

SYNTHÈSE COLLOQUE

[26 novembre 2013]

LA MÉDIATION SANITAIRE ET SOCIALE : PRATIQUES NOUVELLES ET ENJEUX



© Coraïe Couétil

医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO Γιατροί του Κόσμου DOKTERS
DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS
منظ LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO Γιατροί του Κόσμου DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS
ZTE DER WELT ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم



LA MÉDIATION SANITAIRE ET SOCIALE : PRATIQUES NOUVELLES ET ENJEUX



© Corralie Couëtil

Colloque organisé par Médecins du Monde Nantes, le 26 novembre 2013, à l'Hôtel de Région (retransmis en visio-conférence à La Roche-sur-Yon, Laval et Le Mans).

ACCUEIL

Médecins du Monde prône la médiation depuis de nombreuses années. Pour en démontrer la pertinence, nous avons participé au programme national de médiation sanitaire qui devient aujourd'hui pérenne. Nous avons l'ambition de développer une approche communautaire de la santé dans l'ensemble de nos programmes. La médiation, par la connaissance des populations qu'elle implique, permet l'émergence d'un travail ambitieux. Elle nous semble être un premier pas vers l'autonomie des personnes.

Par Sylvie Chapelais, déléguée régionale de Médecins du Monde Pays de la Loire.

Si les Régions n'ont pas de compétence en matière de santé publique, elles sont en revanche chargées de la formation sanitaire et sociale. C'est un enjeu important : face aux besoins d'une société touchée par la précarité, on doit repenser ces questions sanitaires et de médiation. On devra développer sur notre territoire de nouvelles formations.

Par Chloé Le Bail, vice-présidente du Conseil régional en charge des solidarités, de la santé et de conférence à La Roche-sur-Yon, Laval et Le Mans.

INTRODUCTION

Par Christian Laval,
sociologue, administrateur de Médecins
du Monde

La question de la médiation sanitaire et sociale n'est pas nouvelle. Elle a émergé dans le paysage des politiques publiques à partir de la fin des années 1980 dans un contexte de "transversalisation" des politiques publiques conduisant à une articulation plus étroite entre sanitaire et social. Suite à la création de « femmes relais » pour promouvoir l'intégration de la population immigrée, suite au constat de difficultés de communication entre habitants et certains services publics, vont émerger durant cette décennie, de nouvelles figures de médiation sociale et sanitaire. En invoquant la nécessité de faire participer les habitants, la dite Politique de la Ville finance ces emplois à travers le soutien accordé à la vie associative. Des années 1980 aux années 1990, une inflexion d'importance est ainsi apportée au fonctionnement des services publics dans les banlieues défavorisées.

Le relais et le porte-parole

Les enjeux sociaux et sanitaires qui émergent au fil de ces premières expérimentations sont en lien avec les représentations des institutions et de l'opinion publique. Ils posent la question de l'approche participative, objectif politique cher à Médecins du Monde puisqu'il y est question de faire évoluer les représentations.

De cette histoire décousue et encore peu connue des pratiques de médiation se détachent deux formes qui visent des fonctions différentes même si sur le terrain elles se confondent souvent :

. Le médiateur est un relais, soit entre les gens et l'institution, soit entre les acteurs du sanitaire et du social, soit entre l'utilisateur et le professionnel ou encore entre le citoyen et l'administration. Il adoucit la difficulté des institutions à répondre aux problèmes de populations laissées à l'écart. Ces relais mettent en exergue l'existence de frontières et de fermetures entre mondes sociaux qui ne communiquent pas. Dans la forme relais, le rôle imparti au médiateur est alors limité à celui d'intermédiaire, d'interface entre la population et les agents institutionnels.

. Le médiateur est un porte-parole. Cela suppose de recréer des liens, de dialoguer avec les personnes concernées, dialogue débouchant parfois sur une remise en question des manières de faire institutionnelles ou professionnelles en interrogeant les normes d'intervention en vigueur.

Pour que cette deuxième figure puisse exister, et c'est ce que nous défendons à Médecins du Monde, il faut donner une sécurité accrue aux médiateurs, afin qu'ils puissent s'affranchir de la situation de précarité professionnelle qui est la leur. En fin de compte, la question de la professionnalisation n'est pas qu'un problème de carrière, c'est aussi un problème de reconfiguration des politiques publiques et plus largement de changement social.

Dépasser les contradictions

L'émergence du médiateur dans le paysage socio-sanitaire français met en exergue les contradictions entre différents segments des politiques publiques. Ce que Pierre Bourdieu appelait la main gauche de l'État - celle qui protège - et la main droite de l'État - celle qui surveille. Avec les communautés roms, on voit bien comment sont incarnées ces deux mains. Contrairement à certains pays anglo-saxons, la culture politique française pose la médiation comme une activité de restauration de la confiance envers les institutions et non envers les personnes ou les communautés. A contrario de cette tendance de fond, Médecins du Monde cherche à promouvoir une appropriation du pouvoir d'agir des personnes, seul moyen à terme de construire des ponts solides et durables pour affronter l'avenir.

1^{RE} TABLE RONDE

Modéré par **Régis Sécher**, directeur régional, service Formation Continue de l'ARIFTS Pays de la Loire (Association Régionale des Instituts de Formation en Travail Social).

LA MÉDIATION : expériences de terrain et pratiques nouvelles

Intervention du Dr Jean-François Corty,
Directeur des missions France de Médecins
du Monde.

| La médiation améliore la situation des populations précaires

Dans la mesure où l'accès aux droits et aux soins des plus précaires est difficile, la médiation sanitaire et sociale est incontournable. Elle doit être reconnue comme un métier à part entière comme elle l'est dans d'autres pays.

1. CONSTATS DE TERRAIN

Depuis plusieurs années, dans un contexte de crise majeure, les conditions d'accès aux soins et à la santé des plus précaires se dégradent.

