

La médiation comme voie d'accès aux droits et services de santé des populations vulnérables.

Le cas de la Case de santé et de l'Atelier santé ville des quartiers Nord de Toulouse

Nadine Haschar-Noé et Jean Charles Basson

Toulouse 23-25 mai 2018

Introduction : contexte et questions de recherche

- Evolution des politiques publiques de santé (Bergeron, 2010) : loi MSS de 2016, stratégie nationale de santé (2018-2022) et projet pilote d'accompagnement à l'autonomie en santé (Saout, 2015).
- Duo expérimentation-évaluation et innovations sociales : instruments de changement social et des modes d'action publique dans le champ sanitaire et social (Chevallier, 2005 ; Lascoumes, Le Galès, 2004; Okbani, 2014; Grenier, Denis, 2017)
- Socio-ethnographie d'un projet pilote en cours (2017-2021): analyse documentaire, observations et entretiens semi-directifs
- Deux questions :
 - Conditions favorables à la mise en œuvre d'innovations sociales pour l'accompagnement vers l'autonomie et l'équité en santé ?
 - Comment les acteurs locaux s'emparent de ces préconisations institutionnelles ?

La médiation en santé comme instrument de modernisation des politiques publiques de santé (Haschar-Noé et al., 2016) et « *levier* » d'accompagnement à l'autonomie en santé : des dispositifs et pratiques de médiation mis en œuvre qui combinent une posture professionnelle et un positionnement politique

Deux approches (Faget, 2015):

Approche « normative » : une posture de médiateur-tiers non décisionnel et des critères éthiques qui structurent les dispositifs et pratiques des professionnels.

Approche « substantialiste » : formes non verticales de régulation sociale, un positionnement politique à visée de changement social

- Resituer individualisation et autonomisation du patient comme commande sociale et choix politique (Baszanger, 2010; Noury, 2010)
- Un double retournement de l'accompagnement : d'aide en ressource et de commande à exécuter en levier pour agir (Maléa, 2012).

1. Principes fondateurs de la Case de Santé et projet pilote

- Centre de santé communautaire de premier recours (2006) et Pôle santé droits (2012): une santé globale et un modèle alternatif de pratiques en « *médecine générale avancée* » versus « *modèle traditionnel bio-médical* ».
- Un système d'innovation sociale territorialisé, intégré et participatif (Klein, Harrisson, 2007; Hillier et al., 2014; Richez-Battesti et al., 2012): une dynamique ascendante, collective et participative ancrée dans son contexte local et une version démocratique de la santé (Laville, 2014)
- Trois axes de son projet-pilote (2017-2021): dynamique de santé communautaire, médiation en santé et formation à un « nouveau » métier.

2. Une extension des dispositifs de médiation en santé mis en œuvre par les médiateur.trice.s : posture professionnelle et critères éthiques

Cibles Critères éthiques	<u>Habitants - usagers - patients</u>	Institutions –prof. santé / sociaux
Etre avec	Accueil Permanence médiation	- Autres professionnels de la Case de santé
Aller vers	Déambulations et parcours de veille dans l'espace public du quartier Points fixes et « événements » communautaires	- Autres professionnels du quartier - Associations ou collectifs de quartier
Faire avec	Accompagnements individualisés Espaces collectifs en santé communautaire	- Partenaires ou ressources hors quartier - Institutions publiques
Faire ensemble	Projets collectifs en santé	

« Etre avec »: un accueil inconditionnel

- L'accueil comme point d'entrée des usagers et une permanence médiation
 - « Etre avec » et du côté des personnes *vs* « *injonction à la neutralité* » de la médiation
 - Accueil « *bienveillant* » comme « *première ligne de la première ligne et point d'entrée* » à la Case de santé (Hambourg, 2015) assuré par un médiateur.trice-pair.e disponible, présent.e, ouvert.e et attentif.ve à la demande de l'utilisateur: une logique de « *sollicitation* » et non seulement de « *sollicitude* » (Maléa, 2012)
 - Une permanence médiation ouverte : du temps pour des entretiens approfondis, créer un lien de confiance, écouter sans *a priori* les demandes d'accompagnement de toute nature (sanitaire, sociale, juridique, conditions de vie...) et y répondre.

