



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS EN SANTE PUBLIQUE

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

Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques

Soumis à la consultation publique du 20 février 2017 au 13 mars 2017

Document soumis à consultation

---

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

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

1	<b>Sommaire</b>	
2	<b>1. Avis de la Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique</b>	<b>4</b>
3	<b>2. Saisine, objectif et méthode</b>	<b>5</b>
4	2.1 Saisine	5
5	2.2 Analyse de la saisine et objectif	5
6	2.3 Populations concernées	6
7	2.4 Méthodologie	6
8	2.5 Périmètre du référentiel	7
9	2.6 Cible des référentiels	7
10	2.7 Intitulé du document et choix terminologiques	7
11	<b>3. Définition de la médiation en santé</b>	<b>8</b>
12	<b>4. Etat des lieux de la médiation en santé</b>	<b>9</b>
13	4.1 Le développement historique de la médiation en santé	9
14	4.2 Multiplicités des missions existantes	9
15	4.3 Attentes des acteurs de la médiation en santé	11
16	4.4 Nécessité de la médiation en santé	12
17	<b>5. Référentiel de la médiation en santé</b>	<b>13</b>
18	5.1 Compétences	14
19	5.2 Formation	15
20	5.2.1 Formation initiale	15
21	5.2.2 Formation continue	16
22	5.2.3 Analyse des pratiques	17
23	5.3 Bonnes pratiques	18
24	5.3.1 Cadre déontologique de la médiation en santé	18
25	5.3.2 Le travail en équipe et en réseau	19
26	5.3.3 Diagnostic du non-recours à la prévention et aux soins	20
27	5.3.4 Les axes d'intervention de la médiation en santé	22
28	5.3.5 Terminer une action de médiation en santé	28
29	Listes des tableaux et figures	29
30	Glossaire	30
31	Abréviations	31
32	Annexe 1. Article 90 de la LMSS du 26 janvier 2016	33
33	Annexe 2. Distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé	34
34	Annexe 3. Méthodologie	35
35	Annexe 4. Charte déontologique du médiateur en santé (ASV Marseille)	38
36	Annexe 5. Parties prenantes sollicitées	42
37	Annexe 6. Compte-rendu de la réunion de parties prenantes du 7 octobre 2016	44
38	Annexe 7. L'équipe	52
39	Bibliographie	53
40		

41

## **1. Avis de la Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique**

42

Document soumis à audition

## 43 2. Saisine, objectif et méthode

### 44 2.1 Saisine

45 L'article 90 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS)<sup>1</sup> du 26 janvier  
46 2016, a introduit dans le Code de la Santé Publique (CSP) un nouvel article (art. L1110-13)<sup>2</sup> dispo-  
47 nible en Annexe 1) prévoyant l'élaboration de référentiels de compétences, de formation et de  
48 bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en  
49 œuvre ou participent à des dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat linguistique. Il est  
50 précisé que cette mission est confiée à la Haute Autorité de Santé (Art 90 LMSS). L'article 90 a  
51 également modifié l'article L161-37<sup>3</sup> du CSS stipulant les missions de la Haute Autorité de Santé

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

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

60 Par ailleurs, il est mentionné dans la saisine de la DGS que « *l'élaboration de ces référentiels*  
61 *s'appuiera sur les pratiques existantes et évaluées en ce domaine qu'il s'agira d'encadrer et de*  
62 *stabiliser à travers ces référentiels communs, sans générer de financements supplémentaires* ».   
63 Les documents préparatoires aux travaux parlementaires dans le cadre de l'examen du projet de  
64 loi de modernisation de notre système de santé précisaient que « *ce travail, qui sera limité au seul*  
65 *travail d'élaboration, et non plus de validation, de référentiels et de règles de bonnes pratiques par*  
66 *la HAS, permettra de lui faciliter le travail d'homogénéisation de pratiques a priori disparates, sans*  
67 *avoir à les valider en amont, ce qui risquerait en effet de les « fixer », sans possibilités d'évolution*  
68 *ou d'harmonisation avec les autres pratiques.* »

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

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

### 76 2.2 Analyse de la saisine et objectif

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

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

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

<sup>2</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=ADCDCBBF101871EE313C0DC653F1DA6D.tpdila12v\\_2?idArticle=LEGIARTI000031919839&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=ADCDCBBF101871EE313C0DC653F1DA6D.tpdila12v_2?idArticle=LEGIARTI000031919839&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=)

<sup>3</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017832778&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

83 Il ne s'agit pas de créer un référentiel métier mais de déterminer les bonnes pratiques de la média-  
84 tion en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins et de mieux  
85 définir les champs qu'elles recouvrent. Ces référentiels s'appuient sur l'évaluation des nombreux  
86 dispositifs hétérogènes, actions et outils qui font appel à la médiation en santé pour accompagner  
87 les publics vulnérables vers la prévention et le soin.

88 Les dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat sont introduits dans un même article dans  
89 le CSP. Pour autant, ce sont deux dispositifs bien distincts faisant l'objet de référentiels spécifiques  
90 (Annexe 2). Le médiateur en santé n'a pas vocation à se substituer à un interprète professionnel,  
91 et inversement. Le présent référentiel porte sur la médiation en santé pour les personnes éloi-  
92 gnées des systèmes de prévention et de soins.

## 93 **2.3 Populations concernées**

94 La médiation en santé s'adresse :

95 - aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plu-  
96 sieurs facteurs de vulnérabilité, et pour lesquelles les institutions rencontrent des difficultés  
97 (difficultés d'accès et/ou de prise en charge). Ces facteurs de vulnérabilité peuvent être  
98 multiples : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement  
99 juridique et sanitaire défavorable, précarité.

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

108 - aux institutions/professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de ces popula-  
109 tions.

110 Les deux parties (population vulnérables et institutions/professionnels de santé) sont confrontées à  
111 des difficultés de mise en relation.

## 112 **2.4 Méthodologie**

113 Pour réaliser ces référentiels, la HAS s'est appuyée sur une revue de la littérature, une réunion de  
114 parties prenantes sur chaque thème et des entretiens individuels pour approfondir certaines ques-  
115 tions (Annexe 3) Une mise en consultation publique des référentiels a été organisée.

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

118 La HAS a rappelé son souhait :

- 119 • de s'appuyer sur les documents existants publiés ;
- 120 • de produire des référentiels utiles et lisibles par les professionnels de santé, les institutions, les  
121 médiateurs.

122 En préambule, des documents clefs, sur lesquels reposent ces référentiels, méritent d'être men-  
123 tionnés : le rapport FRAES 2010 [2], le référentiel du Programme National de Médiation Sanitaire  
124 (PNMS) 2014 [3], le rapport Incitta 2016 [4] ; ainsi que des documents de l'ASV Marseille rédigé  
125 par le cabinet d'audit CapMed (Michel Carbonara). [5]

## 126 2.5 Périmètre du référentiel

127 Ces référentiels se concentrent sur la médiation en santé pour les personnes éloignées des sys-  
128 tèmes de prévention et de soins (article 90 LMSS). En d'autres termes, ces référentiels se concen-  
129 trent sur les outils de l'« aller vers » les publics vulnérables et les structures de santé, pour faciliter  
130 l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de ces publics.

131 Ces référentiels excluent de leur champ :

- 132 • La médiation institutionnelle visant à assurer le règlement de conflits avec les usagers du sys-  
133 tème de soins. Cette mission est gérée par les commissions des usagers (CDU). Il existe éga-  
134 lement les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) qui sont des commissions in-  
135 dépendantes des établissements de santé. Ce référentiel ne vise pas non plus  
136 l'expérimentation d'une médiation sanitaire au niveau territorial, concernant les réclamations /  
137 plaintes en santé, encadrée par le décret du 2 février 2017.
- 138 • La médiation sociale, inscrite dans le code de l'action sociale et des familles.
- 139 • Les dispositifs d'accompagnement des « patients experts » tels qu'il en existe dans certains  
140 domaines de santé dont les actions ne s'inscrivent pas dans une démarche temporaire, et qui  
141 peuvent inclure des actions d'éducation thérapeutique. (ex : comme les « pairs aidants » en  
142 santé mentale).
- 143 • L'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie  
144 chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des per-  
145 sonnes handicapés, concerné par l'article 92 de la LMSS.

## 146 2.6 Cible des référentiels

147 Ces référentiels s'adressent aux personnes qui interviennent dans le parcours de santé des per-  
148 sonnes les plus vulnérables, c'est-à-dire les médiateurs en santé, les structures porteuses des  
149 projets de médiation en santé et en charge de la formation, les institutions, les professionnels de  
150 santé et du social (médecins, infirmiers, assistantes sociales, etc.), et les usagers.

## 151 2.7 Intitulé du document et choix terminologiques

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

157 Ces différentes terminologies sont considérées comme équivalentes et le document utilisera la  
158 terminologie « médiation en santé » au sens de « médiation en santé pour les personnes éloi-  
159 gnées des systèmes de prévention et de soins ». Cette médiation en santé fait le lien entre les  
160 personnes éloignées de la prévention et des soins d'une part, et les acteurs du système de santé  
161 d'autre part.

### 162 3. Définition de la médiation en santé

163 La médiation en santé est un champ d'application de la médiation en général. [6] Le cœur de la  
164 médiation en santé est l'accès aux systèmes de prévention et de soins.

165 La médiation en santé est une interface de proximité pour faciliter :

- 166 • d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus  
167 vulnérables ;
- 168 • d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public  
169 dans son accès à la santé.

170 Le médiateur en santé **crée du lien** et participe à un **changement des représentations** entre le  
171 système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et  
172 formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation. Il a une connaissance fine de son ter-  
173 ritoire d'intervention, des acteurs et des publics.

174 La médiation est un processus temporaire de « **l'aller vers** »<sup>4</sup> et du « **faire avec** »<sup>5</sup> dont les objec-  
175 tifs sont de renforcer :

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

180  
181 Le travail du médiateur s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et  
182 des partenaires.

#### 183 **Témoignage d'un médiateur en santé**

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

#### 188 **Témoignage**

189 « ... Appel à témoignage lors de la consultation publique... »

<sup>4</sup> La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.