Quelques chiffres :

- Six projets dédiés aux populations roms (Île-de-France, Marseille, Lyon, Strasbourg, Bordeaux et Nantes).
- 50 000 consultations dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) dont, pour la population rom :
4 300 consultations pour plus de 2 700 patients, essentiellement jeunes (âge moyen : 20,6 ans) et d'origine roumaine. Quelque 61 % d'entre eux sont en France depuis plus de trois mois, 50 % vivent dans des cabanes et 20 % dans des caravanes.
- 12 % des usagers des CASO sont mineurs. Parmi eux, beaucoup d'enfants de la communauté rom. Un tiers d'entre eux seulement sont suivis par les services de

Protection Maternelle Infantile (PMI).

- La couverture vaccinale, pour des antigènes simples, oscille entre 40 % et 50 %. Pour certains terrains, elle se situe à 10 % contre une moyenne nationale à 90 %.

2. POURQUOI LA MÉDIATION EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

Ces retards d'accès aux soins ont plusieurs causes. Ils s'expliquent d'abord par la méconnaissance et la complexité du droit. Obtenir l'Aide médicale d'État (AME), par exemple, n'est pas simple : il faut justifier de trois mois de présence sur le territoire, maîtriser la langue française, il y a des barrières administratives, des exigences de domiciliation, etc.

Ensuite, on observe une insuffisance des dispositifs d'accès aux soins. Environ 400 PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé hospitalières) existent mais elles sont caractérisées par une grande disparité de services. Il manque aussi des dispositifs construits dans des logiques de proximité et "d'aller vers" comme les PASS mobiles.

Autre élément : les acteurs médico-sociaux du droit commun méconnaissent parfois les populations concernées qui font l'objet de beaucoup de stéréotypes sanitaires et sociaux.

Tout ça, alors que les expulsions répétées compliquent le travail des acteurs. Il existe des tensions entre enjeux de santé publique et politiques sécuritaires, qui rend difficile la promotion des politiques de prévention.

Ce contexte permet de comprendre la nécessité d'une

médiation sanitaire et sociale. Depuis quelques années, Médecins du Monde a précisé son discours en participant au programme national sur la médiation sanitaire et sociale. Les bienfaits s'en sont fait sentir.

En étant en interface entre les acteurs du médico-social, le médiateur crée du lien, aide à mieux se comprendre, contribue à accompagner les personnes vers une meilleure connaissance de leurs droits, à mieux identifier les lieux de soins. Les résultats sont exceptionnels : le nombre d'obtention de l'AME a augmenté, un meilleur accès aux programmes de prévention se traduit par des attitudes d'anticipation d'accès aux droits remarquables. S'est aussi développée une meilleure connaissance entre les acteurs du médico-social et des bénéficiaires en difficulté du fait de la complexité du droit et de l'insuffisance des dispositifs. Et ce, malgré le contexte sécuritaire.

On ne peut donc pas aujourd'hui faire l'économie de la médiation. En termes d'égalité sanitaire et social, elle a un rôle fondamental pour améliorer la situation des populations précaires.

Intervention de David Dumeau, Médiateur social à la Ville de Bordeaux, rattaché à la Direction du développement social urbain (DDSU), auprès des populations roms de la ville.

En 2009, une Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale (MOUS) a été mise en place pour les populations vivant en habitat précaire. Très vite, associations, élus et techniciens se sont rendus compte qu'il était intéressant de sortir les familles des squats mais qu'il était nécessaire de mener tout un travail en amont. En septembre 2011, alors que le plus gros squat de l'agglomération allait être à nouveau expulsé et face à la mobilisation des associations, la Ville a décidé de stabiliser une partie du squat. Et de mettre en place deux médiateurs sur les lieux.

Dans la définition de mon poste, je ne suis pas médiateur rom. Il est important de le préciser et de parler des précaires européens en situation de migration : les familles que je rencontre ne sont pas toutes Roms, beaucoup appartiennent à la communauté turcophone, d'autres sont Slaves, etc.

UN POSTE EN MUTATION

Jusqu'à l'été 2013, Bordeaux comptait entre 500 et 600 Roms, essentiellement Bulgares, alors que l'agglomération, peu concernée, dénombrait au total 800 Roms. Depuis l'éclatement du plus gros squat de Bordeaux, à l'été 2013, six nouvelles villes sont désormais concernées par les situations de squats.

Les missions de Médecins du Monde

En France, Médecins du Monde, qui compte près de 2 000 bénévoles pour plus de 70 salariés, mène une centaine de projets auprès des plus précaires, qu'il s'agisse de personnes se prostituant, de migrants, de sans-abris ou encore d'usagers de drogues. L'association porte une attention particulière à la santé (VIH, tuberculose, santé mentale) mais aussi au mal-logement. Elle lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et fait la promotion de politiques de santé publique solidaires pour améliorer l'accès aux droits et aux soins de ces populations à la marge.

Médecins du Monde agit grâce à deux modalités d'interventions. D'une part, les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (Caso) qui font les premiers soins et orientent vers le droit commun lorsque cela est possible - il y en a une vingtaine dans les grandes villes françaises. D'autre part, les équipes mobiles qui, dans une logique d'aller "vers", vont à la rencontre des populations pour faire les premiers soins et ouvrir les droits.

Résultat : alors qu'il y a un an, je travaillais avec 500 personnes, je travaille aujourd'hui avec 150 personnes.

Aujourd'hui, ma mission évolue : lorsqu'on pensait qu'être rom à Bordeaux, c'était vivre en squat, on se rend compte qu'il y a aussi beaucoup de situation de mal-logement dans les quartiers.

LES MISSIONS DES MÉDIATEURS

Deux axes majeurs ressortent :

1. La cogestion de lieux de vie. Cohabiter dans son environnement est primordial. On sensibilise les familles sur ce point, à la fois sur la question des conditions de vie des personnes mais aussi des riverains pour éviter de reproduire certaines représentations très négatives.

2. L'accès au droit. On intervient sur l'accès au droit de santé, sur la scolarisation des enfants, sur les questions administratives. On se retrouve parfois sur la protection de l'enfance, à faire le vrai travail d'un éducateur spécialisé. Ce qui peut parfois mettre en tension certains acteurs.

OBJECTIF DROIT COMMUN

Un des enjeux est de ne pas développer un système d'ingénierie sociale spécifique à un public. Il est important de travailler sur les dispositifs en place, le logement social, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) ou les Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT).

