude publiée dans le [Journal of General Internal Medicine](#), il a été démontré que les programmes de médiation en milieu hospitalier améliorent la satisfaction des patients et réduisent la probabilité de poursuites judiciaires, ce qui peut entraîner des économies pour les organismes de santé.

Programmes de médiation par télésanté : Ces programmes utilisent la technologie pour fournir des services de médiation aux patients qui ne sont pas en mesure d'accéder à des services de médiation en personne, comme ceux qui vivent dans des zones rurales ou qui ont des problèmes de mobilité. Selon une étude publiée dans le [Journal of Medical Internet Research](#), les programmes de médiation par télésanté se sont révélés efficaces pour résoudre les conflits et améliorer l'accès aux soins pour tous.

12. De quelles aides financières bénéficient les structures, collectifs réalisant de la médiation en santé¹¹⁰ ?

Les structures de santé ayant recours à la médiation en santé peuvent bénéficier de plusieurs aides financières, en fonction de leur localisation et de la nature de leur travail. On y trouve :

Les subventions : Il existe de nombreux organismes qui financent des groupes travaillant dans le domaine de la médiation en santé. Par exemple, l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) appartenant au Department of Labour (DoL) accorde des subventions aux organisations qui élaborent et mettent en œuvre des programmes de sécurité et de santé au travail, qui peuvent inclure des services de médiation en matière de santé. En outre, des fondations privées et des organisations philanthropiques peuvent aussi faire des donations pour soutenir les programmes de médiation en santé.

Les conventions : Les structures et groupes de médiation en santé peuvent être en mesure d'obtenir des conventions avec des employeurs, des syndicats ou d'autres organisations pour fournir leurs services. Ces contrats peuvent constituer une source fiable de revenus et être renouvelables dans le temps.

Remboursements d'assurance : Certains services de médiation en matière de santé peuvent être couverts par les régimes d'assurance maladie, et les structures et groupes qui offrent ces services peuvent être en mesure de recevoir des remboursements de la part des compagnies d'assurance.

Programmes gouvernementaux : Dans certains cas, des programmes gouvernementaux peuvent apporter un soutien financier aux services de médiation en matière de santé. Par exemple, aux États-Unis, les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) peuvent rembourser certains services de médiation en matière de santé.

¹¹⁰ <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022>



Etats-Unis :

13. Certaines de ces aides sont-elles octroyées pour une période pluriannuelle¹¹¹ ?

L'octroi d'un soutien financier à la médiation en santé aux États-Unis peut varier en fonction du programme ou de l'organisation qui l'offre. Certains programmes peuvent offrir un soutien financier sur une base pluriannuelle, tandis que d'autres peuvent offrir un soutien sur une base annuelle ou projet par projet.

Par exemple, les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) offrent des subventions pour soutenir la mise en place de programmes d'assistance à l'assurance maladie dans les États (SHIP) qui fournissent des conseils, des informations et une assistance en matière d'assurance maladie aux bénéficiaires de Medicare et à leurs familles. Ces subventions sont généralement accordées sur une base annuelle et peuvent être renouvelées pour une période maximale de trois ans.

De même, le Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) propose des possibilités de financement pour la recherche qui compare l'efficacité de différentes interventions en matière de soins de santé. Les subventions du PCORI sont généralement accordées sur une base pluriannuelle, la plupart d'entre elles ayant une durée de deux à cinq ans.

14. En cas de difficultés financières, existent-ils des mesures mises en œuvre ou en cours visant à les résoudre à terme ? Si oui lesquelles ?

Si les structures de médiation en santé rencontrent des difficultés financières, les mesures mises en œuvre peuvent varier en fonction des sources de financement du programme et de la gravité des problèmes financiers. Dans certains cas, les programmes peuvent être amenés à réduire leurs services ou leur personnel, à rechercher des financements supplémentaires auprès d'autres sources ou à restructurer leurs activités pour améliorer leur rentabilité. Certains programmes peuvent également solliciter l'aide d'experts ou de consultants financiers pour les aider à identifier les moyens d'améliorer leur stabilité financière.

Dans certains cas, les programmes de médiation en santé peuvent être amenés à fermer ou à fusionner avec d'autres organisations s'ils ne parviennent pas à obtenir un financement adéquat. Dans ce cas, des efforts sont généralement faits pour s'assurer que les clients desservis par le programme reçoivent des soins et un soutien continu grâce à d'autres ressources disponibles. Le Community Health Access Program (CHAP) de l'État de Washington est un exemple de programme de médiation en santé supprimé. CHAP était un programme qui aidait les personnes non assurées et sous-assurées à accéder aux services de santé, y compris les soins médicaux et dentaires, les services de santé mentale et les médicaments sur ordonnance.

CHAP a été créé en 2009 dans le cadre des efforts de l'Autorité des soins de santé de l'État de Washington pour élargir l'accès aux services de santé aux personnes et familles à faible revenu. Cependant, en raison de coupes budgétaires en 2011¹¹², le programme a été annulé. L'annulation de CHAP a suscité de nombreuses critiques de la part des défenseurs des soins de santé et des organisations communautaires, qui ont fait valoir que le programme apportait un soutien essentiel aux populations vulnérables qui, autrement, n'auraient pas accès aux services de soins de santé. L'annulation du programme CHAP a mis en évidence les difficultés persistantes à fournir des services de santé abordables et accessibles aux populations à faibles revenus et mal desservies aux États-Unis. Malgré l'annulation de CHAP, il existe d'autres programmes de médiation en matière de soins de santé et d'autres ressources disponibles dans l'État de Washington et dans l'ensemble des États-Unis pour aider les personnes à accéder aux services de santé et à s'orienter dans le système de santé. Il s'agit

¹¹¹ <https://www.cms.gov/Medicare/Fraud-and-Abuse/BeneComplaintRespProg/Downloads/3a.pdf>

¹¹² <https://www.americanprogress.org/article/cuts-to-community-health-centers-harm-communities-of-color-the-most/>



Etats-Unis :

notamment de programmes proposés par des prestataires de soins de santé, des organisations communautaires et des agences gouvernementales.