<sup>5</sup> « Faire avec » sous-entend faire avec les personnes et non à leur place car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes

## 190 4. Etat des lieux de la médiation en santé

### 191 4.1 Le développement historique de la médiation en santé

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

198  
199 La médiation en santé apparaît en partie comme une professionnalisation des « adultes-relais »,  
200 dispositif apparu dans les années 1970-1980 avec la médiation sociale et qui consistait en un tra-  
201 vail d'orientation des publics issus de l'immigration vers les dispositifs d'accès aux droits, de pré-  
202 vention et de soins, de (re)création de la relation et de levée des incompréhensions entre les pu-  
203 blics et les professionnels de santé.

204  
205 La médiation en santé a d'abord été portée par des partenariats expérimentaux entre des associa-  
206 tions et la DGS pour gérer des problèmes de santé publique spécifiques à certaines populations :

- 207 • le dépistage et la prévention de l'infection à VIH chez les populations migrantes  
208 (VIH) [7];
- 209 • le programme de médiation sanitaire visant la santé materno-infantile en direction des popula-  
210 tions roms vivant en bidonvilles. Ce programme a été étendu par la suite pour un accès plus  
211 global à la santé et à un public « Gens du voyage en situation de précarité » (Programme Na-  
212 tional de Médiation Sanitaire – AREA, Aréas dispositif de La Sauvegarde du Nord, Association  
213 pour l'Accueil des Voyageurs, Les Forges, Médecins du Monde, Première Urgence Internatio-  
214 nale, Relais Accueil Gens du Voyage, Roms Action et SOLiHA). [8,9,10,11]

215  
216 Le Ministère de la Santé a également financé et piloté un programme expérimental avec l'Institut  
217 de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA) pour former, entre 2000 à 2005, 150  
218 médiateurs en santé [12,13].

219  
220 Les résultats satisfaisants des phases expérimentales ont encouragé un certain nombre  
221 d'hôpitaux, de centres de santé communautaires, d'Agences Régionales de Santé à financer des  
222 postes de médiateurs en santé afin de lutter contre les inégalités en santé et le non-recours aux  
223 soins. A titre d'exemple, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes à lancer des appels à projets sur sa région  
224 afin d'améliorer la santé des habitants sur certains territoires (quartiers prioritaires de la politique  
225 de la ville). Les structures porteuses de ces actions de médiation de santé sont des organismes  
226 publics ou privés à but non lucratif œuvrant dans les domaines de la santé y compris les maisons  
227 de santé pluri professionnelles, centres de santé, pôles de santé [14].

228  
229 L'objectif de la médiation en santé s'inscrit dès ses débuts dans l'amélioration de l'accès aux  
230 droits, aux soins et à la prévention et vise à faciliter les relations entre professionnels de santé et  
231 usagers.

### 232 4.2 Multiplicités des missions existantes

233 Le sociologue Julien Perrin et la consultante en Santé Publique Célia Chischportich ont réalisé un  
234 état des lieux des missions existantes sur Marseille (caractéristiques communes et éléments de  
235 diversité) qui semble pouvoir s'appliquer au niveau national [4]. Leurs éléments d'analyse sont  
236 synthétisés dans le Tableau 1.

237 Les éléments communs des différents projets de médiation en santé auquel la HAS a eu accès à  
 238 travers l'analyse de la littérature et les entretiens avec des parties prenantes concernent le public  
 239 ciblé, l'objectif du processus, les moyens mis en œuvre pour l'atteindre et une partie des activités  
 240 communes aux différents porteurs de projet. Ces activités communes sont reprises et détaillées  
 241 dans le chapitre sur les bonnes pratiques de ce référentiel (Section 5.3.4).

242 **Tableau 1. Caractéristiques communes des projets de médiation en santé**

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

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

247 **Tableau 2. Eléments de diversité des projets**

Contextes d'émergence	Certains dispositifs sont nés d'une mobilisation des habitants et associations de quartier, d'autres ont été favorisés par une impulsion politique, une dynamique nationale.
Profil des médiateurs	Les médiateurs peuvent être issus de professions médicales ou paramédicales (ex : infirmier, sage-femme, aide-soignante) ou dans le champ social, ou bien d'un parcours militant et engagé au sein d'un quartier, sans qualification initiale dans le domaine médico-social et recrutés parce qu'ils partagent des caractéristiques avec une partie des publics qu'ils accompagnent, les médiateurs "pairs" (ex : maladie, prostitution, consommation de drogues, habitant de quartier).
Structures porteuses	Associations, mutuelles, collectivités territoriales, ARS, hôpitaux.
Financements	Ces financements sont multiples et peuvent provenir de l'Union

mobilisés	européenne, de l'Etat / de la Politique de la Ville, de fondations, de l'Assurance-Maladie, des collectivités territoriales, de la Mutualité Française ou d'entreprises privées. Les ARS apparaissent comme les principaux bailleurs concernés par le financement des projets locaux de médiation en santé.
Logique de rencontre avec les publics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention auprès d'un public « captif » : les médiateurs ont pour mission de créer une relation de proximité avec un public déjà connu des structures de santé.</li> <li>• Rencontre de publics éloignés du système de santé en développant des partenariats : les médiateurs créent des rencontres sur les lieux de vie avec des publics non connus des structures.</li> </ul>
Ancrage de la structure dans la santé	Certaines des structures porteuses de projets de médiation ont en raison de leur objet initial un lien fort avec la santé (hôpitaux, Médecins du Monde, etc.) : le médiateur va pouvoir s'appuyer sur les partenariats préexistants avec les acteurs des parcours de santé. D'autres structures ont un ancrage plus social ou communautaire.
Nombre de professionnels impliqués dans le projet de médiation	Certains projets reposent principalement, voire uniquement sur le médiateur en santé. D'autres favorisent l'implication du médiateur au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
Recours à des outils / fiches	Des outils co-construits avec des partenaires de santé (ex : CHU, conseil régional, INPES) sont utilisés par certains acteurs comme AŠAV ou Médecins du Monde (ex : carnet de grossesse français/roumain, film de prévention sur l'hépatite B, la tuberculose, etc.). <sup>6</sup> Autre exemple cité par les partenaires : les fiches actions du guide « accompagnement santé » rédigé par la Fédération des acteurs de la solidarité (FNARS) <sup>7</sup> .

#### 248 **4.3 Attentes des acteurs de la médiation en santé**

249 Les parties prenantes sollicitées s'accordent à dire que les référentiels publiés par la HAS de-  
250 vraient permettre une meilleure valorisation de la médiation en santé, en reconnaissant et enca-  
251 drant ses missions.

252 Néanmoins, la reconnaissance impliquera également de lever d'autres freins:

- 253 • Statutaires : absence de statut de médiateur dans la fonction publique.
- 254 • Financiers : les financements actuels sont liés à des appels à projets, donc non pérennes. Or  
255 la stabilité professionnelle du médiateur est essentielle pour faciliter la construction d'une rela-  
256 tion de confiance avec le public et les professionnels de santé.
- 257 • Institutionnels : les médiateurs ne peuvent intervenir de façon isolée. Ils ont besoin de soutien  
258 institutionnel, de l'accueil dans les structures de soins, de la reconnaissance de leur position  
259 sans exigence au-delà de leurs missions. A ce titre la médiation en santé a été inscrite dans le  
260 code de la santé publique (Art. L. 1110-13) : « *La médiation sanitaire et l'interprétariat linguis-  
261 tique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloi-  
262 gnées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.* » Les  
263 modalités d'application de cet article sont déterminées par décret.

<sup>6</sup> <http://www.mediation-sanitaire.org/les-outils/mallette/>.

<sup>7</sup> <http://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/sante/ressources-sante-menu/publications-fnars-sante-m/6233-dix-fiches-actions-pour-promouvoir-l-accompagnement-sante-2>

264

#### 4.4 Nécessité de la médiation en santé

265 La médiation en santé est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions aux inéga-  
266 lités de santé dans notre société. Visant la promotion de la santé et son accès pour tous, elle est  
267 fondée sur les principes d'action et les valeurs éthiques et sociales défendues par la Charte inter-  
268 nationale d'Ottawa<sup>8</sup>. [15] La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage  
269 de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

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

278 La médiation en santé est une action fortement soutenue par les partenaires institutionnels du  
279 champ de la santé.

280 La médiation en santé est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions [16]:

- 281 • à la complexité du système de santé (dispositifs et des conditions d'accès) par leurs bénéfi-  
282 ciaires potentiels ;
- 283 • à la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes ;
- 284 • à la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits qui provoquent non-recours  
285 et retards des soins ;
- 286 • à la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiels.

---

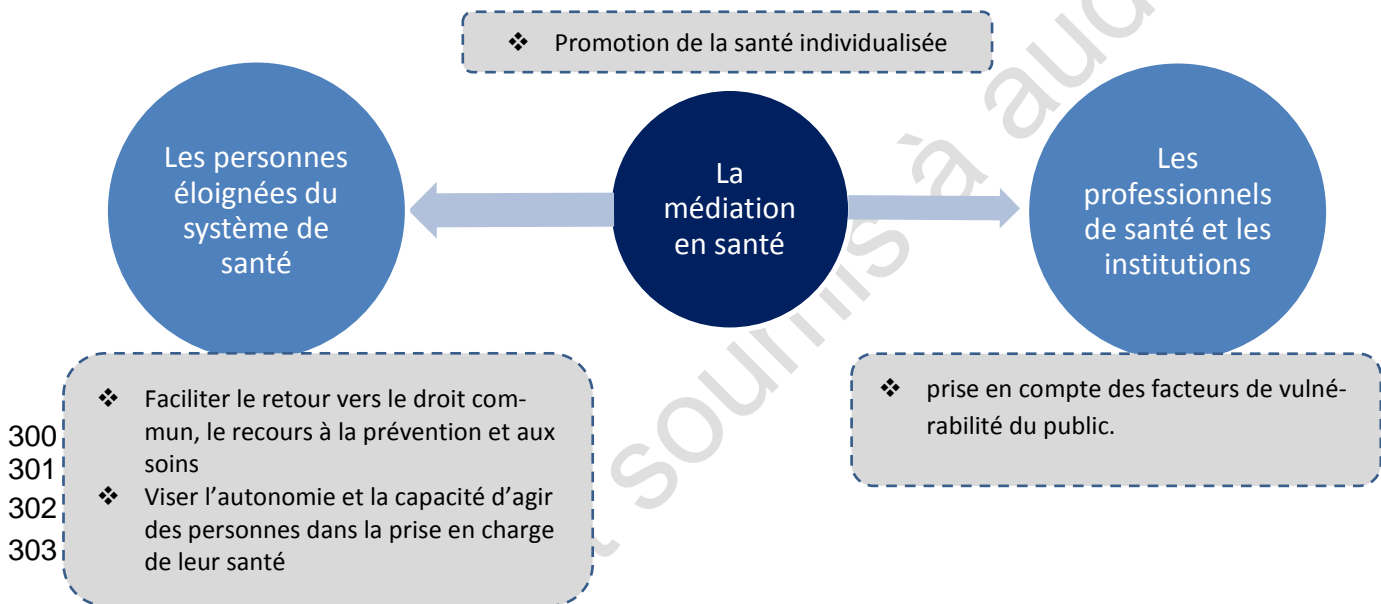
<sup>8</sup> Charte adoptée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunion à Ottawa le 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

## 287 5. Référentiel de la médiation en santé

288 La médiation en santé s'inscrit d'une part auprès des personnes éloignées du système de santé et  
289 d'autre part auprès des professionnels de santé et des institutions. Elle fait appel à des compé-  
290 tences spécifiques, acquises en partie par des formations, et requiert le recours à des bonnes pra-  
291 tiques, exposées dans ce référentiel.

