



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Inspection Générale
des Affaires Sociales

La médiation en santé

Point d'étape de la mission

1^{er} juin 2023 – journée de co-construction

*Emilie Henry, Nolwenn Tourniaire, Alexandre Berkese, Philippe Denormandie,
avec l'appui de Farida Belkhir, membre de l'inspection générale des affaires sociales*

1/ financement > avec Farida

2/ Evaluation et indicateurs > avec Emilie

3/ conditions de succès de l'intégration de la médiation en santé > avec Alexandre

4/ Référentiel de compétences > avec Nolwenn

Sommaire

1/ Une mission qui a conduit ses investigations avec le souci de concerter et coconstruire avec les parties prenantes

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

3/Sans faire reposer des attentes incommensurables sur la MeS, sa reconnaissance institutionnelle contribuerait à renforcer les moyens de lutter contre les inégalités sociales

4/Le suivi de l'opérationnalisation du présent plan par un comité *ad hoc* associant les parties prenantes est vivement préconisé

1/ Une mission qui a conduit ses investigations avec le souci de concerter et coconstruire avec les parties prenantes

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

Outre la mobilisation classique de données qualitatives et qualitative, la mission a fait le choix de centrer ses travaux sur la médiation en santé et d'intégrer une démarche participative à ses investigations

Données qualitatives

- Auditions des acteurs (parties prenantes, institutionnels, personnalités qualifiées) = plus de 100 h d'entretiens ;
- Mobilisation de revue littératures et du référentiel HAS
- Investigations terrains : déplacements dans 4 régions (IDF, PACA, ARA, CVL)
- Questionnaires aux ARS et au réseau des Conseillers aux affaires sociales des ambassades de France
(*Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède, Chine, Etats-Unis*)

Données quantitatives

- Absence de données fiables et consolidées (démographique et financière) au niveau national
- Appui sur le questionnaire administré par le CPMS et coordonné par Elodie Richard (FNASAT) et Sabrina Cossais (Sidaction).

Participation des acteurs

- Réunion de lancement de la mission avec l'ensemble des DAC et opérateurs des MSS
- Mise en place d'un cycle de groupe de travail avec le CPMS
- Participation à des séminaires dédiée à la médiation en santé (ARA, PACA)
- Organisation d'ateliers de co-construction en juin

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

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

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

Barrière linguistique

Complexité du système de soin

Isolement géographique et/ou social

Cloisonnement des mondes sanitaires et social

Fracture numérique

Niveau d'éducation, littératie en santé

Culture sanitaire axée sur le curatif

Précarité sociale et économique

Perte d'autonomie

Temps et ressources limités

Représentations culturelles

Représentations culturelles et biomédicales

Encapaciter

Désocculter

**Personnes éloignées
du système de santé
ou ne bénéficiant
pas des actions dont
elles ont besoin**

**La médiation comme
processus d'interface**

**Acteurs du parcours
de santé**

**Améliorer l'accès aux droits et aux
soins préventifs et curatifs, faire de la
promotion de la santé**

**Sensibiliser aux difficultés à
réaliser les parcours de santé**

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

L'absence d'évaluation médico-économique ne fait pas obstacle à la reconnaissance de la pertinence de la médiation en santé par les autorités scientifiques nationales qui s'appuient sur les résultats d'initiatives empiriques

- L'absence d'étude médico-économique ne saurait constituer en soi un argument faisant obstacle à la reconnaissance de la pertinence et de l'utilité sociale de la médiation en santé dans la mesure où la praticabilité même d'une telle étude n'est en rien évidente
- A l'instar de SPF et de la HAS, la mission considère qu'il est possible de s'appuyer sur les nombreux résultats empiriques existants pour affirmer que la médiation en santé est « *démarche prometteuse bien que non encore probante du point de vue académique* ».

Les investigations terrains et évaluations empiriques mobilisées par la mission mettent en évidence la pertinence de la médiation en santé tant pour réduire les inégalités d'accès que les tensions pesant sur le système de soins

Réduction des inégalités sociales de santé

Facilitation de l'accès aux droits
Facilitation de l'accès aux soins
Encapacitation et santé globale

Réduction des tensions pesant sur les ressources humaines et financières du système de soins

Gain de temps médical
Désengorgement des urgences
Coûts évités » pour la société

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

Malgré la reconnaissance de sa pertinence et de son utilité sociale, la médiation en santé se heurte à de nombreux freins susceptibles d'entraver l'effectivité de sa plus-values