V/ GOUVERNANCE et ARTICULATION

15. Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé publics nationaux ?

Si la médiation en matière de soins de santé n'est pas encore intégrée aux programmes nationaux de santé publique aux États-Unis, il existe plusieurs initiatives visant à promouvoir son utilisation et à soutenir son développement.

L'une de ces initiatives est la création de programmes de médiation en santé au niveau étatique. De nombreux États ont mis en place des programmes qui fournissent des services de médiation aux patients et aux prestataires de soins de santé afin d'aider à résoudre les litiges liés aux services de soins de santé. Ces programmes sont souvent financés par les gouvernements des États et sont mis à la disposition des individus gratuitement ou pour une faible somme.

A titre d'exemple, le programme Maryland Health Care Commission's Health Care Consumer Support Program¹¹³ est un programme de médiation en santé qui offre une assistance gratuite aux habitants du Maryland qui cherchent à souscrire une assurance maladie, qui ont des questions sur leur couverture d'assurance maladie existante ou qui ont besoin d'aide pour résoudre des problèmes avec leurs prestataires de soins de santé.

En outre, plusieurs organisations nationales encouragent le recours à la médiation en santé et soutiennent les médiateurs dans ce domaine. Par exemple, l'American Health Lawyers Association (AHLA) dispose d'un service de médiation et de résolution des conflits dans le domaine de la santé qui propose un annuaire des médiateurs et des ressources pour les professionnels de la santé et les patients. La National Academy of Distinguished Neutrals dispose également d'un programme de médiation dans le domaine de la santé qui permet d'accéder à des médiateurs expérimentés spécialisés dans les litiges liés à la santé.

Malgré ces initiatives, la médiation en santé reste encore une ressource sous-utilisée aux États-Unis. Cela est dû en partie à un manque de connaissance de sa disponibilité et des avantages qu'elle peut offrir dans la résolution des litiges en matière de soins de santé. Ainsi, les efforts visant à intégrer la médiation en matière de soins de santé dans les programmes nationaux de santé publique pourraient nécessiter une éducation et une sensibilisation accrues des patients et des prestataires de soins de santé à la valeur de la médiation dans la résolution des conflits et l'amélioration des résultats pour les patients.

16. Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé locaux/territoriaux¹¹⁴ ?

Aux États-Unis, la médiation en santé est souvent intégrée dans les programmes de soins de santé locaux et territoriaux par le biais de diverses initiatives et programmes. L'une de ces initiatives est le Mediation Program for Health Care Providers, proposé par le National Health Law Program (NHeLP). Ce programme offre aux prestataires de soins de santé une formation sur la manière de communiquer efficacement avec les patients et de résoudre les litiges liés aux soins de santé d'une manière non conflictuelle. Le programme offre également des ressources et un soutien aux prestataires de soins de santé qui souhaitent intégrer la médiation en santé dans leur pratique.

¹¹³ <https://mhcc.maryland.gov/mhcc/default.aspx>

¹¹⁴ <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/pm-mp/p4.html>



Etats-Unis :

Une state-level legislation est un autre moyen d'intégrer la médiation en matière de santé dans les programmes de santé locaux et territoriaux. Certains États ont adopté des lois obligeant les prestataires de soins de santé à proposer la médiation ou d'autres formes de règlement extrajudiciaire des litiges aux patients victimes d'erreurs médicales ou d'autres problèmes liés aux soins de santé.

Outre ces initiatives et programmes, de nombreux prestataires et organismes de soins de santé ont intégré la médiation sanitaire dans leurs propres politiques et procédures. Par exemple, certains hôpitaux et systèmes de santé ont mis en place des programmes de médiation interne pour aider à résoudre les conflits entre les patients et les prestataires de soins.

17. Existe-t-il des instances de gouvernance spécifique à la médiation en santé ou à la médiation au sens large (qui inclurait la médiation en santé) ?

Aux États-Unis, il n'existe pas d'organisme centralisé pour régir la médiation. La médiation est généralement régie par les lois et réglementations des États, et chaque État peut avoir ses propres exigences en matière de procédures de médiation et de médiateurs. Certains États ont mis en place des programmes de certification pour les médiateurs, qui exigent généralement un certain niveau d'éducation, de formation et d'expérience en matière de médiation. En outre, il existe bien des structures de gouvernance spécifiques de médiation en santé aux États-Unis :

American Health Lawyers Association (AHLA) : propose un programme de médiation en santé qui offre une procédure rentable, efficace et confidentielle pour résoudre les litiges liés aux services de santé.

American Arbitration Association (AAA) : propose des services de médiation en santé par le biais de son programme de résolution des litiges en lien avec la santé. Ce programme est conçu pour aider les parties à résoudre les litiges liés aux services de santé de manière rapide et rentable.

Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) : propose des services de médiation en santé pour aider à résoudre les litiges liés aux services Medicare et Medicaid.

State regulatory agencies : de nombreux États disposent d'agences réglementaires qui proposent des services de médiation en santé pour aider à résoudre les litiges liés aux services de santé.

18. Les professionnels de la médiation en santé s'articulent-ils avec les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux)¹¹⁵ ? Si oui, suivant quelles modalités ? Si non, pourquoi ?

Les professionnels de la médiation en santé aux États-Unis travaillent souvent avec d'autres professionnels tels que les prestataires de soins de santé, les travailleurs sociaux et d'autres membres de l'équipe de soins de santé.

Les médiateurs de santé peuvent travailler avec des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues et d'autres professionnels de la santé pour les aider à communiquer plus efficacement avec les patients et à résoudre les conflits qui peuvent survenir. Ils peuvent également travailler avec des membres de la famille ou des soignants et médiateurs pour aider les patients à s'orienter dans le parcours de soins de soins et à comprendre leurs droits et leurs responsabilités.