292 La médiation en santé est un dispositif pour favoriser l'équité en santé. Elle contribue à la promo-  
293 tion de la santé individualisée. La promotion de la santé, telle que définie dans la charte d'Ottawa  
294 [15], a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage  
295 de moyens de l'améliorer.

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



304  
305 **Figure 1. Objectifs de la médiation en santé**

### 306 **Témoignage d'une médiatrice en santé**

307 « La médiation en santé, c'est faire le lien entre les personnes en difficultés et les institu-  
308 tions, les associations, les professionnels de santé. »

### 309 **Témoignage**

310 « ... Appel à témoignage lors de la consultation publique... »  
311

312

313

314 **5.1 Compétences**

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

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

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

326 **Tableau 3. Compétences requises pour la médiation en santé**

<b>Compétences techniques</b>	Techniques de l'« aller vers »
	Communication (techniques d'entretien, techniques d'animation)
	Aider à diagnostiquer un problème et trouver des solutions
	Savoir constituer un dossier administratif (droits dans le domaine de la santé, pièces justificatives, conditions, personnes ressources, délais...)
	Capacité à travailler en équipe et construire son réseau
	Techniques de distanciation et de gestion du stress
<b>Connaissance de l'environnement</b>	Connaissance du public cible <ul style="list-style-type: none"> <li>• des systèmes de valeurs, codes et pratiques, culturels</li> <li>• des problématiques médicales et médico-sociales rencontrées</li> <li>• de son environnement socio- économique, sanitaire</li> </ul>
	Connaissance de l'environnement médico-social <ul style="list-style-type: none"> <li>• des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur</li> <li>• des institutions présentes sur le territoire (acteurs locaux en éducation pour la santé et secteur associatif intervenant auprès du public usager du service)</li> <li>• des parcours de soins</li> </ul>
<b>Savoir être</b>	Respecter la confidentialité
	Rester neutre, ne pas être dans le jugement
	Etre dans l'empathie
	Etre à l'écoute
	Etre disponible
	Savoir se remettre en question et remettre en question sa pratique

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

329

330 **5.2 Formation**

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

334 Certaines formations, existantes au jour de la rédaction de ce rapport, sont référencées sur le [site](#)  
335 du programme national de médiation sanitaire<sup>9</sup>.

336 **5.2.1 Formation initiale**

337 De 2000 à 2005, un diplôme universitaire (de 480 heures) de médiateurs en santé a été mis en  
338 place sous le titre de « Programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les  
339 publics en situation de vulnérabilité », par l'IMEA, [12,13] à partir du CHU de Bichat et en partena-  
340 riat étroit avec la DGS et la Délégation Interministérielle à la Ville. Cette expérience pilote  
341 s'inscrivait dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics en  
342 situation de vulnérabilité.

343 La détermination du socle commun de formation attendu pour les médiateurs en santé s'appuie en  
344 partie sur cette expérience pilote ainsi que son évaluation, [12,13] complétée par l'analyse d'autres  
345 formations plus courtes dispensées notamment par des ARS et les travaux de la société d'audit  
346 CapMed pour l'ASV de Marseille. [5] Des propositions de modules de formation sont formulées  
347 dans le Tableau 4.

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

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

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

353 **Tableau 4. Socle commun proposé par la HAS pour une formation de médiation en santé**

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

354 **5.2.2 Formation continue**

355 Il semble important qu'une formation continue soit mise en place par les structures porteuses de  
356 projet de médiation en santé afin d'encourager le perfectionnement dans le poste et la montée en  
357 puissance des capacités d'intervention. La formation continue pourrait permettre un approfondis-  
358 sement ou une mise à niveau des connaissances sur des thèmes spécifiques tels que les mala-  
359 dies, l'environnement juridique et administratif, les interventions de professionnels ressources.

360 **5.2.3 Analyse des pratiques**

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

367 L'analyse des pratiques contribue à :

- 368 • rompre un sentiment d'isolement pouvant être ressenti par les acteurs de la médiation ;  
369 • analyser entre pairs exerçant la même activité professionnelle, les conditions et modalités de  
370 travail ;  
371 • comparer les situations et les pratiques afin de repérer les points communs et les différences ;  
372 • favoriser le transfert d'expérience et l'intégration des nouveaux médiateurs recrutés ;  
373 • explorer les pratiques alternatives susceptibles de lever les obstacles rencontrés ;  
374 • échanger et analyser collectivement autour de situations professionnelles vécues.  
375

376 L'analyse des pratiques au niveau territorial, avec différents médiateurs en santé et autres parte-  
377 naires, est également encouragée afin de partager et d'homogénéiser les pratiques entre les diffé-  
378 rentes structures.

379

## 380 5.3 Bonnes pratiques

### 381 5.3.1 Cadre déontologique de la médiation en santé

382 Il n'existe pas, au jour de la rédaction de ces référentiels, de cadre déontologique spécifique à la  
383 médiation en santé, établi dans une charte et adopté par les acteurs de la médiation en santé.  
384 Pour autant, différents textes méritent d'être cités :

- 385 - Le code national de déontologie du médiateur [17]: les signataires de ce code se placent  
386 dans la mouvance européenne, au sens de la Directive 2008/52 du 21 mai 2008<sup>10</sup>, et affir-  
387 ment leur attachement aux droits humains et aux valeurs que sont: la liberté,  
388 l'indépendance, la neutralité, l'impartialité, la confidentialité, la responsabilité.
- 389 - La charte de référence de la médiation sociale,[18] visée par le comité interministériel des  
390 villes le 1er octobre 2001. Cette charte renvoi aux principes généraux suivants : la neutrali-  
391 té et l'impartialité, la négociation et le dialogue, le libre consentement et la participation des  
392 habitants, la mobilisation des institutions, la protection des droits des personnes, le respect  
393 des droits fondamentaux.
- 394 - La charte de médiation en santé élaborée par l'Atelier Santé Ville de Marseille, en partena-  
395 riat avec les acteurs de la commune de Marseille, et une société de conseil en audit [5].  
396 Cette charte s'inscrit dans les valeurs citées précédemment, tout en s'articulant autour de  
397 problématiques propres au champ de la santé. Elle est présentée en Annexe 4.

398 Dans l'attente d'une charte spécifique de la médiation en santé élaborée de façon consensuelle  
399 par les acteurs de ce champ, la HAS retient trois grands principes déontologiques communs à  
400 l'ensemble des textes sus-cités et devant s'appliquer à la médiation en santé, à savoir, la confi-  
401 dentialité et le secret professionnel, la neutralité et l'impartialité et le respect de l'autonomie des  
402 personnes.

#### 403 ► Confidentialité et secret professionnel

404 Le médiateur en santé a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou  
405 recueillie. Il est soumis au secret professionnel de la même manière que les professionnels de  
406 santé auprès desquels il est amené à intervenir, et peut de fait partager cette information avec eux.

407 Une attention particulière doit être portée à cette exigence. Le médiateur en santé, du fait de sa  
408 présence régulière sur les lieux de vie et du suivi du parcours de santé de la personne a une con-  
409 naissance approfondie de l'intimité des personnes et de leur famille. Il peut être questionné par les  
410 autres membres de la famille ou du groupe et a l'obligation morale de respecter la confidentialité  
411 des informations qu'il détient.

#### 412 ► La neutralité et l'impartialité

413 Le médiateur en santé exerce ses fonctions avec neutralité et impartialité, dans une posture de  
414 retrait par rapport aux parties. Au-delà de la posture du médiateur, la neutralité s'applique égale-  
415 ment à la structure porteuse du dispositif de médiation en santé.

#### 416 ► Respect de l'autonomie des personnes

417 Le médiateur en santé n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les  
418 personnes. Il leur reconnaît leur autonomie. La médiation en santé s'inscrit dans le respect absolu  
419 de la volonté de la personne et de sa liberté de choix.

<sup>10</sup> Le 28 février 2008, à Bruxelles, le Conseil Justice et affaires intérieures a adopté une position commune sur la médiation en matière civile et commerciale reprenant les modifications convenues avec le Parlement européen, publiée au J.O.U.E.. Cette proposition de directive de la Commission européenne en débat depuis octobre 2004 a pour objectif d'améliorer l'accès à la justice.

420 **5.3.2 Le travail en équipe et en réseau**

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

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

424 Le partenariat constitue le mode d'intervention privilégié du médiateur, transversal à toutes ses  
425 actions.

426 **► Travail en équipe pluridisciplinaire et coordination**

427 Les activités de médiation en santé doivent être coordonnées par un responsable hiérarchique qui  
428 assure l'organisation de l'activité et, en particulier, le respect des règles de confidentialité et déon-  
429 tologiques, le suivi des compétences individuelles et des formations continues nécessaires.

430 L'intégration du travail de médiation en santé dans une équipe pluridisciplinaire (interne à la struc-  
431 ture porteuse du projet ou externe en partenariat) semble importante pour permettre une mutuali-  
432 sation des compétences, un déblocage et une objectivation des situations.