L'un des effets pervers de la médiation est justement que ce rôle de courroie de transmission que joue le médiateur peut aussi devenir un entonnoir. " Tiens, on a un Rom, on appelle David " : le réseau peut vite se décharger de ses responsabilités et de ses compétences.

Au niveau des outils, Bordeaux n'a donc pas fait le choix des villages d'insertion mais a cherché des solutions de relogement sur de l'habitat diffus avec des maisons ou des appartements mis à disposition par l'agglomération ou le CCAS de la ville, des relogements dans des chalets Emmaüs ou des apparts-hôtel avec des systèmes de bail glissant.

DIFFICULTÉS ET LIMITES DE LA MISSION

Il existe des freins exogènes à la population : la complexité de l'organisation, la précarité des personnes et les représentations négatives de l'opinion. Mais il y a aussi des freins endogènes à la population. Pour certains, venir 3 à 6 mois est un projet migratoire, ce qui peut créer une difficulté à se projeter dans un parcours de soins. Et cette spécificité est une complexité à faire entendre aux travailleurs sociaux et à l'ensemble des dirigeants.

Il y a par ailleurs un fossé vertigineux entre le nombre de professionnels et les besoins des populations. Et le médiateur navigue à vue avec des contrats courts qui ne facilitent pas la capacité de se projeter dans une logique de projet.

QUEL POSITIONNEMENT ?

Enfin, le positionnement est compliqué. Sur les terrains d'abord. Lorsque l'opérateur de la MOUS locale, par exemple, pose un diagnostic, on se retrouve à devoir justifier pourquoi la personne n'a pas été choisie. Sauf que c'est un processus dans lequel on n'est pas intervenu. On est, par ailleurs, des médiateurs intégrés à la municipalité alors qu'un des principes forts de la médiation est la neutralité. Et cette question de la neutralité se pose aussi avec une association.

Au sein de la mairie ensuite. Demander le branchement d'un squat peut mettre en tension certains services. Notre positionnement dans le travail partenarial est une vraie question si on ne veut pas être pris à partie comme le responsable du choix.

Intervention de Laurent El Ghozi, Président de l'Association d'accueil des voyageurs (AŠAV) et cofondateur du collectif Romeurope.

| La médiation sanitaire auprès des Roms migrants

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ : UN DÉFI

La question des inégalités d'accès à la santé est pré-occupante et partout, on cherche à réduire ce que les politiques fabriquent en amont : le fossé béant - géographique, social et de plus en plus culturel et linguistique - entre une population en difficultés et des administrations et services soumis, de plus en plus, aux exigences d'efficience ou de recherche de profit. Ces pratiques ferment l'accès au droit commun, lequel fonde pourtant le lien social, et légitime la République.

Comment dès lors tendre vers plus d'égalité entre des publics fragiles et des services excluants ? Partout, se fait jour le besoin d'intermédiaires et de relais. Et c'est au plus près de chaque personne marginalisée qu'il faut agir, c'est en lien étroit avec les services qu'on peut les faire changer et c'est le rôle irremplaçable des médiateurs sanitaires.

POUR UNE RECONNAISSANCE DE LA MÉDIATION

La fonction de médiateur, très ancienne, doit aujourd'hui devenir un « vrai » métier, reconnu, respecté et financé. C'est un métier difficile. Il faut rendre les personnes autonomes, en capacité d'utiliser seules le système et ensuite d'y accompagner leurs proches. Il faut également faire évoluer les pratiques des acteurs : pratiques de guichet - discriminant -, de facilité éliminant ce qui est compliqué, voire seulement « différent », pratiques de rentabilité, voire de racisme.

La médiation n'est donc ni au service d'un groupe, ni d'une administration ou de l'employeur mais bien au service de tous, de la cohésion sociale, de la santé publique, de l'égalité et du respect du droit. La médiation est au service des principes fondateurs du vivre ensemble. D'où l'exigence de la reconnaître et de la développer...

SIX EXIGENCES

L'Association pour l'accueil des voyageurs (AŠAV) a piloté un programme expérimental (lire l'encadré) sur quatre sites – dont Nantes avec Médecins du Monde et Lille avec l'Areas – de médiatrices sanitaires auprès des Roms roumains et bulgares vivant en bidonvilles. Lors du colloque qui le concluait, le 14 décembre 2012 au ministère de la Santé, six exigences ont été posées pour la reconnaissance du métier.

1. Exigence d'évaluation : quels effets produits pour la population et pour les services.
2. Exigence de triple formation : à la méthodologie et

aux obligations éthiques de la médiation ; à la connaissance du système de santé, de la maladie et de ses représentations ; à la proximité avec la population accompagnée (culture, mode de vie, difficultés). Une formation initiale solide, mais aussi continue, y compris par des échanges structurés avec d'autres médiateurs.

3. Exigence d'indépendance, de position « tierce » entre les deux parties, ce qui intègre la fonction de témoignage, voire de dénonciation, loin de la neutralité passive.

4. Exigence de durée : on n'obtient pas l'autonomie par des actions éphémères. D'où l'exigence de stabiliser les lieux de vie.

5. Exigence d'intégration dans une équipe pluri-disciplinaire qui encadre, soutient, valorise, voire défend.

6. Exigence de coordination au sein d'un réseau pour échanger et peser à tous les niveaux. Une médiatrice ne peut ni ne doit rester seule, prise en étau entre les deux parties ou face à face avec son employeur.

Lors de ce colloque, les avantages et inconvénients de quatre types d'employeurs avaient été recensés :

* mairie : stabilité, intégration dans une équipe, portage politique, mais lourdeur voire ambiguïté.

* hôpital : proximité avec les soignants facilitant les modifications de pratiques mais risque d'être instrumentalisé par eux, de n'être qu'une traductrice.

* association ou ONG : souplesse, indépendance, engagement, mais fragilité et dépendance par rapport aux financeurs.

* enfin, émergence à partir de la population elle-même, sur le modèle des femmes-relais de Saint-Denis ou Gennevilliers, avec l'avantage d'être au plus près des besoins et des ressources, des ressentis, des modes de vie et des représentations des premiers concernés, mais avec tous les dangers et difficultés que nous avons évoqués.