Dans certains cas, les médiateurs en santé peuvent travailler au sein d'équipes interdisciplinaires comprenant des professionnels de différents domaines, tels que des juristes, des éthiciens ou des défenseurs des patients, afin d'aider à résoudre des problèmes complexes liés aux soins de santé. Cette approche interdisciplinaire peut s'avérer particulièrement utile dans les cas impliquant une prise de décision médicale, des soins de fin de

¹¹⁵ <https://www.cairn-int.info/journal-rhizome-2020-1-page-184.htm>



Etats-Unis :

vie ou d'autres situations où des perspectives et des expertises différentes sont nécessaires pour parvenir à une résolution.

19. La médiation en santé est-elle acceptée et reconnue par les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux)¹¹⁶ ? Si oui, quels sont les éléments de son acceptabilité par les professionnels ? Si non, quels sont les freins majeurs ?

La médiation en santé est généralement acceptée et reconnue par les professionnels de santé aux États-Unis, notamment par les prestataires de soins de santé et les travailleurs sociaux. La médiation peut être un outil précieux pour résoudre les différends et les conflits qui surviennent dans les établissements de soins, notamment entre les patients et leurs familles, entre les patients et les prestataires de soins, ou entre les prestataires de soins eux-mêmes. La médiation peut contribuer à améliorer la communication, à instaurer la confiance et à faciliter des solutions créatives qui répondent aux besoins de toutes les parties concernées.

A titre d'exemple, Le Physician-Patient Alliance for Health & Safety¹¹⁷ (PPAHS) est, selon une acception large du concept, un exemple de programme de médiation accepté et reconnu par les médecins aux États-Unis. La PPAHS est une organisation à but non lucratif qui s'efforce d'améliorer la sécurité des patients en fournissant des ressources et un soutien aux professionnels de santé. L'une des principales initiatives de la PPAHS est la publication des OB VTE Safety Recommendations, qui sont des lignes directrices fondées sur des données probantes pour la prévention des caillots sanguins chez les patientes des services d'obstétrique et de gynécologie. Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec des experts médicaux de premier plan et sont largement acceptées et reconnues par les médecins et autres professionnels de la santé aux États-Unis. La PPAHS fournit également une gamme de ressources et de soutien aux professionnels de la santé, y compris du matériel éducatif, des cours de formation en ligne et des webinaires sur des sujets liés à la sécurité des patients. L'organisation a été reconnue par un certain nombre d'organisations de santé de premier plan, dont l'American Society of Anesthesiologists et la Joint Commission, pour ses efforts visant à améliorer la sécurité des patients et à promouvoir des pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine des soins de santé.

Dans ce contexte, de nombreux organismes de soins de santé, y compris des hôpitaux, des cliniques et des établissements de soins de longue durée, ont mis en place des programmes de médiation ou ont formé des membres de leur personnel aux techniques de médiation. En outre, de nombreux professionnels de la santé, y compris les travailleurs sociaux et les infirmières, ont reçu une formation à la médiation dans le cadre de leur éducation ou de leur développement professionnel.

Il convient toutefois de noter que l'acceptation et la reconnaissance de la médiation en matière de soins de santé peuvent varier en fonction de l'établissement de santé et des personnes concernées. Certains prestataires de soins et organisations peuvent être plus familiers et plus à l'aise avec la médiation que d'autres. Il est donc important d'évaluer les circonstances particulières de chaque situation et de déterminer si la médiation est appropriée et faisable pour les parties concernées.

¹¹⁶ <https://www.hkmj.org/abstracts/v21n6/560.htm>

¹¹⁷ <https://ppahs.org/clinical-tools-checklists-recommendations/#:~:text=The%20OB%20VTE%20Safety%20Recommendations%20provide%20four%20con,provided%20appropriate%20VTE%20prevention%20education%20upon%20hospital%20discharge.>



Etats-Unis :

L'acceptabilité de la médiation en matière de santé par d'autres professionnels peut dépendre de plusieurs facteurs, notamment :

Le cadre juridique et réglementaire : si la médiation en matière de soins de santé est reconnue et soutenue par l'État ou la législation fédérale, elle peut être plus largement acceptée par les professionnels de la santé.

Formation et qualifications des médiateurs : les professionnels de la santé peuvent être plus enclins à faire confiance et à accepter les médiateurs qui ont une expérience et une formation dans le domaine de la santé.

Disponibilité des services de médiation en matière de soins de santé : si les professionnels de la santé et les patients ont facilement accès aux services de médiation, ils seront plus enclins à les utiliser.

Facteurs culturels : certains professionnels de santé et patients peuvent être plus à l'aise avec une approche collaborative de la résolution des litiges, tandis que d'autres peuvent préférer une approche plus conflictuelle.

Avantages perçus de la médiation en matière de soins de santé : si les professionnels de la santé et les patients pensent que la médiation peut les aider à résoudre leurs différends de manière plus efficace que d'autres méthodes, ils seront plus enclins à utiliser ce processus.

Respect de la vie privée et de la confidentialité : les professionnels de la santé et les patients peuvent être plus enclins à recourir à la médiation s'ils pensent que leurs conversations resteront confidentielles et ne seront pas utilisées contre eux de quelque manière que ce soit.

VI/ EVALUATION

20. Les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font-ils l'objet d'une évaluation¹¹⁸ ? Si oui par qui (institutionnels, associations, chercheurs...) ? Quels sont les résultats de ces évaluations¹¹⁹ ? Ces évaluations sont-elles le corollaire de financement public ?

Diverses institutions et organisations ont participé à l'évaluation des effets sanitaires et sociaux de la médiation en matière de soins de santé. Il s'agit notamment de centres de recherche universitaires, d'organisations de soins de santé et d'associations professionnelles telles que l'American Bar Association et l'American Health Lawyers Association.

Les résultats des évaluations de la médiation en matière de soins de santé sont mitigés. Certaines études ont montré que la médiation peut faciliter la communication entre les patients et les prestataires de soins, accroître la satisfaction des patients et conduire à amélioration de l'état de santé des patients. D'autres études ont montré que la médiation peut ne pas être efficace dans tous les cas et que les résultats peuvent dépendre de facteurs tels que le type de litige faisant l'objet de la médiation, les participants impliqués et la formation et l'expérience du médiateur.