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

435 **► Développer des partenariats, participer à des réseaux**

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

445 Les acteurs de la médiation en santé informent les différents acteurs du territoire de leur présence  
446 et missions en début de projet, et orientent le public-cible vers les interlocuteurs adéquats. Une  
447 liste de partenaires possibles (liste non-exhaustive) est proposée dans le Tableau 5. [19]

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

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

454 **Tableau 5. Partenariats possibles décrits dans les projets de médiation (non-exhaustifs)**

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

455

### 456 **5.3.3 Diagnostic du non-recours à la prévention et aux soins**

457 L'action de médiation en santé démarre avec un diagnostic initial pour identifier les obstacles au  
458 recours à la prévention et aux soins, les besoins latents et les attentes du public-cible. Ce diagnos-  
459 tic sert de point de départ au suivi et à l'évaluation du programme. Le médiateur en santé peut  
460 participer à des enquêtes et diagnostics locaux en lien avec les collectivités locales.

461 Les principaux obstacles (liste non-exhaustive) à l'accès à la santé des populations en situation de  
462 vulnérabilité, confrontées à un usage inexistant ou limité des services de santé de droit commun  
463 en France observés par le Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS), [8,10] Médecins  
464 du Monde (MdM), [20] et l'Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services (ODENORE) [21]  
465 sont de deux ordres :

- 466 • Obstacles liés au système :
- 467     ▶ Difficultés d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie ;
  - 468     ▶ Difficultés d'accès à l'offre de soins (refus de prise en charge des bénéficiaires de l'AME ou CMU-  
469 C, disparités territoriales) ;
  - 470     ▶ Manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes.
- 471 • Obstacles liés au public-cible :
- 472     ▶ Manque d'information ou méconnaissance sur l'existence des dispositifs de droit commun, des  
473 offres de soins et de prévention présentes sur le territoire mais aussi des ressources disponibles  
474 pour les aider à y accéder ;
  - 475     ▶ Difficultés de communication (langue étrangère, illettrisme) ;
  - 476     ▶ Méfiance dans les rapports avec les professionnels de santé et le système de soins ;
  - 477     ▶ Manque de préoccupation ou d'éducation à la santé des populations en situation de précarité.

478 Les typologies explicatives du non-recours élaborées par l'Observatoire des non-recours aux droits  
479 et services (Odenore, 2010) peuvent être utilisées comme outil d'aide au diagnostic de  
480 l'éloignement du système de prévention et de soins [21].

481 **Tableau 6. Typologies explicatives du non-recours**

Forme	
<b>Non connaissance</b>	Une personne éligible est en non-recours, par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• manque d'information sur son existence ou son mode d'accès</li> <li>• non proposition du prestataire</li> </ul>
<b>Non demande</b>	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé par choix, à cause de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• non adhésion aux principes de l'offre</li> <li>• intérêts divers</li> <li>• manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage)</li> <li>• estime de soi</li> <li>• alternatives</li> </ul> ou par contrainte, à cause de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• découragement devant la complexité de l'accès</li> <li>• difficultés d'accessibilité (distance, mobilité)</li> <li>• dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités</li> <li>• raisons financières</li> <li>• difficulté à exprimer des besoins</li> <li>• crainte d'effets induits</li> <li>• crainte de stigmatisation</li> <li>• sentiment de discrimination</li> <li>• dénigrement de ses capacités</li> <li>• perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits</li> </ul>
<b>Non réception</b>	Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou seulement une partie, car : <ul style="list-style-type: none"> <li>• abandon de la demande</li> <li>• non adhésion à la proposition</li> <li>• arrangement avec le prestataire</li> <li>• inattention aux procédures</li> <li>• dysfonctionnement du service prestataire</li> <li>• discrimination</li> </ul>

482 Le diagnostic doit orienter les axes d'intervention de la médiation en santé (voir section 5.3.4).

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

### 493 5.3.4 Les axes d'intervention de la médiation en santé

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

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

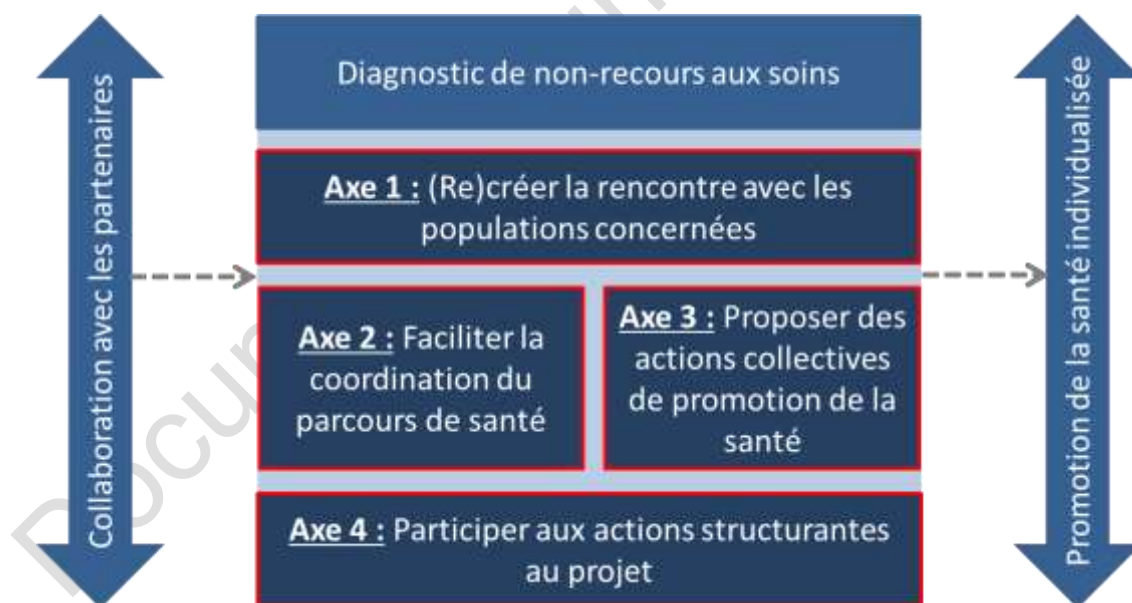
501 Ce référentiel propose quatre champs d'intervention de la médiation en santé, qui s'inscrivent dans  
502 un ensemble, comme présenté dans la Figure 2.

503 Le travail en équipe et en réseau, détaillé en section 5.3.2, est une action essentielle au bon déve-  
504 loppement d'un projet de médiation et à son maintien. Les partenariats interviennent de manière  
505 transversale. Le diagnostic de non-recours aux soins, présenté en section 5.3.2, est une étape clef  
506 pour démarrer une action de médiation. Les quatre champs d'action du médiateur en santé sont :

- 507 - (re)créer la rencontre avec les populations concernées (à savoir les populations vulné-  
508 rables et les professionnels de santé / institutions),
- 509 - faciliter la coordination du parcours de soins,
- 510 - proposer des actions collectives de promotion de la santé
- 511 - participer aux actions structurantes au projet.

512 L'ensemble des éléments évoqués contribue à la promotion de la santé individualisée des per-  
513 sonnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

514



515

516 **Figure 2. Activités communes de la médiation en santé**

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

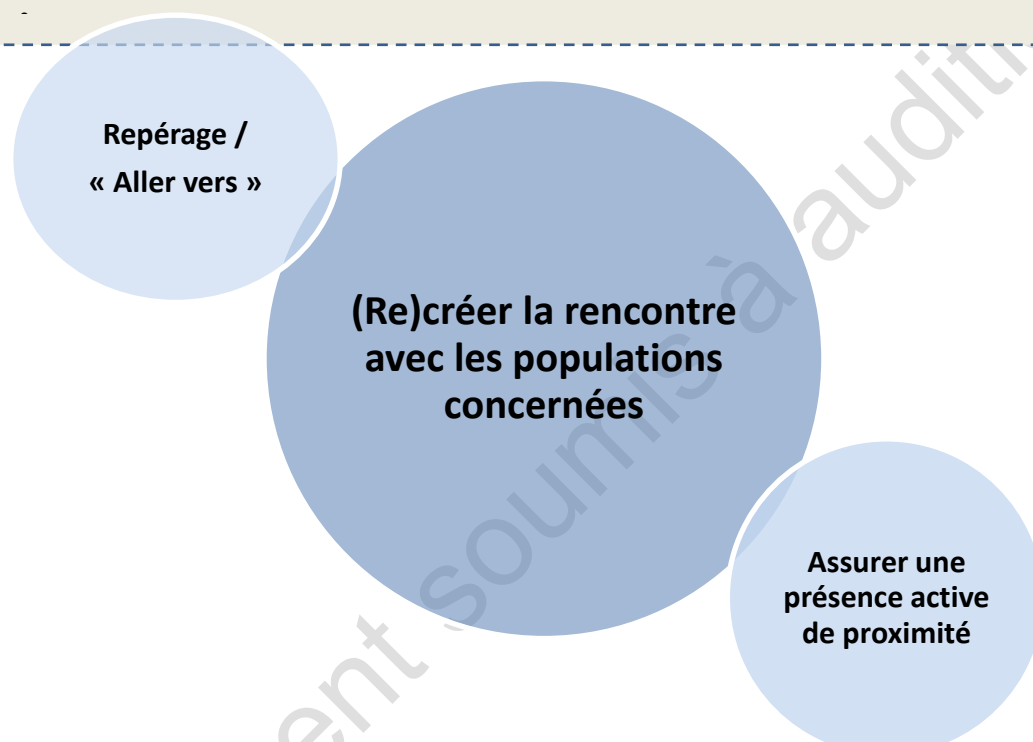
521 Le médiateur doit être suffisamment disponible pour créer une proximité et un lien de confiance  
522 avec le public-cible, ce qui implique que le nombre de personnes accompagnées par médiateur  
523 soit raisonnable.

524

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

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

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



- Présence sur les lieux de vie, permanence dans une structure
- Etre à l'écoute des situations problématiques individuelles et/ou collectives, soutien moral, réassurance, orientation, informations sur le système de santé (par exemple, discuter de la méfiance des publics vis-à-vis du système de santé, et inversement)

525

526

527

528

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

529

**Témoignage d'un médiateur en santé**

530

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

531

532

533

**« ... Appel à témoignage lors de la consultation publique... »**

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

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

**Ouverture des droits en santé**

**Faciliter la coordination du parcours de santé**

**Information et orientation**

**Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé**

- « Mettre en relation » et faire du lien pour les publics vers les professionnels mais aussi pour les professionnels vers les publics
- Assurer un accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les structures
- Création et/ou réparation du lien, organisation d'échanges

- Pour les professionnels / institutions
  - Sensibiliser les acteurs de la santé aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités des publics cibles
- Pour les populations vulnérables
  - Présenter le rôle et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire : sécurité sociale, hôpitaux (en particulier les PASS, les services d'urgences et la maternité, PMI, CPEF, CeGIDD, centres municipaux en santé, médecine de ville, etc.)
  - Aider les publics-cible à s'autonomiser dans leur démarche de santé. La médiation ne doit pas « faire à la place de » mais « faire avec » ceux qui sont éloignés du système santé.
  - Aider à identifier les professionnels de santé à partir de [l'annuaire de l'assurance maladie](#) :
  - Encourager / orienter des personnes (pour accéder à un dépistage de l'infection par le VIH, une consultation psychiatrique ...).