VERS UNE RECONNAISSANCE DU MÉTIER

Convaincue par les bénéfices du programme expérimental, la Direction Générale de la Santé met aujourd'hui en place un Programme national de médiation sanitaire (lire l'encadré) à destination des Roms migrants. Ce programme sera étendu aux Gens du voyage, voire à d'autres publics en situation de précarité et d'exclusion sociale. Restera encore au Ministère de la Santé à convaincre les ARS de financer des postes.

De même, nouvelle étape vers la reconnaissance de ce métier, le Plan quinquennal de lutte contre la pauvreté souligne le besoin d'une telle fonction pour réduire les inégalités d'accès aux soins pour les plus pauvres. Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en fait aussi un outil à développer.

Enfin, ce programme expérimental, qui était la seule contribution du Ministère de la Santé inscrite dans la Stratégie nationale d'inclusion des Roms et Gens du



La question des inégalités d'accès à la santé est préoccupante et partout, on cherche à réduire ce que les politiques fabriquent en amont : le fossé béant [...] entre une population en difficultés et des administrations et services soumis, de plus en plus, aux exigences d'efficacité ou de recherche de profit.

voyage, sera, j'en suis convaincu, repris dans la nouvelle Stratégie nationale d'inclusion dont la rédaction a été confiée à Alain Régnier.

Donc, nous avons avancé... un peu ! Reste à concrétiser, à inscrire dans le marbre du Code du travail, des grilles de salaires, des conventions collectives voire de la fonction publique, mais aussi dans nos représentations collectives, ce nouveau métier exigeant et si nécessaire qu'est la médiation sanitaire, en espérant qu'un jour peut-être, il ne sera plus nécessaire. A chacun d'entre nous de contribuer à ce que plus personne en France, n'ait besoin de médiatrice.

Les résultats du programme expérimental

L'évaluation du programme expérimental a montré une efficacité rapide, en 18 mois, pour un très faible coût. On constate, pour les femmes, une amélioration de l'accès autonome aux soins ; un suivi prénatal complet dès les 2^e ou 3^e mois et non au 6^e voire au 9^e mois ; une domiciliation passant de 80 % à 100 %, clé indispensable pour ouvrir les droits ; une couverture AME passée de 37 % à 93 %. Certaines de ces femmes accompagnent à leur tour d'autres femmes. Pour les enfants, la couverture vaccinale pour le ROR (rougeole – oreillons – rubéole) a augmenté de 28 % à 73 % et pour la coqueluche, de 7 à 72 %. Le nombre de carnets de santé à jour est passé de 36 % à 98 %. Le programme a été aussi bénéfique pour les structures qui ont amélioré leur représentation des populations et mieux compris leurs difficultés. Il a aussi permis la mise en place d'actions de prévention adaptées sur site, la création d'outils spécifiques et l'adaptation des conditions d'accueil des services.

Pour autant, des difficultés pesantes demeurent : l'interprétariat est difficile à obtenir et les médiatrices ne sont pas des interprètes, il y a peu de médecins libéraux participants, l'habitat demeure trop précaire et chaque évacuation des lieux de vie entraîne ruptures de confiance, arrêts de soins et pertes de papier.

Les objectifs du Programme national

Porté par le Ministère de la Santé, le Programme national de médiation sanitaire étend le programme expérimental 2010-2012 à d'autres territoires, d'autres partenaires et d'autres publics, les Gens du voyage, accédant eux aussi souvent mal aux soins et à la prévention. Sept objectifs lui ont été fixés pour 2013-2016 :

1. Elaborer un programme de formation en fonction des besoins repérés, organiser des journées de formation collective, et des temps d'échanges de pratiques entre les médiatrices.
2. Développer des échanges continus entre médiatrices, entre structures employeuses, facilités par une plate-forme Ressources informatiques, rassemblant textes, expériences, questions/réponses.
3. Développer les dynamiques locales, soutenir les comités de pilotage locaux, appuyer les demandes de financement, soutenir les actions de stabilisation des terrains.
4. Construire un parcours de formation qualifiant visant à la reconnaissance du métier.
5. Promouvoir, faire connaître le Programme national, en France et en Europe.
6. Rassembler les données collectées pour enrichir l'observation de Romeurope, des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), de la DIHAL.
7. Enfin travailler aux conditions de reproductibilité auprès d'autres publics.

intervention du public

Fanny Bordeianu, médiatrice sanitaire auprès de Médecins du Monde

« Ces propos donnent le sentiment d'une étape. Presque trois ans se sont écoulés depuis le début du programme expérimental. Ça ne s'est pas fait sans mal et de vous voir réuni, d'entendre ces encouragements, c'est très appréciable. Ensuite, on se rencontre que chaque territoire est différent : les médiateurs ne sont que des tisseurs de lien. Leur travail est aussi de réunir un réseau d'association et de corps de métiers et d'accompagner vers le droit commun, le droit de tous, pour tous. Faisons notre possible pour permettre à chacun d'accéder à ce droit commun, c'est ce qui fonde le pacte républicain, ce qui fait la richesse de la France. »

Anne-Marie Prinç, conseillère régionale des Pays de la Loire, commission solidarités, santé et égalité:

« La Région des Pays de la Loire est intervenue pour appuyer la demande de généraliser le tiers payant pour les soins de premier recours. Toutes les mesures prises au fur et à mesure des années (AME, CMU, CMU-C) sont importantes mais il existe toujours un effet de seuil ou des effets discriminants pour les populations. La dispense d'avance de frais est un pas important, acté par le Ministère. »

Laurent El Ghozi, AŠAV

« La question du tiers payant est une vraie question pour l'ensemble de la population mais ce n'est pas celle des Roms migrants. »

Christian Laval

« Laurent, tu parles de médiation sanitaire, qu'est-ce qui vous a amené à enlever le terme social ? »

Laurent El Ghozi, AŠAV

« Je suis convaincu qu'il y a une spécialité dans la médiation sanitaire, en terme de formation, de réseau, de manière de faire. Avoir comme entrée la santé oblige à s'intéresser à toutes les politiques, d'éducation, de transports, de culture. Ce qui n'est pas le cas pour l'entrée sociale. Par ailleurs, l'entrée « santé » est un levier exceptionnel auprès des publics : l'inégalité en matière de santé est aux yeux de tous inacceptable. Le social, c'est subjectif, la santé, c'est objectivable et c'est donc un levier plus fort. »

David Dumeau

« C'est vrai. On n'a pas la même entrée auprès des publics. Le médiateur social a une autre approche de la santé, moins dans la proximité avec la personne. Je pense être un médiateur social qui s'intègre à un système de médiation sanitaire sur le territoire : je ne réponds pas aux mêmes exigences sur les indicateurs. »

2^E TABLE RONDE

Modérée par **Nadine Aurillon Van Den Broucke**,
géographe de la santé.

