

**PASCAL REVAULT** DIRECTEUR OPÉRATIONNEL DU COMEDE (COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS), ASSOCIATION AGISSANT EN FAVEUR DE LA SANTÉ DES EXILÉS ET DE LEURS DROITS. IL A CONTRIBUÉ À DES EXPÉRIENCES DE MÉDIATION EN SANTÉ DÈS LES ANNÉES 90 JUSQU'AU DÉBUT 2000, À L'INSTAR DU PROGRAMME DE MÉDIATION EN SANTÉ PUBLIQUE PORTÉ PAR L'IMEA.

Cette année 2016, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier, représente une avancée et a inscrit la “médiation sanitaire” au sein du code de santé publique en la différenciant de l’interprétariat, enfin reconnu par la même occasion. L’adjectif “sanitaire”, s’il prétend étymologiquement expliciter la “conservation de la santé”, introduit malencontreusement un frein symbolique qu’il faudra lever pour clarifier la place opérationnelle de la médiation dans le champ de la santé. Ce frein se décline d’abord à travers les termes “cordon sanitaire, évacuation sanitaire, risque sanitaire, inspection sanitaire...”, qui mettent l’accent sur les mesures d’hygiène publique, peu compatibles avec le sens premier de la médiation qui caractérise justement le passage entre deux cultures, par exemple entre celle du soignant et du soigné, ou encore celle d’un porteur de projet s’appuyant sur la santé communautaire versus les impératifs de l’autorité administrative.

Ainsi, la médiation sanitaire serait au service de la santé publique ?

Certes, mais bien davantage qu’une confusion avec “l’action publique”, la médiation est un espace dynamique susceptible de questionner cette action publique et de potentiellement proposer des transformations du système de santé, qu’il s’agisse des modes d’intervention, des dispositifs de participation aux politiques publiques ou de l’organisation des soins et de la prévention. Comment sinon, garantir que le médiateur en santé soit un tiers indépendant et co-acteur de la médiation ?

Il est pétillant de rappeler ici ce que Michel de Montaigne disait de la santé et qui justifie une terminologie davantage entrouverte :

“C’est une précieuse chose que la santé : et c’est la seule chose qui mérite à la vérité que l’on s’y emploie, non le temps, seulement la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite : d’autant que sans elle, la vie nous vient à être injurieuse. La volupté, la sagesse, la science et la vertu sans elle se ternissent et évanouissent... Toute voie qui nous mènerait à la santé, ne peut se dire pour moi, ni âpre, ni chère”. Voir, Montaigne “Les Essais”, Livre II, chapitre XXXVII,

1191-1192, Librairie générale Française 2001, La Pochothèque, Le livre de poche, (édition 1595).

Si Jonathan Mann, avait dès les années 1990 précisé la nécessité de

considérer les droits humains comme des déterminants de la santé, il a aussi introduit le concept de vulnérabilité, sans en prévoir la diffusion dans tous les champs sociaux, avec le risque de se limiter aux seuls publics vulnérables. Certes, les recherches pluridisciplinaires ont aujourd’hui démontré l’incorporation du social dans le biologique en termes de différences d’espérance de vie sans incapacité ou d’exposition à des facteurs de risque et l’urgence à travailler en amont pour améliorer l’accès aux droits, comme l’inscription des populations éloignées du soin et de la prévention.

Mais, il serait dommage de ne pas élargir la médiation en santé à l’ensemble du système de santé et des actions sociales pour mieux les faire évoluer, c’est-à-dire considérer plutôt les “situations de vulnérabilité”, que les “populations vulnérables”.

C’est rappeler que chaque personne peut connaître cette situation au cours de sa vie, par exemple au cours d’une hospitalisation, ou encore d’une consultation. D’autre part, c’est considérer la médiation comme intégrée dans une approche globale et non pas reléguée à des programmes en direction de publics spécifiques. Finalement, cela pourrait introduire davantage de visibilité des projets de médiation, régionaux, à la condition d’un financement pérenne par l’ensemble des Agences Régionales de Santé.