Plusieurs évaluations de l'utilisation de médiateurs de santé dans des populations ou des contextes spécifiques ont été menées. Par exemple, une étude publiée dans le Journal of Immigrant and Minority Health en 2018¹²⁰ a révélé que les médiateurs de santé peuvent contribuer à améliorer la communication entre les prestataires de soins de santé et les patients immigrés ayant une maîtrise limitée de l'anglais, ce qui conduit à une meilleure satisfaction des patients et à une meilleure adhésion aux parcours de soins.

Une autre étude publiée dans le Journal of Health Care for the Poor and Underserved¹²¹ en 2019 évalue l'utilisation des médiateurs de santé dans un centre de santé communautaire desservant principalement des

¹¹⁸ <https://bmjopen.bmj.com/content/12/9/e062051>

¹¹⁹ <https://bulletin.facs.org/2013/03/medical-mediation/>

¹²⁰ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-017-0677-2>

¹²¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31422991/>



Etats-Unis :

patients à faible revenu et hispaniques. L'étude a révélé que l'utilisation de médiateurs de santé était associée à une amélioration de la satisfaction des patients, à un engagement accru des patients dans les soins de santé et à une réduction des coûts des soins de santé.

Certaines évaluations de la médiation en matière de soins de santé ont été financées par des sources publiques, telles que des subventions des National Institutes of Health (NIH) ou d'autres agences gouvernementales. Toutefois, de nombreuses évaluations sont également financées par des sources privées, telles que des organisations de soins de santé ou des fondations.

Malgré ces résultats prometteurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement les effets de la médiation sanitaire sur les soins de santé. Des études de plus grande envergure examinant l'efficacité de la médiation en santé dans différentes populations et différents contextes sont nécessaires pour mieux comprendre comment cette approche peut être utilisée pour améliorer les résultats en matière de santé et réduire les disparités en matière de soins de santé.

21. Quelles sont les facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé¹²² ?

Les caractéristiques de la médiation en santé s'articulent avec des actions de sensibilisation du public et de patient navigation dans le système de santé américain, ainsi que des actions de mobilisation, d'engagement et de collaboration des acteurs locaux entre eux et avec les populations. La médiation en santé correspond donc à une intervention de santé complexe en raison de son ancrage contextuel. En effet, les pratiques de médiation en santé aux Etats-Unis sont multiformes, au vu de la variété de publics touchés, même s'il existe une base d'intervention commune.

La médiation en santé a brouillé les frontières du système de santé, tiraillé entre l'approche communautaire et le paradigme universaliste, le monde biomédical et le monde social. Par conséquent, la médiation en santé doit combiner diverses pratiques pour s'adapter à un contexte social changeant et aux caractéristiques des populations.

Pour maintenir cette flexibilité, la médiation en santé pourrait être considérée comme un processus systémique et dynamique avec des interactions multiples et permanentes entre les composantes interventionnelles et contextuelles. La médiation en santé nécessite des interventions multiples se référant à des niveaux multiples. Il s'agit d'un système d'intervention produisant des mécanismes ayant eux-mêmes un impact sur ce système d'intervention.

Il apparaît, dans ce contexte, difficile de statuer sur les facteurs qui pourraient garantir le succès des pratiques de médiation en santé pour l'instant. Si la médiation en santé est plus que jamais à l'ordre du jour des autorités sanitaires, nous pouvons seulement poser un premier cadre d'analyse des conditions de réussite et de faisabilité de la médiation en santé et interroger la cohérence de l'approche de la médiation en santé au regard des tensions et logiques divergentes qui l'imprègnent.

[Retour au sommaire](#)

¹²² <https://bmjopen.bmj.com/content/12/9/e062051>



Chine :

I/ DEFINITION

Y a-t-il dans votre pays des pratiques identiques ou équivalentes aux pratiques de médiation en santé en France ? Si oui, quels en sont les objectifs et les caractéristiques ?

Oui.

Objectifs : Fournir des services médico-sociaux professionnels aux individus, aux institutions familiales et aux communautés dans le besoin, afin d'aider à soulager, à résoudre et à prévenir les problèmes médico-sociaux.

Caractéristiques : Les médiateurs en santé sont essentiellement des assistants médicaux, infirmières, représentants d'associations de patients et de leurs familles, employés des services communautaires,...

Quels publics sont ciblés par les actions de médiation en santé dans votre pays (cochez et précisez) ?

Tout public -bien que ciblant plus spécifiquement une communauté particulière (précisez)

Patients et familles de patients atteints de cancer, de troubles cognitifs, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète, etc...

Aux seules personnes relevant d'une « communauté » sociale, géographique ou autre.

Quel volume de personnes sont à votre connaissance accompagnées par des actions de médiation en santé dans votre pays ?

Il n'existe pas de chiffres consolidés au niveau national, néanmoins, à Pékin jusqu'en mars 2022, 1 669 services au cas par cas ont été fournis dans le cadre de 30 projets et 2 874 patients en ont bénéficié; 98 activités de groupe, 332 sections, 3 765 patients bénéficiaires; 128 événements communautaires, 16 384 bénéficiaires.

II/ LES PROFESSIONNELS DE LA MEDIATION EN SANTE

Quels sont les profils, compétences et volume des professionnels de la médiation en santé ?

Profils : Des professionnels compétents ayant des connaissances en matière de travail social et de soins cliniques

Compétences : La connaissance des maladies concernées, des compétences en termes de communication avec les patients et les familles, éthique professionnelle et un niveau élevé de compétence générale sont requis.

Volume : Il y a 265 travailleurs médico-sociaux à Pékin, dont 113 travailleurs médico-sociaux à temps plein et 152 travailleurs médico-sociaux à temps partiel ; le nombre total de travailleurs médico-sociaux dans les institutions médicales niveau III a atteint 151.

Certains exercent-ils cette fonction de médiation en santé en tant que pairs des personnes accompagnées ? (ex : des personnes qui sont rétablies ou en voie de rétablissement avancé de problématiques de santé mentale et qui accompagnent des personnes concernés par les mêmes problématiques)

En général non.