LA MÉDIATION : un outil pour une société plus solidaire

Intervention d'Alain Régnier

Préfet, délégué interministériel pour
l'hébergement et l'accès au logement des
personnes sans abri ou mal logées (DIHAL)

Un contexte français de défiance

Pour des raisons culturelles, la médiation en France est un objet politique inabouti. Dans le contexte anglo-saxon et nord-américain, la reconnaissance des communautés existe et la question de la médiation ne se pose pas tellement elle est une évidence. En France, depuis la Révolution, la société n'accepte pas ou accepte mal la reconnaissance d'intermédiaire entre le citoyen et l'État.

De ce point de vue, la France reste une démocratie immature. D'une part, elle connaît une très forte concentration du pouvoir exécutif à tous les échelons, ce qui de fait laisse peu à la régulation. La société est marquée par la confrontation - c'est le pays où on manifeste le plus au monde. L'Administration y est le plus souvent puissante, concentrée et centralisée. Elle ne fait que peu confiance au citoyen. Elle agit comme une administration de contrôle, de l'a priori et n'a pas de culture de projet et d'évaluation. La France fait en réalité très peu de médiation : elle privilégie le contrôle à l'action. Ce qui a un impact sur la place de l'utilisateur.

UN USAGER PEU CONSIDÉRÉ

L'utilisateur est considéré davantage comme un sujet que comme un acteur. Il existe une relation de pouvoir entre lui et l'intervenant. Après tout, on pense et on fait pour lui, donc "de quoi se mêle-t-il ?"

La loi de 2002-2 crée pourtant les modalités de participation des utilisateurs au travers des établissements de conseil de vie sociale. Ceux-ci se sont en réalité très peu concrétisés en raison de très fortes résistances.

Dans les fonctions que j'occupe, j'ai quasiment imposé, malgré les résistances, la création d'un comité consultatif des personnes accueillies... ça a débouché sur la création d'un huitième collège au sein du Conseil national de lutte contre l'exclusion et par la mise en place de douze comités régionaux des personnes accueillies. Cette expérience a contribué à transformer l'exercice de la conférence contre la pauvreté (décembre 2012) dans laquelle les usagers étaient présents. Et leur parole a changé la nature de cette conférence. Elle nous a tous secoués.

REPENSER LE TRAVAIL SOCIAL

La médiation, dans ce contexte, a un problème de reconnaissance. Les expériences en cours sont des avancées. Mais le médiateur doit encore trouver sa place. Dans le cadre de la conférence contre la précarité et pour l'inclusion sociale, le gouvernement a annoncé la tenue d'états généraux du travail social au printemps 2014, j'espère que ce sera l'occasion d'un vrai débat de fond sur la médiation et ce qu'elle apporte.

Et je forme le vœu que ces états généraux soient l'occasion de réinterroger le travail social, la fonction de l'intervention sociale, la reconnaissance des métiers sociaux et de réfléchir à ce que peut être, en complémentarité, l'apport de la fonction de médiation. Car par définition, un intervenant social est un médiateur. Et on a besoin de ces passeurs pour garantir l'accès aux droits communs.

Mais si la médiation est nécessaire, elle n'est pas suffisante. Elle ne remplacera pas la nécessité d'aller vers une démocratie plus participative, plus ouverte et solidaire, dans laquelle chacun se sentira reconnu et pourra faire des choix et ne pas subir.

POUR UN CHOC DE SOLIDARITÉ

Dans le cadre de la conférence de lutte contre la pauvreté, avec Christophe Robert, délégué de la Fondation Abbé Pierre, nous avons réalisé un document pour appeler à un choc de solidarité. En tant qu'expert désigné par le gouvernement, j'appelle toujours de mes vœux ce choc. Il doit nous réveiller parce qu'un

certain nombre de situations sont intolérables. On l'a vu avec la crise de cette rentrée 2013 sur la question des campements illicites, la société française a besoin de médiateur.

Il faut continuer à décloisonner le sanitaire et le social et les représentations que nous nous faisons les uns des autres.

INTERVENTIONS DU PUBLIC

Dr Christophe Duvaux (ARS)

« Si j'interprète votre analyse, elle nous incite à créer la fonction de médiateur pour contrebalancer le pouvoir de l'institution. Cette grille de lecture nous réinterroge pour justifier de la nécessité de la fonction. Qu'est-ce qui construit la personne et la remet debout ? Les intervenants sont-ils du champ du social, de la scolarisation, ou du sanitaire ? Qu'est-ce qui fait la dynamique ? »

Alain Régnier, DIHAL

« Il y a quelque chose de systémique qui ne va pas dans la société française, liée à cette culture de ne pas se faire confiance, d'être dans une relation de pouvoir et de ne pas regarder l'autre comme un atout — Je renvoie à toutes les théories sur la coopération. Il faut rétablir cette confiance. Et la médiation est un palliatif à une réforme en profondeur. Le risque est que le système implose. Et j'appelle à ne pas rester dans cette fatalité et à faire soi-même le pas vers l'autre. »

Annick Plou, militante au collectif nantais Romeurope

« On dit que la France est déprimée mais ceux qui font des choses sont tellement stigmatisés, c'est difficile. Quand on entend ces paroles, ça fait du bien, on peut continuer. Au nom de tous, on peut vous dire merci. »

Laurent El Ghazi, AŞAV

« Je ne suis pas sûr que ce soit si simple. Vous évoquez, Alain Régnier, le monde anglo-saxon. Pour autant, l'approche communautaire, le fait de reconnaître que tous les citoyens ne sont pas les mêmes me pose problème. Imaginer qu'on puisse au nom de la reconnaissance d'une différence mettre en place des textes différents, selon qu'on est bleu, blond ou jaune ?