À l’inverse, le développement de dispositifs humanitaires, ponctuels à l’extrême pour gérer une crise sanitaire, ne répond pas aux ambitions d’une médiation en santé. Ne s’agit-il pas finalement d’éviter l’élaboration de réponses sur le même modèle que l’action humanitaire, parfois hyper-spécialisées, mais bien en revanche d’asseoir des dispositifs pensés avec les personnes qui résident dans une cité désormais mondialisée ?

Moins que les différences de compréhension qui seraient culturelles à travers les origines des personnes – et ce dont l’interprétariat a d’abord la responsabilité d’une réduction – ne s’agit-il pas bien davantage des différences de pratiques et de représentations entre soignants et soignés, entre administration et public ? Autrement dit, comment un médiateur participe de la transformation de la relation entre médecin et patient en échappant tant à l’écueil d’être

l'avocat du patient, ou de seulement expliciter et traduire les dires du médecin ? Comment, y compris sur le plan de la théorie systémique de la communication, la médiation facilite la symétrie, questionne les positions hautes et basses pour une autonomisation du patient, une discussion du diagnostic, des possibles thérapeutiques.

Ce positionnement n'est pas possible sans indépendance – si un médecin peut jouer un rôle d'intermédiation, il paraît difficile d'imaginer un médecin soignant médiateur ici – et légitimité du médiateur. Cela nécessite pour le médiateur, une absence de précarité et la reconnaissance par les acteurs de terrain de la santé. Dans le même temps, l'institution qui emploie le médiateur joue bien sûr un rôle sur son positionnement. Si l'intervention de médiateurs associatifs n'est pas neutre, car ils sont porteurs également des enjeux de leur structure, elle est potentiellement davantage à distance de l'hôpital par exemple pour une médiation entre soignants et soignés.

En fait, ce sont d'abord les enjeux de la rencontre entre une proximité sociale et une problématique de terrain en santé qui devraient déterminer l'élaboration du projet de médiation, la structure de rattachement des médiateurs et les éléments de la formation. Les médiateurs ne sont cependant pas forcément des personnes issues des catégories et des situations sociales concernées par le projet de médiation.

S'il paraît nécessaire de caractériser un cursus de formation validant et commun, comportant en particulier une connaissance de l'accès aux soins, aux droits et un savoir-faire en matière de médiation, de relation d'aide, de projets, il faut être prudent sur un cadre qui a montré ses limites par le passé. De fait, comment faciliter l'appréhension d'une co-construction de projet avec différents acteurs, tout en n'enfermant pas le médiateur dans des impératifs de cadre logique de projet, de discours et d'évaluation qui peuvent contenir une certaine limitation à l'action de la médiation et à "l'aller vers".

L'expérience de 2000 de médiation en santé publique portée par l'IMEA, [L'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée \(IMEA\) a été, de 2000 à 2005, l'opérateur d'un "programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique" financé et piloté par le ministère de la Santé, DGS. Ce programme a touché quatre sites : l'Île-de-France, la Guyane, Marseille et Nice. 150 personnes en tout ont été formées.](#) a montré que lorsqu'il faut s'attacher à un projet défini au sein d'une organisation dont les priorités sont déjà connues, la médiation risque de perdre sa richesse et donc également son efficacité. Les possibilités de diagnostic partagé et les réponses à mettre en lumière sur le terrain deviennent alors restreintes. L'importance d'un accompagnement à distance des personnes en cours de formation sur les projets est à souligner, loin d'une formation académique validante.

Moins que la question de la technicisation accrue de la bio-médecine, qui comme le propose Sandrine Musso en appellerait à des auxiliaires médiateurs pour un "supplément d'âme", [Voir, "Place de la médiation. Vers une reconnaissance ?" Compte-rendu de la soirée migrants et VIH, octobre 2015, p30-35.](#) le défi de la médiation réside probablement dans la reconnaissance d'une efficacité sociale de la co-construction des actions et interactions en santé, dans un monde toujours davantage mondialisé et pluriel. Ce défi concerne finalement tant la relation de soin globale entre personnes soignées et soignantes, que l'évolution du système de santé en termes de participation et d'interactions entre les différents acteurs de la santé. Ce pourrait aussi être une réponse à l'accélération, dénoncée par Paul Virilio [Voir, "L'administration de la peur", Les éditions Textuel, 2010](#), génératrice d'arythmie et qui ne permet pas le partage, produisant concrètement la désorganisation des services de santé et la mise en place d'une santé publique centrée sur l'urgence. Il faut souligner que la médiation court un risque à être utilisée pour pallier des dysfonctionnements qui relèvent de choix stratégiques du système de santé, donc des politiques de santé publique.