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

535

### **Témoignage du Programme National de Médiation Sanitaire**

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

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

548

### **Témoignage de Médecins du Monde**

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

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

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

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

572

### **Témoignage d'ACSBE, La Place Santé Saint Denis**

573

574

575

576

577

578


579

580

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

581

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



**Favoriser des actions  
collectives de  
promotion de la santé**

- Mobiliser les acteurs de santé, tels que les acteurs de la prévention : PMI, associations, CODES/IREPS/CRIPS, etc. ; les Ateliers Santé Ville (pour la liste des partenariats possibles, cf. tableau 6)
- En collaboration avec des partenaires :
  - Participer à des actions de dépistage et de prévention
  - Encourager la dynamique de santé communautaire<sup>1</sup>
- Utilisation possible des [outils de Santé Publique France](#) ou appuyer la co-construction d'outils de prévention et d'information, adaptés aux besoins

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

582

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

583

584

585

**Témoignage**

586

« ... Appel à témoignage lors de la consultation publique... »

587

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

588

- Assurer un retour d'information sur les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques : vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale, vers les concepteurs de politiques de santé, vers les concepteurs de messages de prévention, etc.
- Alerter les autorités compétentes<sup>1</sup> sur :
  - les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé des personnes (par exemple, refus de soins de la part de certains médecins)
  - les risques pour la santé des personnes accompagnées (par exemple, lieu de vie insalubre)

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

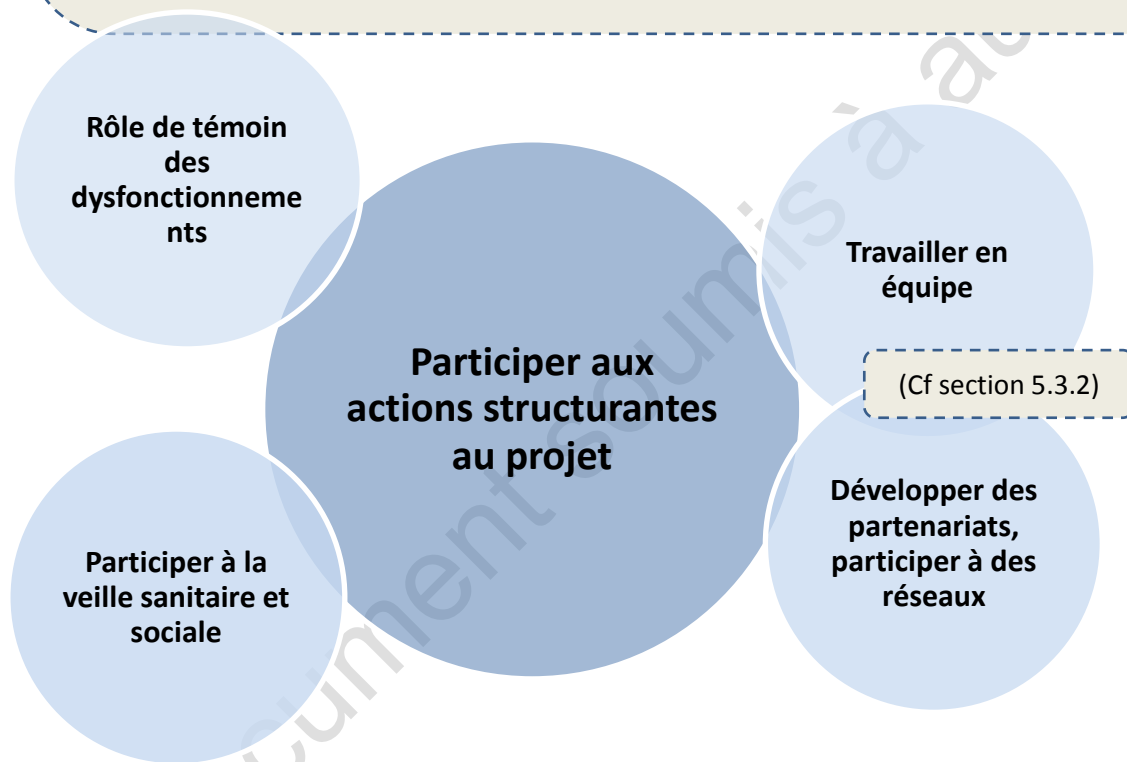


Figure 6. Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet

589

**Témoignage**

590

« ... Appel à témoignage lors de la consultation publique... »

591

592

593 **5.3.5 Terminer une action de médiation en santé**

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

600 La médiation peut prendre fin quand :

- 601 • La personne est suffisamment autonome pour prendre en charge sa santé (ex : droits ouverts,  
602 accès autonome des personnes à la prévention et aux soins), objectif ultime de la médiation ;
- 603 • La personne n'adhère plus à la démarche;
- 604 • La personne a bénéficié de ce dont elle avait besoin et ne souhaite pas poursuivre ;
- 605 • Le médiateur pense ne plus pouvoir aider la personne ou doit se protéger : ce qui pouvait être  
606 fait l'a été, les relais sont en place, il est possible d'arrêter même si tous les objectifs n'ont pas  
607 été atteints.

608 **Témoignage**

609 « ... Appel à témoignage lors de la consultation publique....»

610	<b>Listes des tableaux et figures</b>	
611	Tableau 1. Caractéristiques communes des projets de médiation en santé.....	10
612	Tableau 2. Eléments de diversité des projets .....	10
613	Tableau 3. Compétences requises pour la médiation en santé .....	14
614	Tableau 4. Socle commun proposé par la HAS pour une formation de médiation en santé .....	16
615	Tableau 5. Partenariats possibles décrits dans les projets de médiation (non-exhaustifs) .....	20
616	Tableau 6. Typologies explicatives du non-recours .....	21
617	Tableau 7. Revue de la littérature - Question d'étude.....	35
618	Tableau 8. Revue de la littérature – Termes de recherche .....	35
619		
620	Figure 1. Objectifs de la médiation en santé .....	13
621	Figure 2. Activités communes de la médiation en santé .....	22
622	Figure 3. Axe 1 : (Re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et	
623	professionnels de santé / institutions) .....	23
624	Figure 4. Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de santé .....	24
625	Figure 5. Axe 3 : favoriser des actions collectives de promotion de la santé.....	26
626	Figure 6. Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet.....	27
627		

## 628 Glossaire

- 629 « **Aller vers** » La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, «  
630 hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les  
631 professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans  
632 jugement, avec respect.
- 633 « **Faire avec** » sous-entend « faire avec » les personnes et non à leur place car seules leur autonomie et leur  
634 responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes.
- 635 **Équité en santé.** Équité sous-entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, gui-  
636 dent la distribution des services, des bénéfices, etc.
- 637 Implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De ma-  
638 nière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela  
639 peut être évité. « Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la  
640 santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus bas possible. »
- 641 L'équité a une signification plus générale dans la sphère de la justice et a pu donner naissance à une  
642 théorie de l'équité (BDSP).
- 643 **Promotion de la santé.** Un processus global qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de  
644 l'améliorer. Elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davan-  
645 tage de ressources pour l'améliorer (OMS).
- 646 **Santé communautaire.** Un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge  
647 leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur  
648 capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté (OMS).
- 649 **Patient expert dans les établissements de santé.** Malade ayant acquis une expertise sur les affections qui  
650 le touchent, expertise qui pourrait être utilisée par les établissements de santé en vue de l'amélioration de  
651 la prise en charge des patients atteints de symptômes similaires ou de maladies connexes.
- 652 **Non-recours.** La question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – qu'elle qu'en soit la  
653 raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Son approche s'élargit aujourd'hui à  
654 une diversité de domaines d'intervention. Entre non connaissance, non réception, non demande et non  
655 proposition, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et re-  
656 présentent un enjeu fondamental pour son évaluation.

657 **Abréviations**

658	<b>AME</b> .....	Aide médicale de l'État
659	<b>ARS</b> .....	Agence régionale de santé
660	<b>AS</b> .....	Assistant social
661	<b>ASAV</b> ....	Association pour l'accueil des voyageurs
662	<b>ASE</b> .....	Aide sociale à l'enfance
663	<b>ASV</b> .....	Atelier santé ville
664	<b>CAF</b> .....	Caisse d'allocations familiales
665	<b>CARSAT</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
666	<b>CCAS</b> ....	Centre communal d'action sociale
667	<b>CeGIDD</b>	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de
668		l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virale et les infections sexuellement trans-
669		missibles (IST)
670	<b>CEESP</b> ..	Commission d'évaluation économique et santé publique
671	<b>COREVIH</b>	Coordination régionale de lutte contre le VIH
672	<b>CD</b> .....	Conseil Départemental
673	<b>CHRS</b> ....	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
674	<b>CHU</b> .....	Centre Hospitalier Universitaire
675	<b>CLAT</b> ....	Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
676	<b>CMP</b> .....	Centre médico-psychologique
677	<b>CMS</b> .....	Centres médico-sociaux
678	<b>CMU</b> .....	Couverture maladie universelle
679	<b>CMU-C</b> ..	Couverture maladie universelle complémentaire
680	<b>CNLE</b> ....	Conseil national de Lutte contre l'exclusion et la pauvreté
681	<b>COMEDE</b>	Comité pour la santé des exilés
682	<b>CPAM</b> ...	Caisse primaire d'Assurance maladie
683	<b>CPEF</b> ....	Centres de planification et d'éducation familiale
684	<b>CRCI</b> .....	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
685	<b>CRUQPC</b>	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
686	<b>CSAPA</b> .	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
687	<b>CSP</b> .....	Code de la Santé Publique
688	<b>CSS</b> .....	Code de la Sécurité Sociale
689	<b>DGCS</b> ....	Direction générale de la cohésion sociale
690	<b>DGOS</b> ...	Direction générale de l'offre de soins
691	<b>DGS</b> .....	Direction Générale de la Santé
692	<b>DIV</b> .....	Délégation Interministérielle à la ville
693	<b>DSS</b> .....	Direction de la sécurité sociale
694	<b>DU</b> .....	Diplôme universitaire
695	<b>FRAES</b> ..	Fédération Rhône Alpes d'Education pour la Santé