Alain Régnier, DIHAL

Je crois qu'un système plus ouvert intègre plus facilement les différences. Il faut revisiter le concept d'égalité des chances. Ce qui me préoccupe, c'est la maltraitance faite à la jeunesse. On ne peut pas continuer à avoir un système qui l'étouffe autant. Je ne suis pas convaincu qu'il faille un système communautarisé, mais le côté anglo-saxon a cet aspect intéressant qu'il est pragmatique. En France, on est dans la confrontation. Pourquoi n'est-on pas capables d'inventer un nouveau modèle de vivre ensemble. Il faut construire cette société dans laquelle on s'écoute. J'aimerais que le pays sorte de cette torpeur, de cette tristesse, de cette mélancolie. Il y a des tas d'initiatives formidables, pourquoi ne pas le dire plus ?

Intervention de Sébastien fleuret

Géographe de la santé, chercheur au CNRS au laboratoire Espace et sociétés (ESO) à l'université d'Angers

L'objectif de mon intervention est de montrer en quoi lorsqu'on a une approche globale de la santé, cela nous conduit à penser autrement les actions en faveur de la santé. Ce qui permet d'orienter la réflexion vers plus de participation et vers des systèmes d'interaction entre les acteurs. De fait, différents groupes, différents organismes vont se trouver en situation de médiation.

L'accès à la santé, ce n'est pas que l'accès aux soins mais un ensemble. Quand on travaille sur le logement, le transport, on fait de la santé. C'est quelque chose qu'on n'a pas l'habitude de considérer. Conséquence de cet état de fait : puisqu'on ne se sent pas légitime

à dire qu'on agit en faveur de la santé, les actions sont faites par des moyens détournés.

Quelques exemples :

1. Au Québec, dans le quartier pointe Saint-Charles à Montréal, des médecins ont créé, dans les années 1970, une clinique communautaire. Petit à petit, d'autres cliniques se sont créées sur le même modèle. Le gouvernement provincial a trouvé ces expériences intéressantes et les a généralisées en créant des centres locaux de services communautaires (CLSC) et en les territorialisant.

Sur chacun des territoires, un établissement de services de premier recours a été mis en place. Cet établissement est communautaire et doit donc impliquer la population. Souvent, on la consulte a posteriori. Et cha-



Je crois qu'un système plus ouvert intègre plus facilement les différences. Il faut revisiter le concept d'égalité des chances.

cun repart avec sa pratique professionnelle habituelle. Dans l'exemple de pointe Saint-Charles, un espace de médiation collective s'est construit. Et la parole est remontée du terrain avant d'être portée auprès des autorités de santé.

Sur ces dix dernières années, le projet le plus mobilisateur mené sous l'égide de la clinique communautaire (par les organisateurs communautaires de santé) est une opération populaire d'aménagement (OPA). La clinique a réuni les habitants pour réfléchir à la qualité de vie dans le quartier et ils ont fini par proposer une opération d'aménagement à la municipalité. Le fait d'être parvenu à un projet élaboré de la sorte vient du fait qu'il y a beaucoup d'associations, qui ne sont pas toutes issues du secteur de la santé, mais elles ajoutent cette composante dans leur propos. Elles font par exemple de la cuisine, une activité liée à la santé, et profitent pour faire de l'alphabétisation avec la lecture et écriture de recettes, faire du lien social en rassemblant différentes communautés.

2. En banlieue de Salvador de Bahia au Brésil. Dans les années 1990, au sortir des périodes de dictature, il a fallu mettre en place un système de santé dans un territoire très vaste, marqué par de fortes inégalités sociales. La stratégie choisie a été de créer un programme de solidarité familiale (PSF). Autour d'un périmètre géographique défini, des équipes pluridisciplinaires (infirmier, agent de santé communautaire, etc.) sont implantées. Chaque agent de santé communautaire fait l'interface entre les équipes de santé et la population.

Entre temps, il a été décidé de faire une implantation standardisée avec la réalisation d'un diagnostic territorial, pour comprendre le territoire, identifier les besoins de santé et les partenaires pour travailler avec eux. L'expérience fonctionne bien, même dans les espaces les plus pauvres. Une équipe du PSF a notamment réussi à convaincre que si on voulait favoriser la santé, dans certaines favelas, il fallait des caniveaux pour gérer l'écoulement de l'eau.

Ces problématiques paraissent éloignées des problématiques françaises. Et pourtant, l'aménagement du territoire, l'environnement, en France, peuvent avoir des effets favorables au lieu d'orienter systématiquement vers le soin.

3. En Bretagne, dans le cadre d'un travail en cours avec la FNARS Bretagne (Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale), les associations ont décidé de mettre en place un observatoire participatif de la santé dans la région. Cet outil veut faire écho au constat que la santé des plus démunis est très méconnue, les parcours de soins complexes et les itinéraires de vie singuliers. Au lieu de s'appuyer sur des statistiques anonymes, cet observatoire va chercher la parole des personnes accueillies dans les structures adhérentes à la FNARS.

On constate une vraie participation. Avec une limite : alors que les participants avaient au départ des difficultés à prendre la parole, ils se sont spécialisés, ont appris les codes et les éléments de langage. Il y a donc un enjeu de renouvellement pour que les représentants des usagers ne deviennent pas des professionnels bis.

ENSEIGNEMENTS

Que disent ces exemples ? D'abord, que la santé se joue ailleurs parfois que dans le simple soin. Ensuite, qu'on a souvent un petit nombre de personnes motrices. Si elles se retirent, l'édifice peut s'effondrer rapidement. Il est important donc d'officialiser ces postures de médiation, qu'on les reconnaisse et qu'on trouve un moyen de les rendre pérenne.

Sur la participation, il y a de grosses similitudes entre les agents communautaires de santé (nommés organisateurs communautaires au Québec) et les médiateurs. Ces positions d'interface sont nécessaires, elles existent parfois mais elles ont vocation à être reproduites sur d'autres exemples que les Roms. À condition de reconnaître l'importance des partenariats.