Finalement, la question que pose la médiation en santé est aussi et d'abord celle de l'émergence de sujets politiques en lieu et place d'objets de gestion humanitaire ou de santé publique. Comme le détaille Grégory Baltan dans un travail mené en 2005 auprès d'associations en faveur du logement de demandeurs d'asile, en agissant à travers les catégories de pensée issues du pouvoir, des militants sont finalement porteurs d'assignations identitaires [Voir, "Les nouvelles frontières de la société française", sous la direction de D. Fassin, Bibliothèque de l'Iris, La Découverte, Paris, 2010, p 339-361.](#) Ainsi, la trajectoire d'une personne en position de passerelle entre les demandeurs d'asile et ceux les soutenant, a rendu l'accès à la parole et au statut de sujet et non à la seule distribution des rôles humanitaires, citant Michel Foucault [Voir, "Dits et écrits", Volume IV, Gallimard, Paris, 1994, p. 574.](#) : "Dans la contingence qui nous a fait ce que nous sommes, se dégage la possibilité de ne plus être ce que nous sommes".

Chaque intervenant devrait se poser cette question essentielle pour ne pas abonder une réponse reproductrice d'une assignation des rôles sociaux prédéterminés.

# VISAGES ET IDENTITÉ DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

La médiation en santé est une pratique qui n'est pas nouvelle, puisqu'elle se dessine depuis l'émergence des "femmes relais", dites aussi médiatrices socio-culturelles qui agissent en France comme citoyennes engagées et professionnelles à la fois, depuis les années 1980. Aussi, une part de la médiation dans ce secteur est à rapprocher des pratiques de paire-aidance et des "savoirs et formations issus de l'expérience", portés par des mouvements d'usagers et de patients, qui sont de plus en plus reconnus depuis le début de la pandémie du sida.

Emmanuelle Jouet, Luigi Flora, Olivier Las Vergnas "Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse", Pratiques de Formations, Analyses, 2010.

Au-delà de son âge, pour comprendre justement la médiation en santé, il faut considérer sa diversité : elle s'incarne dans des contextes d'interventions, des objectifs, des profils de médiateurs et des réponses différents. La médiation paire se distingue ; certains projets ciblent a priori des quartiers dans leur ensemble où les populations sont précarisées tandis que d'autres actions de médiation viennent s'articuler à la prise en charge d'une problématique de santé spécifique (VIH-sida, addictions...). L'expérience du Programme National de Médiation Sanitaire témoigne de la capacité de la médiation à aller-vers des publics marginalisés et des territoires de vie que l'autorité publique appréhende trop souvent par des politiques en dehors du droit commun, aux effets pervers et discriminants pour la santé. *Par exemple, les aires d'accueil, où séjournent de façon temporaire ou de manière quasi-permanente des personnes vivant en habitat mobile, ne sont pas intégrées aux dispositifs de la politique de la ville. La catégorie de population des gens du voyage connaît globalement un état de santé dégradé, qui subit les effets négatifs des conditions sanitaires et environnementales défavorables dans de trop nombreux territoires où elle se trouve reléguée. Par ailleurs, les bidonvilles et autres bâtiments occupés de manière informelle, font l'objet d'évacuations répétées et ce dans la majorité des cas sans application de leur droit à l'hébergement.*

Voir le rapport 2017 du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope "20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et en squats".

Parler de ce qui rend chaque initiative singulière et donc nécessairement adaptée, ne doit pas occulter que la médiation en santé partage de solides et substantiels points communs. Les médiateurs qui interviennent dans le champ de la santé se réunissent autour d'une posture, d'une déontologie et de valeurs ainsi que de compétences. Cette identité commune est un prérequis qui se lit dans le travail collectif engagé pour la reconnaissance du métier, de la fonction et la construction de légitimité.