« Aller vers » : médiation dans l'espace public, se faire repérer des habitants et acteurs du quartier et les mobiliser sur la santé

- 3 dispositifs:
 - *Un parcours de repérage à la rencontre des habitants* : déambulations en binôme, « *ressenti, vécu et problèmes* » du quartier; fiche de terrain et questionnaire ; méthodologie pour entrer en contact et ajuster sa posture... et définir des parcours de veille réguliers
 - *.... à la rencontre des acteurs et professionnels de santé* : un travail d'observatoire et de réseautage avec des partenaires potentiels, « *impulser l'introduction de problématiques de santé* », recueillir les besoins et proposer de nouveaux partenariats
 - Des points fixes et un « *diagnostic participatif en santé* » : encourager la participation et la prise de parole des habitants et créer un « événement » autour de différentes animations et outils inspirés des méthodes d'éducation populaire

« Faire avec » : renforcer les pouvoirs d'agir des personnes « vulnérables »

Deux types d'accompagnement (Maléa, 2012): renforcer les pouvoirs d'agir et niveau de littératie en santé, faire émerger des projets collectifs et favoriser « *une conscience critique (et) politique de la santé..... en s'appuyant sur des expériences vécues par les participants* »

- Des accompagnements individualisés : informations sur les droits, accompagnement physique, construction d'un dossier, interprétariat, solutions d'hébergement..... Un « *accompagnement/ maintien* » à dominante sociale et relationnelle pour assurer une présence et un soutien auprès des personnes
- Des espaces collectifs en santé communautaire: cycle d'ateliers généralistes (ISS) ou spécifiques (maladies chroniques) : un « *accompagnement/ visée* » pour dynamiser une personne ou un collectif dans la réalisation d'un projet de santé globale

« Faire ensemble » des actions de plaidoyer pour améliorer les conditions de vie et la santé

- Les projets collectifs et de plaidoyer en santé : créés à partir des propositions des participants aux ateliers et animés par des « *patients intervenants* »: santé et conditions de vie
 - « Discriminations et santé »: identifier les discriminations, connaître les outils du droit, analyser des situations, leur impact sur son parcours de soins et les actions à mettre en place
 - Théâtre Forum sur les « relations soignant.e.s-patient.e.s en situation de précarité »
 - « Santé et bien être », « Santé et logement », « Parents d'enfants en situation de handicap »

Les médiateur.trice.s : des agents socialisateurs en santé à partir de l'expérience des usagers-patients qu'il.elle.s accompagnent

3. Le retournement de la « commande » et un positionnement politique: des tensions à résoudre

- Accompagner les accompagnants et mobiliser les patients-usagers et les partenaires « pertinents » (Grenier et al., 2017) :
 - un travail collectif et collaboratif; une formalisation et forte instrumentation des pratiques; des débats internes et des décisions collectives en co-professionnalité; la mobilisation des usagers-patients et partenaires pour des actions de plaidoyer et la défense d'un modèle de santé communautaire
- Répondre à une logique sociale d'individualisation et d'autonomisation en santé sans placer la personne comme seule responsable de son état de santé
 - une culture organisationnelle de travail en interprofessionnalité (dossier et outil partagés, réunions de coordination et de « *gestion* »); une politique de formation professionnelle à l'accompagnement (professionnels et patients-intervenants); promouvoir une pédagogie active et des méthodes d'éducation populaire

- Elargir le champs d'intervention pour prendre en compte les déterminants sociaux de santé et construire une confiance interpersonnelle et organisationnelle:
-

➤ des partenariats interprofessionnels « hors les murs » et patients-professionnels de type égalitaire; des dispositifs participatifs; un processus contractuel de confiance « entre pairs »; une obligation à tenir pour les professionnels : « *ne pas décevoir les personnes accompagnées* », réussir à... selon un régime de preuve.

Conclusion: une reconfiguration de l'action publique en santé

- Une posture professionnelle basée sur des valeurs de santé globale et communautaire, des critères éthiques de la médiation et un engagement « personnel » des médiateur.trice.s
- Un positionnement politique pour réduire les ISS et la tension entre autonomie et responsabilité des usagers patients : des pratiques collectives, interprofessionnelles et participatives en interne et « hors les murs »
- S'emparer de la « commande » et la retourner: des innovations sociales « par le bas » et un modèle alternatif de santé de premier recours pour l'accès aux droits et à la santé des populations « vulnérables » mais pas seulement
- Le projet-pilote expérimental : un biais pour reconfigurer l'action publique et favoriser l'expression de revendications se réclamant d'une solidarité forte et d'une version démocratique de la santé fondée sur l'action collective.

CRESCO
Centre de Recherches Sciences Sociales Sports et Corps

IFERISS

*Institut Fédératif d'Etudes et de
Recherches Interdisciplinaires
Santé Société*



Merci de votre attention...

... et place aux questions

Nadine Haschar-Noé : hascharnoe@orange.fr

et Jean Charles Basson : jean-charles.basson@univ-tlse3.fr