Il faut favoriser la participation tout en gardant en tête un principe de réalité : il est difficile d'identifier les personnes qui veulent participer.

Intervention du Dr Christophe Duvaux Directeur adjoint de l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire

Les ARS sont nées de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) de 2009. C'est une bonne idée de regrouper tous les acteurs sous le même pilotage et d'y inclure les DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales). C'est une des questions qui a été pointée tout de suite au niveau national : si on sépare trop le sanitaire et le social, on va droit dans le mur.

En région Pays de la Loire, on a tout de suite essayé d'articuler les services de l'État avec les collectivités. Avec la création des ARS, des projets régionaux de santé se sont mis en place. Dans un premier temps, on a eu une vision territoriale. Ce qui nous a paru logique compte tenu de la construction des responsabilités avec

l'enjeu que représentent les personnes âgées, le lien avec le social porté beaucoup par les collectivités d'État.

Dans un deuxième temps, il faut aller plus loin. Le risque, en régionalisant, est d'éloigner les acteurs. L'idée était d'ancrer l'action très vite. La vision d'un territoire n'est pas la même d'une collectivité à une autre. Mais on essaye d'articuler nos missions avec les politiques publiques de santé des collectivités. Et avec un outil : le contrat local de santé, dans lequel on souhaite articuler et "interceptorialiser" l'action : sur un territoire, si un des acteurs manquent - mais pas seulement un acteur de santé - tout manque.

“

La médiation, on en a besoin, c'est un débat qui doit intégrer toutes les problématiques de santé des populations : la santé n'est pas seulement le soin, l'action se fait aussi en proximité.

des indicateurs se dégrader. Deux d'entre eux sont préoccupants : la précarité des jeunes (18-20 ans) et l'arrivée de jeunes familles en situation de précarité. Il faut "rattraper" ces personnes, ne pas les perdre. On est sur des dynamiques de long terme.

La fonction de médiation est intéressante par son bien-fondé, dans sa fonction de recréer du lien ou éviter qu'elle ne se distende et je pense notamment aux territoires ruraux avec des personnes âgées isolées. Là, il faut creuser et voir comment la « boîte à outils » peut remédier à des problématiques sur d'autres territoires et d'autres populations. La "transférabilité" d'une action en santé publique est un sujet sur lequel on pourrait travailler ensemble. La médiation, on en a besoin, c'est un débat qui doit intégrer toutes les problématiques de santé des populations : la santé n'est pas seulement le soin, l'action se fait aussi en proximité. Et quelque part, on souhaite tous changer notre regard sur les situations, parce que les problèmes sont encore devant nous.

LA SANTÉ N'EST PAS QUE LE SOIN

Les études montrent que les déterminants économiques, individuels et environnementaux représentent 80 % de l'impact en termes de santé. Le seul accès au soin ne représente que 20 %. Notre longévité, la réduction de la mortalité, n'est pas liée au soin. Il y a contribué mais de plus en plus, avec le vieillissement de la population, il se fait ailleurs.

De la même manière, si on interroge la population sur ce qui fait sa santé, elle répond le médecin ou le service de soins alors que la santé n'est pas forcément là.

Le vrai sujet, par exemple, de la prévention en milieu scolaire, c'est de lutter contre l'illettrisme. Nous avons tous, individus et collectivités, une action à mener dans le secteur de la santé. Il faut ainsi savoir réinterroger une action, la discuter pour qu'elle puisse se développer.

Dernier point : notre préoccupation est régionale. Pas seulement sur les populations migrantes qui concentrent les motifs de préoccupations. Notre sentiment est qu'avec la crise socio-économique, on voit

INTERVENTIONS DU PUBLIC

Jean-François Corty, Médecins du Monde

« Médecins du Monde a démarré un projet en Auvergne, avec l'objectif de travailler sur la précarité d'accès aux soins en zone rurale, avec le monde agricole, les familles jeunes, où on observe des migrations de la pauvreté de la part de populations qui ont quitté les grandes villes. Et ce, dans un contexte de démantèlement du système de santé solidaire, dans un environnement où les services publics sont de moins en moins opérants. On est bien dans une posture de médiation avec un travailleur social embauché comme tel. Et on travaille auprès d'une population précaire qui n'est pas étrangère. »

Sylvaine Devriendt, coordinatrice régionale de Médecins du Monde

« Cette table ronde a été pensée parce qu'on considère que la médiation est un levier pour faire participer les gens. On arrive à montrer qu'elles ont des ressources. À terme, ça paie et on va arriver à une participation. La médiation est un tremplin vers une participation communautaire. »

Sébastien Fleuret, géographe de la santé

« En Pays de la Loire, on avait travaillé sur l'isolement des personnes âgées en partant de l'a priori que l'isolement pose des problèmes d'accès aux soins. On a été surpris de voir que ce n'était pas forcément le cas. Certaines avaient bien des problèmes de transports mais ce n'était pas pour accéder aux soins - elles pouvaient solliciter quelqu'un. Par contre, elles déclaraient vouloir aller sur le marché, rencontrer du monde et avoir accès aux différents services. Résultat : un service de transport avait été mis en place pour y accéder. Il avait été demandé à La Poste de décaler les horaires d'ouverture, aux médecins de réserver des horaires. Si on n'avait pas demandé l'avis de la population, on serait passé à côté de ça. »

Nadine Aurillon Van Den Broucke, géographe de la santé

« Il faut sortir de la « personne sujet passif » et passer à la « personne sujet actif ». Ce n'est pas parce qu'on est en difficulté qu'on n'a pas d'idée. Les personnes savent parler de leur situation. Par contre, il faut solliciter leur parole et leur participation, ce qui n'est pas encore une démarche habituelle dans notre société. La médiation serait donc un outil de transition.