Ces professionnels sont-ils organisés suivant une logique de gradation (niveau 1, niveau 2 etc) ?

Oui, niveaux 1-2-3.



Chine :

Existe-t-il des formations spécifiques, modalités de valorisation de l'expérience pour l'ensemble ou pour certains de ces professionnels ? Si oui, précisez. Si non, pourquoi et est-ce une demande des parties ?

Oui

Pour faire face à la pénurie de professionnels, un accent est mis sur les politiques publiques visant à renforcer les capacités opérationnelles, et d'encourager les écoles de médecine à créer une alliance pour l'enseignement de la pratique clinique des travailleurs sociaux médicaux.

Il y a également une volonté de développer une plateforme de formation, d'enregistrer des cours spécialisés, d'explorer la mise en place d'un système de formation de travailleurs sociaux médicaux polyvalent et adapté aux besoins.

non

ORGANISATION / FONCTIONNEMENT / EVALUATION

Quelles sont les spécificités de la médiation en santé par rapport au reste du système de soins/à d'autres actions de médiation (sociale, numérique...), notamment au regard de l'accueil et de la prise en charge des personnes, des modalités de travail entre professionnels ?

Le nombre de travailleurs sociaux médicaux reste faible par rapport à la taille des hôpitaux. Ce qu'ils offrent aux patients est un « diagnostic non médical et un traitement non clinique ».

Les personnes accompagnées participent-elles à l'organisation ou à la réflexion sur leur propre accompagnement? Si oui, exposez suivant quelles modalités.

oui

Une étude des besoins des patients et des familles est réalisée, en regard de l'avis du personnel médical du département, afin de mettre le cas échéant en place des services adaptés.

non

FINANCEMENTS

Les personnes accueillies bénéficient-elles d'un accompagnement (cochez la/les cases) :

gratuite

partiellement gratuite ?

Quels sont les postes les plus coûteux

actions de prévention

actes de soins

rémunération du personnel

organisation d'ateliers participatifs



Chine :

organisation d'activités qui attirent les publics auprès de qui vous voulez faire de la médiation en santé ? (ex : nourriture, vêtements, logements temporaires, etc.)

- aide à l'acquisition des droits des personnes accueillies
- interprétariat

De quelles aides financières bénéficient les structures, collectifs réalisant de la médiation en santé ?

C'est le budget public qui finance la médiation en santé. Dans les hôpitaux et établissements de réhabilitation, les professionnels de la médiation en santé sont des salariés comme les autres agents techniques et administratifs.

Au sein des communautés, ce sont aussi des salariés mais payés par la collectivité.

Certaines de ces aides sont-elles octroyées pour une période pluriannuelle ?

Ce n'est pas une aide, mais un budget public à durée indéterminée pour les ressources humaines dans le secteur de la médiation en santé.

Il n'y a pas de difficulté financière pour maintenir le poste d'un professionnel de la médiation en santé.

GOUVERNANCE et ARTICULATION

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé publics nationaux ?

Dans le programme « La Chine en bonne santé 2030 » publié par le Conseil d'Etat en 2016, on trouve les objectifs tels que « optimiser les services en santé », « renforcer les services en santé pour le public clé ». La médiation en santé est inscrite dans le programme national de la santé.

Comment la médiation en santé est-elle intégrée dans les programmes de santé locaux/territoriaux ?

La Commission municipale de la santé de Pékin, la Commission municipale de l'éducation de Pékin, le Bureau municipal des affaires civiles de Pékin, le Bureau municipal des finances de Pékin, le Bureau municipal des ressources humaines et de la sécurité sociale de Pékin, ont publié conjointement le 22/10/2020 l'« Avis de la mise en œuvre pour le développement du travail social en santé ».

Existe-t-il des instances de gouvernance spécifique à la médiation en santé ou à la médiation au sens large (qui inclurait la médiation en santé) ?

Il existe deux instances de gouvernance. Dans les hôpitaux c'est une instance de gouvernance spécifique à la médiation en santé, mais dans les collectivités c'est une gouvernance au sens large qui inclut la médiation en santé.

Les professionnels de la médiation en santé s'articulent-ils avec les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, suivant quelles modalités ? Si non, pourquoi ?

Les professionnels de la médiation en santé ne font pas le même travail que les soignants mais facilitent leur travail. Ils n'ont pas vocation à guérir les patients mais les aident à surmonter leurs difficultés psychologiques et sociales. Ils aident les patients et leurs proches à comprendre et accepter le traitement prescrit par les soignants. De ce point de vue, ils facilitent le travail des soignants.



Chine :

Il faut distinguer entre les professionnels et les bénévoles. Les bénévoles agissent avec leur bonne volonté, ils ne sont pas les salariés de l'hôpital. Alors que les travailleurs sociaux doivent avoir une qualification agréée (bas, moyen et haut). En Chine les professionnels de la médiation en santé font partie des travailleurs sociaux professionnels. Ils s'articulent donc avec les soignants en tant que collègues.

La médiation en santé est-elle acceptée et reconnue par les autres professionnels (soignants ou travailleurs sociaux) ? Si oui, quels sont les éléments de son acceptabilité par les professionnels ? Si non, quels sont les freins majeurs ?

La médiation en santé améliore la relation entre les professionnels de santé et les patients ainsi que leurs proches, facilite l'application du traitement prescrit par les médecins, crée une ambiance de confiance dans l'hôpital. Ce travail est ainsi bien accepté et reconnu par les soignants et travailleurs sociaux en Chine.

EVALUATION

Les effets sanitaires et sociaux de la médiation en santé font-ils l'objet d'une évaluation ? Si oui par qui (institutionnels, associations, chercheurs...) ? Quels sont les résultats de ces évaluations ? Ces évaluations sont-elles le corollaire de financement public ?

Oui, il y a des évaluations faites par des institutions pour valoriser la carrière des professionnels de la médiation en santé. Ces évaluations ne sont pas le corollaire de financement public.