696	<b>HAD</b> .....	Hospitalisation à domicile
697	<b>HAS</b> .....	Haute Autorité de Santé
698	<b>IMEA</b> .....	Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée
699	<b>IST</b> .....	Infections Sexuellement Transmissibles
700	<b>LMSS</b> ....	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
701	<b>MDPH</b> ...	Maison Départementale des Personnes Handicapées
702	<b>MDS</b> .....	Maisons départementales des solidarités
703	<b>MSA</b> .....	Mutualité sociale Agricole
704	<b>MST</b> .....	Maladies Sexuellement Transmissibles
705	<b>ODENORE</b>	Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services
706	<b>PASS</b> ....	Permanences d'accès aux soins de santé
707	<b>PLANIR.</b>	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures
708	<b>PMI</b> .....	Protection Maternelle et Infantile
709	<b>PNMS</b> ....	Programme national de médiation sanitaire
710	<b>PRAPS</b> ..	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
711	<b>RSI</b> .....	Régime Social des Indépendants
712	<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.
713	<b>SAVS</b> ....	Service d'accompagnement à la vie sociale
714	<b>SIADD</b> ...	Système d'information des agents de direction
715	<b>SEESP</b> ..	Service évaluation économique et santé publique
716	<b>SIDA</b> .....	Syndrome d'immunodéficience acquise
717	<b>SSR</b> .....	Soins de Suite et de Réadaptation
718		
719		
720		

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

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

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

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

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

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

722

723  
724

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

725  
726  
727  
728  
729

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

730  
731  
732

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

733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743

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

744  
745  
746

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

747  
748  
749

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

750

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

751  
752

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

753

754 **Annexe 3. Méthodologie**

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

757 **► Revue de la littérature**

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

760 **► Définition de la question d'étude**

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

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

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

763 **► Stratégie de recherche**

764 *Bases de données*

765 Liste des bases de données

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

769 Les termes de recherche sont détaillés ci-dessous.

770 Tableau 8. Revue de la littérature – Termes de recherche

Type d'étude / sujet / Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
<b>Médiation en santé</b>  Health[TIAB] AND ((increase[TIAB] AND access[TIAB]) OR out-reach[TIAB] OR "Community-Institutional Relations"[Mesh]) AND (mediator*[TIAB] OR mediation[TIAB] OR peer[TIAB] OR peers[TIAB])	...- 05/12/2016	577

<b>Recommandations</b>	Consensus[TIAB] OR guideline*[TIAB] OR recommend*[TIAB] OR guidance[TIAB] OR "Guideline" [Publication Type]		107
<b>Compétences</b>	competenc*[TIAB] OR skill*[TIAB] OR "Professional Competence"[Mesh]		72
<b>Formation</b>	"Education, Professional"[Mesh] Or training[TIAB] or education[TIAB]		263
<b>Programme : Etudes de coûts / France</b>	("Economics"[Mesh] OR cost[TIAB] OR costs[TIAB] OR economic*[TIAB] OR French[TIAB] OR "France"[MeSH] OR France[TIAB]) AND (Programme[TIAB] OR experience[TIAB] OR experiment*[TIAB])		27
<b>Nombre total de références obtenues</b>			

771

772 *Recherches manuelles*

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

- 775 • Agency for Healthcare Research and Quality
- 776 • Association pour l'accueil des voyageurs
- 777 • Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle
- 778 • Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT)
- 779 • Bibliothèque médicale Lemanissier
- 780 • California Healthcare Interpreters Association
- 781 • Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- 782 • Centers for Disease Control and Prevention
- 783 • CISMeF
- 784 • Collège des Médecins du Québec
- 785 • Collectif Français de la Médiation en Santé Publique
- 786 • Conseil de l'Europe
- 787 • Department of Health (UK)
- 788 • Fondation Robert Schuman
- 789 • France Médiation
- 790 • Haute Autorité de Santé
- 791 • InCitta, plateforme associative
- 792 • Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- 793 • Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
- 794 • Intermed, réseau d'accès à la santé
- 795 • International Medical Interpreters Association
- 796 • Joint Commission
- 797 • Médecins du Monde
- 798 • National Council on Interpreting in Health Care
- 799 • National Health Services
- 800 • National Institute for Health and Clinical Excellence
- 801 • PASS International
- 802 • Programme National de Médiation Sanitaire : AREA, dispositif de La Sauvegarde du Nord, As-
- 803 sociation pour l'Accueil des Voyageurs, Les Forges, Médecins du Monde, Première Urgence
- 804 Internationale, Relais Accueil Gens du Voyage, Roms Action, SOLiHA
- 805 • Santé Canada

- 806 • Service public fédéral (SPF) Santé publique  
807 • WHO Regional Office for Europe  
808 • World Health Organization

809 ► **Echange avec des parties prenantes**

810 Des parties prenantes ont été consultées au cours d'une réunion de travail et d'entretiens indivi-  
811 duels.

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

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

819 **5.3.6 Réunion de parties prenantes**

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

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

822 Le compte rendu de la réunion est disponible en Annexe 6.

823 **5.3.7 Entretiens individuels**

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

826 La méthodologie des entretiens est décrite ci-dessous :

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

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

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

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

840  
841 La liste des personnes contactées dans le cadre de ces entretiens de parties prenantes  
842 est rapportée en Annexe 5.

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

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

845  
846 Le médiateur ou la médiatrice est susceptible d'intervenir auprès de toute personne dont la  
847 situation ne permet pas – sans aide – d'accéder au soin, et aux actions de prévention et de  
848 promotion de la santé.

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

855  
856 **Art. 2 – De la personnalisation de l'accompagnement**

857  
858 La personne doit se voir proposer un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à  
859 ses besoins.

860  
861 **Art. 3 - Du droit à l'information**

862  
863 La personne bénéficiaire de l'intervention du médiateur ou de la médiatrice a droit à une  
864 information claire, compréhensible et adaptée sur l'accompagnement dont elle peut bénéficier et  
865 sur l'organisation et le fonctionnement du service auquel le professionnel est rattaché. Elle doit  
866 être précisément et systématiquement informée des attributions de la fonction de médiateur, des  
867 tâches qui s'y rattachent, et des limites de l'intervention.

868  
869 La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant, le cas échéant,  
870 dans le même domaine.

871  
872 Le médiateur ou la médiatrice comme personne ressource, est également appelé à informer les  
873 personnes sur des questions ouvertes, relatives aux fonctionnements institutionnels.

874  
875 La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la  
876 réglementation.

877  
878 **Art. 4 – Du principe de libre choix et du consentement éclairé**

879  
880 Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection  
881 judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

882  
883 4.1 - La personne dispose du libre choix d'adhérer ou pas au mode d'accompagnement  
884 proposé par le médiateur ou la médiatrice ; la médiation reposant sur l'établissement d'une  
885 relation de qualité et de confiance, la personne doit pouvoir être informée des différents  
886 dispositifs de médiation pouvant répondre à ses besoins.

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

891  
892 4.2 - Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous  
893 les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement  
894 et en veillant à sa compréhension.

895

896 4.3 - La personne est seul maître de son projet, et l'accompagnement se déroule dans le  
897 respect de ses points de vue et décision ; aucune démarche n'est entreprise à son insu ou  
898 sans son consentement.  
899

900 4.5 - Lorsque la personne peut manifester des difficultés à exprimer son consentement, ou  
901 à appréhender tous les éléments de l'accompagnement et de la décision, le médiateur ou  
902 la médiatrice s'assure de réunir les conditions de la bonne compréhension de la  
903 situation par la personne; il facilite son expression par tout moyen. Il peut être amené à  
904 différer le projet, ou à orienter la personne si la médiation ne peut être mise en œuvre.  
905

#### 906 **Art. 5 - Du droit à la renonciation**

907  
908 La personne peut à tout moment renoncer à la prestation de médiation dont elle bénéficie. Dans le  
909 respect de la décision de la personne, le médiateur ou la médiatrice se doit de l'informer des  
910 conséquences qui pourraient en découler.  
911

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

913  
914 L'accompagnement doit prendre en compte les liens familiaux dans le respect des souhaits de la  
915 personne. Le médiateur ou la médiatrice peut être amené à associer à la médiation l'entourage  
916 des personnes qu'il accompagne. La médiation peut s'exercer auprès de personnes isolées,  
917 comme auprès de familles.  
918

#### 919 **Art. 7 – Du secret professionnel**

920  
921 Le secret professionnel s'impose à tout médiateur ou médiatrice dans les conditions établies par la  
922 loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu,  
923 constaté ou compris. Le médiateur ou la médiatrice instruit ses collaborateurs de leurs obligations  
924 en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.  
925

926 Dans l'hypothèse où le médiateur ou la médiatrice est appelé à constituer un dossier de suivi des  
927 personnes qu'il accompagne, il doit veiller à la protection contre toute indiscrétion des documents  
928 qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés  
929 informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures  
930 qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret  
931 professionnel. Il doit s'assurer que les usages du service sont conformes aux directives de la  
932 commission nationale de l'informatique et des libertés.  
933

#### 934 **Art. 8 – Du droit à l'autonomie**

935  
936 La médiation ne remet pas en question l'autonomie de la personne, sa libre initiative et sa  
937 décision, dans la limite des dispositions qui pourraient la concerner en matière de tutelle et de  
938 curatelle.  
939

#### 940 **Art. 9 – Du principe de prévention et de soutien**

941  
942 Le médiateur ou la médiatrice agit en toute circonstance dans l'intérêt des personnes qu'il  
943 accompagne.  
944

945  
946 Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de l'accompagnement doivent être  
947 prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en  
948 charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui  
949 entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par le médiateur  
950 ou la médiatrice.

951

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

953

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

956

957 **Art. 11 – Du champ de compétence du médiateur**

958

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

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

971

972 **Art. 12 – Du droit à la protection**

973

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

978

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

980

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

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

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

993

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

995

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

999

1000 **Art. 15 – Du devoir de réserve à l'égard des milieux professionnels**

1001

1002 Les médiateurs ou les médiatrices doivent entretenir entre eux, et avec leurs partenaires  
1003 professionnels, des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre  
1004 professionnel, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans  
1005 l'exercice de sa profession.