Jean-François Corty, Médecins du Monde

« Le Premier ministre Jean-Marc Ayrault a présenté un plan quinquennal de lutte contre l'exclusion dans laquelle la notion de médiation sanitaire avait été mise en avant. Avez-vous eu, à l'ARS, des consignes de la direction générale de la santé ou de la personne censée suivre l'application de ce plan, François Chérèque ? Dans les faits, ressentez-vous les recommandations et l'annonce du plan quinquennal ? »

Christophe Duvaux, ARS

« Je n'ai pas en tête qu'une pression très forte nous ait été faite. Peut-être que ça m'a échappé. Mais on n'est pas une région très opposée à la médiation, on ne s'est pas senti directement concerné. On a essentiellement capitalisé sur ce qui était fait puisque c'est une dynamique qu'on avait déjà anticipé. »

CONCLUSION

Par Christian Laval,
sociologue, administrateur de Médecins
du Monde

POLITIQUES INABOUTIES, MÉTIERS INACHEVÉS

Il me semble que se dégagent de ce colloque deux axes de travail :

Le premier concerne les politiques inabouties.

Cet axe pose la médiation comme une fonction sociale, voire politique, dans un contexte de crise ou de mutation qui appelle à un changement de regard et à de nouvelles coopérations. Deux vécus d'expérience se télescopent entre intervenants de première ligne et ceux qui sont éloignés du front. Parce que toute « entrée » convient lorsqu'il s'agit de rencontrer et de mobiliser l'autre, la distinction entre sanitaire et social est en quelque sorte « diluée » lorsqu'on est au front. Par contre, plus on monte dans la verticalité, plus les logiques de cloisonnement et d'expertise reprennent leur droit. Trois questions sensibles sont remarquables :

1) Comment catégoriser les problèmes traités ? La nomination des problèmes a des effets opératoires sur la manière dont se construisent les politiques publiques. On est sorti du modèle exclusion-inclusion. Peut-on sortir du modèle qui met en opposition les précaires et les non précaires à partir du moment où la précarité perméabilise dans des îlots de plus en plus difficiles à cerner ? J'ai entendu des gens parler de population précaire - prier pour avoir le droit auquel on prétend - aussi de populations vulnérables - être blessé. La notion de vulnérabilité rapatrie des gens qui ont été blessés par des traumatismes psychiques, des désordres économiques, des accidents de la vie vers une commune humanité et pose ainsi, non une coupure, mais un continuum entre « eux et nous ».

2) Comment rendre public les problèmes de santé mais aussi les problèmes sociaux concernant des populations invisibles et qui sont en dehors du droit commun ? Pour MdM, la « publicisation » des problèmes passe par une grammaire qui est celle de la santé des publics (en chair et en os) et pas seulement celle de la santé publique (des seules statistiques). La santé des publics devient la question sociale du 21^e siècle.

3) Comment restaurer de la confiance tout en activant de la conflictualité ? Il me semble que les pratiques de médiation (relais et porte-parole) qui ne peuvent se déployer que dans des relations où la confiance est « gagnée » doivent s'accompagner si nécessaire de pratiques de conflictualité. Pour le dire autrement, comment peut-on faire écho et rendre public la colère des personnes ? Et ne pas seulement poser la question de l'expertise et des décroisements ? Je pense qu'on manquait un peu de colère cet après-midi. Et si Médecins du Monde perdure, c'est parce que des gens ont encore de la colère en eux.

Un deuxième axe de travail concerne les métiers inachevés.

Cette question de la médiation se pose depuis deux décennies voire plus. Que constate-t-on en pratique ? Le contenu du travail est toujours plus vaste, plus informel que l'énoncé du métier. Lorsque les médiateurs de santé s'expriment, ils ont du mal à mettre des mots sur ce qu'ils font alors qu'ils font plein de choses. La première des choses qu'ils font, c'est peut-être d'être proches, d'être présents au front, avec l'impossibilité de différencier le sanitaire du social, parce que s'ils le font, ils deviennent des experts et s'éloignent alors des gens.

“

Si on veut prendre au sérieux cette fonction en en faisant un métier, il faut s'atteler au chantier des statuts »

Peut-on mieux définir ce travail du proche et de la présence ?

Un premier niveau renvoie à tel lieu de vie, à tel quartier, à telle situation. La médiation consiste à « aller vers » ; à se rapprocher, à faire tomber les barrières.

Mais il n'y a pas que cette proximité-là, la relation se construit en partageant des identités stigmatisées et sur un travail collectif de renversement du stigmate en le revendiquant comme une identité positive. Le stigmate, qui peut être une maladie, l'usage de drogues, le fait de se prostituer, a un impact sur l'identité sociale, sur la relation aux institutions et au monde des non stigmatisés.

Enfin, la proximité peut renvoyer à des variables populationnelles. À ce moment-là, la médiation devient thématique. On va parler de la vulnérabilité des personnes âgées ou de la manière dont une société maltraite ces jeunes ou certains d'entre eux.

Certes, le contenu de la proximité est divers, pluriel, demande des compétences spécifiques de rapprochement, de présence et d'interface, mais au bout du compte ce qui reste énigmatique, c'est comment se fait le lien entre affect (colère) et politique (raison) ? Le médiateur est un thermomètre, il exerce sa vigilance, il fait remonter les dysfonctionnements. Et lorsqu'il n'est pas entendu, c'est lui qui risque de « sauter » sans que les dysfonctionnements ne se résolvent pour autant. L'intervention du médiateur est un acte éminemment risqué au niveau politique qui peut apaiser la colère sans résoudre les problèmes des gens. De ce point de vue, j'insiste sur le fait que si on veut prendre au sérieux cette fonction en en faisant un métier, il faut s'atteler

au chantier des statuts. Pour l'instant, dans un certain nombre de programme, les médiateurs sont fatigués car peu soutenus institutionnellement.

Les médiateurs sont les porte-paroles d'une forme de connaissance profane qu'on ne sait pas accueillir dans nos sociétés sophistiquées. De ce point de vue, il ne faudrait pas faire l'erreur consistant à penser que l'agent de santé communautaire, dans le tiers-monde a les mêmes fonctions que le médiateur de santé dans nos sociétés complexes. Ce dernier pose son activité en vis-à-vis d'une multitude d'expertises professionnelles, disciplinaires et politiques. Ce qui veut dire qu'il n'est pas un subalterne mais quelqu'un qui devrait posséder un niveau master 1 ou 2.