Quelles sont les facteurs clés de succès des pratiques de la médiation en santé dans votre pays ?

Le financement public et le système structuré permettent aux professionnels de la médiation en santé de travailler dans de bonne condition. La médiation contribue à l'amélioration des relations entre les professionnels de santé et les patients.

III/ Observations terrains en Afrique centrale et de l'Ouest

La médiation en santé est largement développée et reconnue dans de nombreux contextes africains. Elle s'est notamment développée dans le contexte de la réponse à l'épidémie de VIH.

Avant les années 2000, l'accès aux traitements antirétroviral était très limité sur le continent africain. Les personnes vivant avec le VIH se sont alors regroupées au sein de réseaux d'entraide souvent informels pour assister les plus malades (visites à l'hôpital, visites à domicile, appui nutritionnel, soutien aux enfants, facilitation du lien aux personnels soignants...). Lorsque les premiers traitements sont arrivés en Afrique dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le sida (2000/2005 dans la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale), ces réseaux se sont structurés notamment pour plaider pour un accès élargi et gratuit à la prise en charge des personnes concernées par le VIH. Organisés sous la forme d'associations de personnes vivant avec le VIH et de réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH, ces réseaux ont développé une expertise de l'accompagnement notamment afin de lutter contre la forte stigmatisation qui obère l'accès aux soins. Des fonctions de médiateurs et médiatrices en santé dont le rôle est d'accompagner les personnes concernées, de promouvoir le dépistage ou encore de participer à des campagnes de prévention se mettent alors en place. La mise en place des financements du

Fonds Mondial de lutte contre le sida , la tuberculose et le paludisme et du PEPFAR (US) dans les pays permet un passage à l'échelle significatif. La montée en charge (en quantité et en qualité) recherché dans un temps contraint, et avec un objectif important d'absorption des fonds internationaux, conduit à l'extension de la médiation en santé. Dans ce contexte, des formations de type DU VIH se développent à Ouagadougou puis à Bujumbura. Initialement destinées à des soignants, elles s'élargissent progressivement aux médiateurs et médiatrices en santé et aux non soignants de manière plus large. Des formations nationales, le plus souvent sur des formats courts, sont également proposées. Des cadres nationaux de la médiation en santé sont parfois posés. Ainsi en va-t-il cas au Cameroun où les « conseillers psychosociaux » (médiateurs et médiatrices en santé) sont reconnus comme une profession à l'hôpital. La médiation en santé devient un métier reconnu dans le champ du VIH. Elle est largement reconnue et financée dans le cadre des projets soutenus par le Fonds Mondial de lutte contre le sida et la tuberculose dont la France est l'un des premiers contributeurs et par l'Initiative 5%.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet du ministre de la santé et de la prévention :

Carole Bousquet-Bérard, directrice de cabinet

Pauline Martinot, conseillère prévention, santé publique et santé mentale

Evan Malczyk, conseiller sécurité sanitaire

Sandrine Williaume, conseillère attractivité des métiers de santé

Cabinet du ministre des Solidarités :

Constance Bensussan, directrice de cabinet

Charles Duportail, conseiller services aux familles et aux usagers

Délégation interministérielle à la prévention et lutte contre la pauvreté :

Marine Jeantet, déléguée interministérielle

Chloé Ravouna, conseillère santé et droits

Direction générale de la santé :

Dr Chemlal Khadoudja, adjointe à la cheffe de bureau santé des populations et politique vaccinale

Frizon Caroline, chargée de mission au sein du bureau santé des populations et politique vaccinale

Direction générale de l'offre de soins :

Anne Hegoburu, sous-directrice en charge de la régulation de l'offre de soin

Thomas Coone, chef du bureau prises en charge post-aigües, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques

Annie Lelievre, chargée de mission

Adeline Bertsch-Merveilleux, chargée de mission

Ariane Indart-Marchant, cheffe de projet « Feuille de route pour l'attractivité des métiers de santé » à la DGOS

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

Pascale Estecahandy, coordinatrice nationale du programme « Un chez-soi d'abord »

Direction générale de la cohésion sociale :

Denis Darnand, sous-directeur de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Ghislaine Palix-Cantone, Cheffe bureau accès aux droits, insertion et ESS

Ghazi Zaroui, chargé de mission santé précarité

Amaury Ville, chef bureau des professions sociales

Caisse Nationale d'Assurance Maladie :

Thomas Fatome, directeur général

Manon Chonavel, directrice de cabinet du DG

Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée

Pierre Peix, directeur délégué aux opérations

CPAM du Rhône

Emmanuelle Lafoux, Directrice générale de la CPAM Rhône

Sabine Ghacam, responsable du service partenariat accès aux soins et à la santé

Mathieu Pampelo, responsable du service accompagnement exercice coordonné

Agence Nationale de la Cohésion des Territoires :

Laurent Rojey, directeur général délégué au Numérique,

Léa Gislais, directrice adjointe du programme Société Numérique.

Eric Briat, directeur de la coordination des programmes accompagné

Hélène Chapet, directrice en charge de la santé

Serge Nedelec, chef de projet médiation sociale

Lea Gislais, directrice adjointe du programme Société Numérique

Santé publique France :

Dr Stéphanie Vanden Torren, coordinatrice du programme Inégalités sociales et territoriales de santé

Valérie Henry, chargée de projets en prévention et promotion de la santé

Emmanuelle Hamel, responsable unité personnes âgées et populations vulnérables

Inserm

Elodie Richard, doctorante sur les conditions d'effets de la médiation en santé

Dr Stéphanie Vanden Torren, Médecin épidémiologiste, chercheuse au Centre de Recherche Inserm-Université de Bordeaux

Haute Autorité de Santé :

Catherine Rumeau-Pichon, ex-responsable du service d'évaluation en santé publique et des vaccins du service lorsque la médiation

Patricia Minaya Flores, Cheffe du service d'évaluation en santé publique

ARS Guyane :

Clara De Bort, directrice générale

Solène Weidner Papin, directrice santé publique

ARS ile de France :