1006 Dans le cadre de sa mission, le médiateur ou la médiatrice peut être appelé devant les difficultés  
1007 avérées d'une personne avec un service – et avec toute la prudence qui s'impose – à mener une  
1008 médiation, qui aurait pour but d'améliorer les conditions de prise en charge, ou d'accès aux soins  
1009 de la personne.

1010

1011 **Art. 16 – De la responsabilité**

1012

1013 Le médiateur ou la médiatrice est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est  
1014 habilité à effectuer.

1015

Document soumis à audition

1016

## Annexe 5. Parties prenantes sollicitées

1017

### ► Réunion de parties prenantes

1018

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations

1019

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

1020

### ► Entretiens individuels

Première Urgence	Najat Lahmidi
Direction Générale de la Santé	Sylvie Germain Flore Moreux
Comité pour la santé des exilés (COMEDE)	Dr Pascal Revault, directeur opérationnel, médecin coordinateur du ; co-fondateur du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA de 2000 à 2005 "formation et suivi de médiateurs de santé publique" ; Joseph Rustico, coordinateur de l'équipe du COMEDE
France Médiation	Laurent Giraud
CCOMS (santé mental pair)	Bérénice Staedel
Atelier Santé Ville - Cllichy sous-bois	Michel Fikojevic
Association globe 42	Malika Lebbal
Association INCITTA	Julien Perrin
Consultante santé pour Regard Santé	Célia CHISCHPORTICH
CGET	Eric Briat
ARS Auvergne Rhones Alpes	Fabienne Chambe
Mutualité Loire	Vincent Bourgin, coordonateur Akima Zellag, médiatrice santé Sandrine CALLET, médiatrice santé

	Emmanuelle PIEJOUJAC
Médiateur social de la Mission Squat au GIP Bordeaux Métropole Médiation	David DUMEAU
ARIFA	Isabelle gamiette
Médecins du monde (MDM)	Fanny Bordeinau
Hôpital Henri Mondor AP/HP	Bertrand Voisin, médiateur santé Parcours Santé VHC

1021

► **Groupe de lecture**

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

1022

► **Consultation publique**

[.....]	[.....]
[.....]	[.....]
[.....]	[.....]
[.....]	[.....]

1023

1024 **Annexe 6. Compte-rendu de la réunion de parties prenantes du 7**  
1025 **octobre 2016**



# Compte rendu

Réunion de parties prenantes – 7 octobre 2016

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

## Participants

### Présents

#### Parties prenantes (PP)

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

#### HAS

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

### Excusés

#### Parties prenantes

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

- 1074 - Dr Pascal Revault, directeur opérationnel, médecin coordinateur du Comité pour la santé des  
1075 exilés (COMEDE), co-fondateur du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA de 2000 à  
1076 2005 "formation et suivi de médiateurs de santé publique"  
1077 - Joseph Rustico, coordinateur de l'équipe du COMEDE

1078

## 1079 **Compte-rendu**

1080

1081 Un tour de table a été effectué afin que chaque participant se présente et indique ses liens avec le  
1082 sujet.

1083 Un second tour de table a permis de partager les expériences et les attentes de chaque interve-  
1084 nant.

1085 Deux présentations ont été projetées :

- 1086 • Présentation de la médiation en santé (définition, état des lieux, expérience du SMIT de  
1087 l'hôpital Avicenne, besoins prioritaires, DU Paris XIII), par Pr Olivier Bouchaud ;
- 1088 • Présentation de la définition retenue par le collectif des médiateurs, par Héléne Delaquaize.

1089

## 1090 **I-Objectifs**

1091

1092 Les objectifs de cette réunion de parties prenantes (PP) ont été rappelés :

- 1093 • présenter la saisine et son contexte ;
- 1094 • discuter des éléments principaux suivants :
  - 1095 ○ la médiation en santé, son périmètre d'application et ses missions ;
  - 1096 ○ l'articulation entre la médiation et l'interprétariat en santé ;
  - 1097 ○ le métier de médiateur en santé ;
  - 1098 ○ les publics cibles ;
  - 1099 ○ le format pour le référentiel de bonnes pratiques.

1100

## 1101 **II-Eléments/sujet/questions abordés**

1102

### 1103 **1- Présentation du contexte, de l'objectif de la saisine et de la mise en œuvre envisagée**

1104

1105 La HAS a rappelé que l'article 90 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé a introduit  
1106 dans le Code de la Santé Publique un nouvel article prévoyant l'élaboration de référentiels de  
1107 compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités  
1108 d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation en  
1109 santé (MS) et d'interprétariat linguistique (IL). Cet article précise que les référentiels sont élaborés  
1110 par la HAS. Cette mission a donc été inscrite au programme de travail 2016 de la HAS, demande  
1111 portée par quatre directions d'administration centrale du Ministère des Affaires sociales et de la  
1112 Santé, la DGS, la DGOS, la DSS, la DGCS.

1113

1114 Pour réaliser ces référentiels, la HAS a décidé de s'appuyer sur une revue de la littérature, des  
1115 réunions de PP sur chaque thème et des entretiens individuels pour approfondir certaines ques-  
1116 tions. La HAS envisage de mettre en place un groupe de relecture ou une consultation publique  
1117 des projets de référentiels.

1118 La HAS prévoit d'orienter la revue de la littérature sur les programmes mis en place, les référen-  
1119 tiels publiés et sur les données de coûts, publiés en France et à l'étranger.

1120

1121 La HAS a rappelé son souhait :

- 1122 - de s'appuyer sur les documents existants publiés, tels que le référentiel « Programme na-  
1123 tional de médiation sanitaire (PNMS) en direction des populations en situation de précarité », publié en septembre 2014 ;
- 1124 - de produire des référentiels utiles et lisibles par les professionnels dans le domaine de la  
1125 santé, les institutions, les médiateurs et prestataires.

1126

1127

1128 La HAS a rappelé la notion de « parties prenantes ».  
1129 La HAS a présenté la bibliographie fournie par la DGS pour faire un état des lieux de la littérature  
1130 consultée au jour de la réunion.

1131

## 1132 Discussion

1133

1134 La médiation en santé existe depuis de nombreuses années. Aussi, Hélène Delaquaize a souligné  
1135 l'intérêt d'utiliser des références plus anciennes.

1136

## 1137 2- Discussion des points clés

1138

### 1139 a. Définition de la médiation

1140

1141 La HAS a présenté les définitions de la médiation<sup>11</sup>, médiation sociale<sup>12,13</sup>, médiation sanitaire /  
1142 médiation en santé<sup>14</sup>, médiation culturelle<sup>15,16</sup>, identifiées dans plusieurs sources de la littérature.

1143 La définition de médiation en santé identifiée dans la littérature est la suivante : « *une interface de  
1144 proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public  
1145 par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette  
1146 fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre  
1147 l'offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.* »

1148

## 1149 Discussion

1150

1151 La définition de la médiation n'est pas évidente. Les PP ont suggéré de ne présenter et définir que  
1152 la médiation en santé dans le référentiel, en précisant qu'elle héritait du cadre de la médiation so-  
1153 ciale, sans qu'il y ait besoin de définir pour autant cette dernière. La charte d'Ottawa a également  
1154 été mentionnée comme référence utile.

1155 La terminologie a été discutée avec les PP, lesquelles préfèrent l'utilisation de « médiation en san-  
1156 té » à « médiation sanitaire ».

1157

1158 La définition identifiée dans la littérature a été retravaillée au cours de la réunion par les PP, ce qui  
1159 a permis d'aboutir à la proposition de définition suivante :

1160 « *une interface de proximité, par une personne de confiance, compétente et formée à cette  
1161 fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement, pour faciliter*

1162 ○ *d'une part l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès d'un pu-  
1163 blic ;*

1164 ○ *d'autre part l'information du système sur les obstacles du public dans son accès à la  
1165 santé.*

1166 *Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou le système) de santé et une population qui  
1167 éprouve des difficultés à y accéder.* »

1168

1169 Les PP ont souligné la difficulté d'aboutir à une définition en cours de réunion et dans le cadre  
1170 d'une réunion de PP de taille réduite et ont mentionné l'intérêt de faire valider cette définition par  
1171 un groupe de PP élargi.

<sup>11</sup> GUILLAUME-HOFNUNG Michèle, La médiation, Que sais-je ?, PUF, 1995, p.74.

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

<sup>13</sup> CHARTE DE REFERENCE DE LA MEDIATION SOCIALE, visé par le comité interministériel des villes en date du 1er Sept 2004

<sup>14</sup> PELOSSE Lucie, La médiation santé, un outil pour les résoudre ?, Actes de la journée interprofessionnelle, 17 novembre 2009

<sup>15</sup> Médecins du monde. Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane. Nov 2010

<sup>16</sup> Es-Safi Latifa. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. Pensée plurielle. 2001

1172

### **Points clés**

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

1173

1174

### **b. Distinction entre médiation en santé et interprétariat en santé**

1175

1176

La HAS a présenté deux schémas :

1177

- un premier articulant dans le parcours de soins l'interprétariat linguistique et la médiation en santé ;

1178

- un deuxième issu du guide belge sur la médiation interculturelle en santé<sup>17</sup>.

1179

1180

1181

### **Discussion**

1182

1183

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

1184

1185

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

1186

1187

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

1192

1193

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

1194

1195

1196

1197

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

1198

1199

1200

### **Points clés**

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

1201

1202

1203

<sup>17</sup>[http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/fr\\_2016\\_04\\_20\\_guide.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fr_2016_04_20_guide.pdf)

### c. Les missions du médiateur en santé

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

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

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

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

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

### Discussion

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

La notion d'autonomie est également discutée. Il ne faut pas rendre indispensable le passage par un médiateur. La responsabilité d'accès aux soins pour tous est une responsabilité nationale.

Les PP se posent la question d'intégrer la notion « empowerment » dans le futur référentiel de la HAS.

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

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

1237 NB : en bleu les modifications apportées par les PP par rapport au tableau original issu d'un rapport de Mé-  
1238 decins du monde<sup>18</sup>

- 1239
- 1240 [1] En direction du public-cible : Développer les connaissances du public-cible pour un accès autonome aux  
1241 soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun ;
- 1242 [2] En direction des professionnels : Mobiliser les acteurs et favoriser une meilleure connaissance du public-  
1243 cible pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public-cible ;
- 1244 [3] En direction de l'environnement des sites de vie : Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement  
1245 physique ;
- 1246 [4] En direction des médiateurs : Apporter un cadre commun auquel se référer, une formation initiale et con-  
1247 tinue, un espace d'échanges entre pairs.<sup>19</sup>

1248

1249 Principalement, c'est la notion de « repérage » qui est ajoutée.

1250

1251 En plus de l'accès aux droits et aux soins, les PP proposent de rajouter l'accès « aux aides ».

1252 Les parties prenantes de l'ASAV et de MDM soulignent que beaucoup de populations vulnérables  
1253 n'ont pas accès à la prévention et insistent sur la promotion nécessaire des dépistages dans le  
1254 champ de la prévention.