Dr Luc Ginot, directeur de la santé publique ARS IDF

Magali Guegan, directrice adjointe de la santé publique

ARS Provence Alpes côte d'azur :

Caroline Ageron, directrice de la délégation des Bouches du Rhône

Sophie Rios, directrice adjointe de la délégation des Bouches du Rhône

Sébastien Debeaumont, directeur général adjoint

Olivier Reilhes, directeur santé publique et environnementale

Nathalie Molas-Gali, responsable du service Prévention et promotion de la santé

Philippe Malfait, responsable de la cellule régionale Santé publique France

Mutualité française :

Laure-Marie Issanchou, Directrice déléguée santé

Priscilla Hamon, Responsable service prévention

Caisse nationale d'allocations familiales :

Aurélie Tricot, Coordinatrice projets inclusion numérique et accessibilité

La Poste :

Delphine Mallet, Directrice de la Business Unit Santé & Autonomie

Norbert Nalet, collaborateur de la directrice de la Business Unit Santé & Autonomie

Personnes qualifiées :

Bénédicte Madelin, Vice-présidente de France médiation

Didier Ménard, président de l'association communautaire santé bien-être

Marick Fevre, sociologue, coordinatrice des médiateurs de lutte anti-Covid

Dr Marc Schoene, président d'honneur de l'institut Renaudot

Cyrille Isaac Sibille, député

Carine Frappa-Rousse, suppléante du député Isaac Sibille

Agence Phare : François Cathelineau, co-fondateur de l'agence Phare et Marion Le Tyrant, consultante chercheuse à l'agence Phare

Collectif de promotion de la médiation en santé (collectif inter-associatifs composés de 76 structures, présentées par ordre alphabétique)

ACCEPTESS-T
ACT-UP Sud-Ouest
ADAPGV 86
ADER Guyane
Afrique Avenir
ALQR
ALS
Amitiés tsiganes - Moselle et Meurthe et Moselle
ARCAT
ARI
ARI-Asais
ASAV 92
Autres regards
Basiliade
Cabiria
CEID-Addictions
Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane
Checkpoint
Cités Caritas
COMEDE
Comité des familles
Corehsan
COREVIH Arc Alpin
COREVIH Bretagne
COREVIH Centre Val de Loire
COREVIH Hauts-de-France
COREVIH IdF Nord
COREVIH Lyon-Valée du Rhône
COREVIH Nouvelle-Aquitaine
COREVIH PACA-Est
COREVIH-PACA-Ouest-Corse
CPTS de Pantin
Da Ti Seni
Dessine-moi un mouton

Envie
FNASAT-GV
Fondation Léonie Chaptal
Fondation MNH
France Médiation
Guyane Promo Santé
Human Santé
Ikambere
In Citta
Institut Renaudot
IREPS ARA
Itinérance 22
La case
La Case de Santé
La Place Santé – CCSBE
La plage
Le Bus des Femmes
Le chemin du hérisson
Les Alliers
Les Forges
Les Petits Bonheurs
Marie Madelaine
Médecins du monde
Migrations Santé France
OREAG
PASS – ARS Auvergne-Rhône-Alpes
PASTT
Première urgence internationale
Prospective et Coopération
Relais Accueil des Gens du Voyage
Rive
Romeurope
RSMS
SAMU Social de Bordeaux Association Laïque Le Prado
Samusocial de Paris
Sidaction
SFLS
Solidarité enfants sida
Soliha Normandie
SPILF
Un Chez Soi d'Abord Bordeaux

Unafo
Voyageurs 72

Centre de santé communautaire et planétaire Le Jardin

Gwenaëlle Ferré, coordinatrice des projets

Clémence Tardy, médiatrice en santé

Dr Emmanuelle Guimaraes, médecin généraliste

Pascia'Mans

Dr Marie-Ange Lecomte, Médecin généraliste, chef de projet

Lydia Hariot, coordinatrice de parcours

Marie-Christine Caneval, médiatrice en santé

Mayalen Castera, médiatrice en santé

Nightline

Nathalie Roudaut, déléguée générale

Réseau des centre de santé communautaire / La Case Santé Toulouse

Fabien Maguin

Aurélie Rosso

Eleonore Coeurdevey

CCSBE – La place santé :

Danielle Clavier : accueillante

Rihab Rezgui : accueillante

Asta Toure médiatrice

Zahia Bensekhri médiatrice

Quentin Leroy : médecin généraliste remplaçante

Jacqueline Nung : médecin généraliste remplaçant

Julie Etcheberry : médecin généraliste

Maxime Catrice : médecin généraliste

Laura Wannegue : médecin généraliste remplaçante

Affaf Dinar : psychologue

Sadia Benhamou : directrice

Sacha Cohen : adjoint de direction

Association Emergence, centre de soins portes ouvertes

Nathalie Bertrand, Directrice de l'association

Dr Jean François SOUPAULT

CAARUD de Tours :

Allison PAPILLON, Coordinatrice

LETTRE DE MISSION



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Les Ministres

Paris, le 18 JAN. 2023

Madame, Messieurs,

Le 3 octobre dernier au Mans, les travaux du Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé) ont été lancés. A cette occasion, nous avons souhaité faire de la réduction des inégalités sociales d'accès à la santé une priorité de notre action. Nous ne devons plus accepter que certains de nos concitoyens soient en moins bonne santé notamment en raison d'un handicap, d'une situation de précarité ou d'isolement social, d'une situation de protection, ou encore de situations particulières à certains territoires, comme en outre-mer, qui les maintiennent éloignés du système de santé.

La crise Covid, qui a frappé de façon inédite notre pays par son ampleur et sa durée, a mis en lumière cet enjeu majeur d'accès à la santé de tous nos concitoyens. A ce titre, elle a été particulièrement riche d'initiatives, sans que l'action des pouvoirs publics et des associations ne parviennent toutefois tout à fait à impliquer l'ensemble de nos concitoyens sur des enjeux de santé publique tels que la vaccination par exemple.

Forts de cette énergie et de cette conscience des progrès restant à réaliser, il nous faut trouver les moyens d'agir à grande échelle, et au plus près des personnes qui ne recourent pas aux soins dont ils ont besoin.

Cela nécessite de combiner plusieurs approches, toutes co-construites avec les personnes concernées et centrées sur les besoins de ces personnes : renforcer l'accessibilité de tous les dispositifs de droit commun ; rapprocher l'offre de prévention et de soins des personnes ; développer des actions en santé ciblées et adaptées aux besoins des personnes concernées ; valoriser l'accompagnement par les pairs ; mieux organiser la complémentarité entre les professionnels de santé, les intervenants sociaux, les pairs aidants, les patients partenaires et les proches aidants.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre d'une part du CNR Santé, ainsi que d'autre part de l'élaboration en cours du Pacte des solidarités qui prendra la suite à l'horizon du mois de mars de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et guidera l'action collective en matière de lutte contre la pauvreté et de prévention de sa reproduction, nous souhaitons vous confier une mission destinée à formuler **une stratégie d'action dite « d'aller vers »**, que nous nous efforcerons de déployer de façon systématique avec l'ensemble des acteurs dans les cinq années à venir.

...

Vos travaux porteront notamment sur les sujets suivants :

1. Le développement de la médiation en santé en tant que dispositif d'aide à l'accès aux soins des personnes éloignées du système de santé quelle qu'en soit la raison, en considérant le facteur humain et également la santé numérique et les problématiques d'illectronisme;
2. La structuration et la pérennisation d'une offre mobile de santé et sociale au plus près des personnes ;
3. Le pilotage de la mise en œuvre de la stratégie d'« aller vers » sur les territoires en définissant les rôles de chaque partie prenante et les modalités de la coordination. Vous identifierez les modalités d'articulation entre l'aller-vers, le numérique et les guichets existants.

Dans ces travaux, l'organisation d'un retour d'expérience de ce qui a été éprouvé au cours de la gestion de la crise Covid, avec de l'efficacité parfois, mais des limites aussi, sera utile.

S'agissant du développement de la médiation en santé, vous dresserez un état des lieux des modalités d'intervention des médiateurs en santé et des financements mobilisables en regard et identifierez les évolutions possibles en vue d'une meilleure adéquation aux besoins identifiés, d'une optimisation et pérennisation de ces financements. Vous formulerez en conséquence des propositions d'action en vue de l'extension de l'usage de la médiation. A ce titre, vous traiterez la question de la professionnalisation (intégration de la médiation en santé dans les différents répertoires de métiers et de compétences et au sein des formations initiale et continue des métiers du champ social, médico-social et sanitaire, et de la VAE, ou tout autre mode de reconnaissance des savoirs expérientiels). Vous vous intéresserez aux supports communicationnels et de mise en accessibilité à développer, en mobilisant en tant que de besoin le concours de l'expertise des sciences comportementales.

Pour conduire votre mission, vous pourrez vous appuyer sur les travaux déjà menés par la Haute Autorité de santé qui a publié en 2017 un référentiel relatif à la médiation en santé ainsi que les guides et formations développés par certaines agences régionales de santé (ARS) et associations mais également sur les expérimentations en cours « accompagnement vers l'autonomie en santé », « médiation sociale », « centres et maisons de santé participatifs », et sur les travaux de recherche actuellement menés.

S'agissant de la structuration et de la pérennisation de l'offre mobile au plus près des personnes, vos recommandations porteront sur les besoins restant à pourvoir suite aux nombreux dispositifs mobiles créés et renforcés avec le Ségur de la santé, sur les voies de simplification et de pérennisation des actions innovantes déployées, et de coordination des acteurs. Dans ce cadre, vous étudierez la pertinence de développer des outils de coordination (réseaux de coordinateurs, dispositifs d'appui à la coordination, contrats ou schémas territoriaux).

Pour cela, vous vous appuierez notamment sur les innovations proposées dans le cadre du CNR Santé par les acteurs locaux, mais également sur les éléments de diagnostic de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatifs à l'accès à la santé ou à l'interprétariat en santé, et du Haut conseil de la santé publique (HCSP) relatifs aux rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie prévus dans cadre du PLFSS pour 2023.

S'agissant du pilotage de « l'aller vers » sur les territoires, vous vous rapprocherez notamment des ARS, des collectivités territoriales et des caisses de Sécurité sociale, pour identifier ensemble des pistes d'amélioration favorisant une meilleure articulation des actions. Vous proposerez ainsi les modalités d'un pilotage renouvelé de ces actions tant au niveau national, régional que local.

Pour mener à bien vos travaux, vous vous appuierez sur une large consultation des parties prenantes, incluant les collectivités locales, des médiateurs et des associations. Vous veillerez tout particulièrement à ce que la parole des personnes éloignées du système de santé puisse être entendue dans ce cadre, ainsi que celle des acteurs spécialisés dans le travail avec les personnes marginalisées du système de santé. Vous bénéficierez de l'appui de l'équipe projet CNR, composée de spécialistes de l'intelligence collective, qui vous aidera dans la conduite des réflexions avec les parties prenantes.

Vous bénéficiez du concours des administrations concernées au sein de nos ministères, de la délégation interministérielle pour la prévention et la lutte contre la pauvreté (DIPLP), de la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), des caisses de sécurité sociale, de Santé Publique France et du HCSP. Vous prendrez l'attache, pour la réalisation de vos missions, du ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche, de celui de la transition écologique et de la cohésion des territoires et du ministère délégué chargé de l'économie sociale et solidaire et de la vie associative.

Nous souhaitons que vous puissiez nous présenter d'ici le début du mois de février une note de problématisation précisant les principaux enjeux que vous aurez identifiés a priori, puis d'ici la fin mars 2023 les résultats d'une première phase approfondie de vos travaux, dans une approche concrète et concertée, permettant de définir dès la fin de premier semestre 2023 une feuille de route opérationnelle de l'« aller vers ».

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, nous vous prions d'agréer, Madame, Messieurs, l'assurance de nos sentiments les meilleurs.



François BRAUN



Jean-Christophe COMBE