1255 De plus, la mission de lanceur d'alerte a été discutée et les PP ont insisté sur l'importance de la  
1256 collaboration entre acteurs.

1257

1258 Il est rappelé que la médiation est une profession à risque de *burn-out*. Le médiateur est exposé  
1259 aux difficultés des populations vulnérables, d'où l'intérêt :

- 1260 - De définir le cadre des champs d'action de la médiation et le rôle du médiateur.
- 1261 - De promouvoir le travail en groupe, la collaboration au sein d'une équipe et la mise en  
1262 place de réseaux.

1263

1264 Les différents champs de missions, synthétisés au cours de la réunion et dans ce compte-rendu  
1265 seront davantage développés dans les référentiels de la HAS.

1266

#### **Points clés**

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

1267

#### **d. Le métier de médiateur sanitaire**

1268

1269 La HAS souhaite discuter de la posture (ex : cadre déontologique et éthique), du profil des média-  
1270 teurs (ex : la médiation par les pairs), ainsi que des formations existantes et/ou futures.

1271

#### **Discussion**

1272

1273 Les PP soulignent l'absence et la nécessité d'une charte de la médiation en santé. Il est proposé  
1274 que la HAS se réfère à la charte de déontologie de la médiation sociale. Les PP insistent sur  
1275 l'obligation de secret professionnel.

1276

1277 Les PP considèrent qu'un statut est indispensable afin de répondre au caractère précaire de la  
1278 profession. Comme pour les autres professions dans le champ de la santé, les PP évoquent la  
1279 possibilité à terme de créer un « ordre » des médiateurs en santé pour encadrer la profession.

1280

1281 La formation apparaît indispensable et obligatoire.

1282

1283

<sup>18</sup>Médecins du monde. Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane. Nov 2010

<sup>19</sup>ASAV. Référentiel – Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. Septembre 2014

1284 Olivier Bouchaud a présenté le diplôme d'Université qui sera mis en place à Paris 13 et initié par le  
1285 COREVIH Ile-de-France Est. Les PP soulignent la nécessité de déterminer un volume minimum de  
1286 formation requis, sans prérequis de niveau d'étude obligatoire, puisque les médiateurs sont parfois  
1287 des « pairs » et qu'ils n'ont pas forcément le diplôme du baccalauréat. Dans la présentation du DU  
1288 mis en place par Dr Bouchaud, il est également précisé que : « Le baccalauréat n'est pas requis  
1289 mais le comité pédagogique s'assurera de la capacité du candidat à suivre l'enseignement ».

1290  
1291 Le référentiel de la HAS devra préciser les attentes en termes d'acquisition de compétences don-  
1292 nées par les formations initiales, en terme de compétences techniques et de savoir être (ex : sys-  
1293 tème de santé, empowerment, posture, écoute, prévention, accompagnement, droit).

1294  
1295 Le tronc commun devrait inclure un socle de compétences transversales et ne pas être axé sur un  
1296 type de population vulnérable en particulier (ex : les populations migrantes). Les PP précisent que  
1297 les « spécificités » des populations vulnérables sont notamment prises en compte *via* le recours  
1298 aux « médiateurs pairs » ; et que le tronc commun des formations pourrait être complété par des  
1299 formations spécifiques propres à certaines populations.

1300  
1301 La formation, éventuellement continue, doit permettre une évolution du médiateur dans son métier,  
1302 en termes de fonction (chef de projet, coordinateur, etc.) comme en termes de milieu (associatif,  
1303 institutionnel, etc.). A titre d'exemple et pour cette raison, la formation proposée par Paris 13 inclut  
1304 un module « méthodologie de projet ».

1305

#### **Points clés**

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

1306

1307

1308

#### **e. Identification des publics cibles**

1309

1310 La HAS a présenté la définition des « publics vulnérables » proposée dans les documents prépara-  
1311 toires aux travaux parlementaires dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation de  
1312 notre système de santé, ainsi qu'une illustration du NHS sur les « personnes socialement ex-  
1313 clues ».

1314

#### **Discussion**

1315

1316 La vulnérabilité au sens large inclut plusieurs champs : administratif, socio-économique (dont be-  
1317 soins de base tels que logement), linguistique, psychologique voire psycho-pathologique, affectif,  
1318 culturel, etc.

1319 La disparité géographique des publics cibles doit aussi être prise en compte : institution, zone ur-  
1320 baine sensible, zone rurale, milieu carcéral, etc.

1321 Les PP suggèrent de ne pas tenter de définir de façon exhaustive les « populations vulnérables »,  
1322 et orientent la HAS vers les facteurs de vulnérabilité recensés par le COMEDE.

1323

1324

#### **Points clés**

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

1325

1326

#### **f. Le format pour le référentiel de bonnes pratiques.**

1327

1328 La HAS propose que les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la  
1329 médiation en santé pour les personnes éloignées du système de santé soient généraux et que le  
1330 rôle de médiateur en santé soit illustré par des vignettes décrivant des situations réelles.

1331  
1332 La cible de ces futurs référentiels a également été évoquée. Les PP envisagent le référentiel entre  
1333 autres comme un outil pour promouvoir la médiation en santé au niveau national et pour soutenir  
1334 les demandes de moyens à mettre en œuvre pour la suite au niveau de la DGS et des ARS. La  
1335 médiation en santé doit devenir une évidence pour les acteurs sociaux et sanitaires, et le média-  
1336 teur doit pouvoir acquérir un statut pour sortir de la précarité.

1337  
1338 Les PP précisent qu'un temps d'un mois est nécessaire pour la relecture du référentiel. Il pourrait  
1339 être utile d'organiser une réunion avec un groupe plus large de PP et sur la base d'une première  
1340 mouture rédigée par la HAS.

1341  
1342 **Présentations**

- 1343 - Médiation sanitaire et interprétariat linguistique - Elaboration de référentiels de compé-  
1344 tences, de formation, et de bonnes pratiques, support de la réunion présenté par la HAS
- 1345 - Présentation de la médiation en santé (définition, état des lieux, expérience SMIT Avi-  
1346 cienne, besoins prioritaires, DU Paris XIII), par Pr Olivier Bouchaud
- 1347 - Présentation de la définition retenue par le collectif des médiateurs, par Héléne Delaquaize

1348 **Annexe 7. L'équipe**

1349 Ce travail a été coordonné et rédigé par Mme Magali Cognet et Mme Agathe Doutriaux, chefs de  
1350 projet à la HAS dans le Service d'évaluation économique et de santé publique (SEESP).

1351 Ce travail a été relu par Dr Olivier Scemama, Adjoint au chef de service, sous la direction de Mme  
1352 Catherine Rumeau-Pichon, Chef de service et adjoint au directeur de l'évaluation médicale, éco-  
1353 nomique et de santé publique.

1354

Document soumis à audition

## Bibliographie

---

- 1 Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, groupe de travail « Santé et accès aux soins », novembre 2012. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_couv.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf)
- 2 Fédération Education Santé Rhône-Alpes (FRAES), La médiation en santé : un outil pour l'accès à la santé, rapport d'enquête, mars 2010
- 3 AŠAV, Médecins du Monde et Sauvegarde du Nord, Référentiel Programme national de médiation sanitaire (PNMS) en direction des populations en situation de précarité, septembre 2014
- 4 Incitta, Evaluation et accompagnement de la médiation de sante sur Marseille, octobre 2016.
- 5 Cap Med (Conseil Audit Prospective Méditerranée), Action visant l'échange et la capitalisation des pratiques de médiation de santé publique à Marseille : Rapport d'étude exploratoire, Atelier Santé Ville Marseille Centre-ville et Marseille Nord, mars 2011
- 6 Guillaume-Hofnung M. La médiation. Paris, PUF, 2015. Collection : Que sais-je ?
- 7 CoreVIH Ile-de-France, Place de la médiation. Vers une reconnaissance ? Compte-rendu de la soirée migrants et VIH, 2015
- 8 AŠAV, Médecins du Monde et Sauvegarde du Nord., Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et des jeunes enfants roms, Rapport final d'évaluation, 2013,
- 9 Médecins du monde, La médiation sanitaire et sociale : pratiques nouvelles et enjeux. Synthèse du colloque organisé par Médecins du Monde, Novembre 2013.
- 10 Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS), Rapport final d'évaluation du Programme national de médiation sanitaire (2013-2016), septembre 2016
- 11 Médecins du Monde - MdM, Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé Guyane Promo Santé en Guyane, novembre 2010
- 12 Réseau PLURALIS, Bilan descriptif de la mise en œuvre d'un programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique , Octobre 2003
- 13 Frédéric LEFEBVRE-NARÉ, Delphine RIVIÈRE et Soraya FAHMY-VUILLAUMÉ, Martine CHARREL, 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, ISRN : SAN-DGS/RE--06-1--FR, DGS, juillet 2006,
- 14 Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône Alpes, Cahier des charges, médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, juillet 2016 [http://www.crdsu.org/f4091\\_Appel\\_a\\_projets.pdf](http://www.crdsu.org/f4091_Appel_a_projets.pdf)
- 15 Charte Ottawa [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- 16 Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, février 2016 [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution\\_CNLE\\_au\\_suivi\\_du\\_plan\\_pauvrete\\_2016.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_CNLE_au_suivi_du_plan_pauvrete_2016.pdf)
- 17 Rassemblement des organisations de la Médiation, Code national de déontologie du médiateur, février 2009. <http://www.anm-mediation.com/images/anm/documents/code-de-deontologie.pdf>
- 18 France médiation. La charte de référence de la médiation sociale. <http://www.francemediation.fr/orki/view/219/la-charte-de-referance.html>
- 19 Marie Aline Bloch, Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Santé Social, Dunod / Fondation Paul Bennot-Groupe Matmut, 2014
- 20 Médecins du monde, Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France, 2016
- 21 Warin P., Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), Le non-recours : définition et typologies, Working paper, Juin 2010.



Document soumis à audition



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

N° ISBN : 978-2-11-151465-2