Absence de reconnaissance statutaire

Confusion quant à l'objet de la médiation

Coopération non systématique des acteurs

Mode de financement complexe et non pérenne

Etiollement du service public de proximité

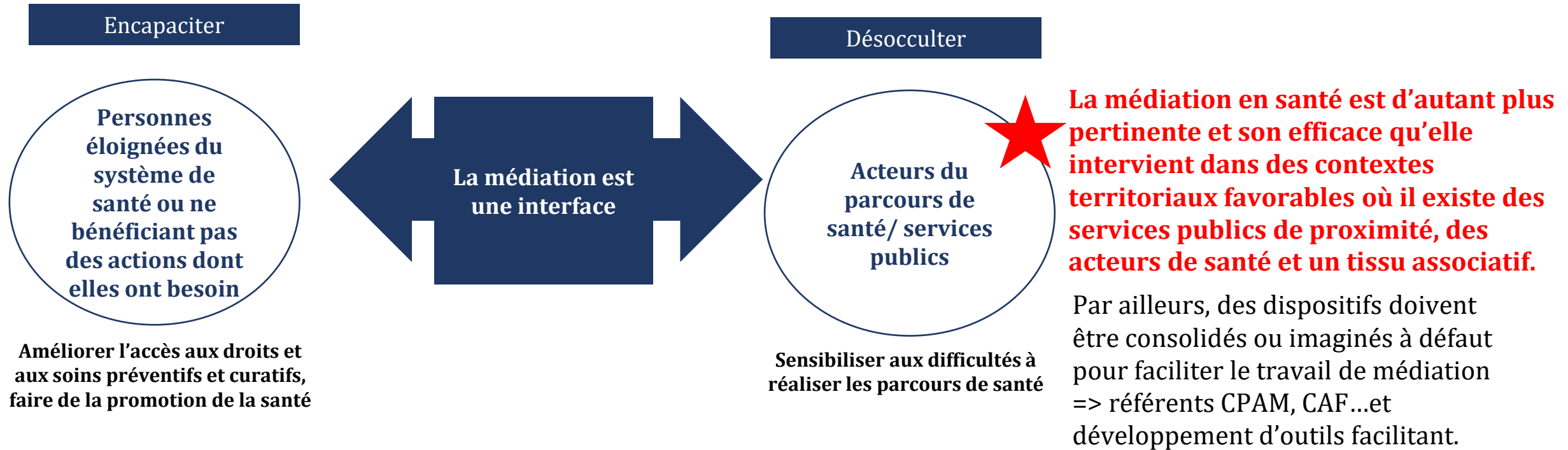
Précarité socioéconomique des Médiateurs.rices : turn over, risque de burn out.
Fragilisation de l'interface

3/Sans faire reposer des attentes incommensurables sur la MeS, sa reconnaissance institutionnelle contribuerait à renforcer les moyens de lutter contre les inégalités sociales

Sans faire reposer des attentes incommensurables sur la MeS, sa reconnaissance institutionnelle contribuerait à renforcer les moyens de lutter contre les inégalités sociales

Si la consolidation des conditions d'exercice de la médiation en santé doit être poursuivie, sa réalisation doit aller de pair avec une véritable réflexion quant au redimensionnement des services publics de proximité

La médiation en santé recouvre des besoins spécifiques et ne doit venir en substitution aux défaillances du système. Une vigilance particulière doit porter sur l'accompagnement dans l'accès aux droits santé en raison de la disparition des ressources sur les territoires en parallèle au développement des démarches dématérialisées.



Sans faire reposer des attentes incommensurables sur la MeS, sa reconnaissance institutionnelle contribuerait à renforcer les moyens de lutter contre les inégalités sociales

Condition de leur pleine reconnaissance en tant qu'acteurs de santé, la création du métier de médiateur.rice en santé semble devoir être prioritairement être engagé

1 Reconnaitre la médiation en santé comme un métier du champ des acteurs de la santé

- Définition du référentiel métier (sur la base notamment du référentiel HAS et de l'expérience des acteurs)
- Reconnaissance dans le code ROME
- Inscription du métier dans le code de la santé publique et/ou dans le code de l'action sociale et de la famille
- Intégration du métier dans les conventions collectives du secteur social, médico-social et sanitaire

2 Bâtir des voies de formations inclusives

- Définir un référentiel de formation incluant les savoirs et compétences techniques, la connaissance de l'environnement et les savoirs être et posture professionnelle ;
- Ménager deux voies d'accès au métier :
 - (i) formation initiale de niveau licence (Bac +3) avec accès possible sans exigence de diplôme préalable (via une VAPP par exemple) : suppose une diversité d'organismes de formations (université, IREPS, associations...)
 - (ii) certification professionnelle permettant de valoriser les compétences acquises par l'expérience (VAE) ou d'accéder au métier par la formation professionnelle continue : suppose un enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP)

Sans faire reposer des attentes incommensurables sur la MeS, sa reconnaissance institutionnelle contribuerait à renforcer les moyens de lutter contre les inégalités sociales

Les conditions de travail et de financement de la médiation en santé doivent être significativement améliorées afin de garantir l'attractivité et la fidélisation au sein du métier

L'ancrage territorial est à prendre en compte tant dans la structuration des dispositifs d'accompagnement et que dans les différentes modalités de financement.

1 Améliorer les conditions de travail des médiateurs.rices

- **S'appuyer sur le programme national de la médiation en santé ainsi que ses déclinaisons régionales** en tant que dispositifs d'accompagnement incluant de l'analyse et échanges de pratiques, la structuration des remontées portant sur des dysfonctionnements du système de santé et plus largement, consolidation du lien aux acteurs du système (CPAM, CAF, CNAV, CCAS...);
- **Outiller les professionnels** : plateformes CPAM, volet médiation dans le dossier informatisé patient ;
- **Valoriser la médiation auprès de ses partenaires** afin de créer les conditions de la collaboration avec les autres acteurs du soin ;

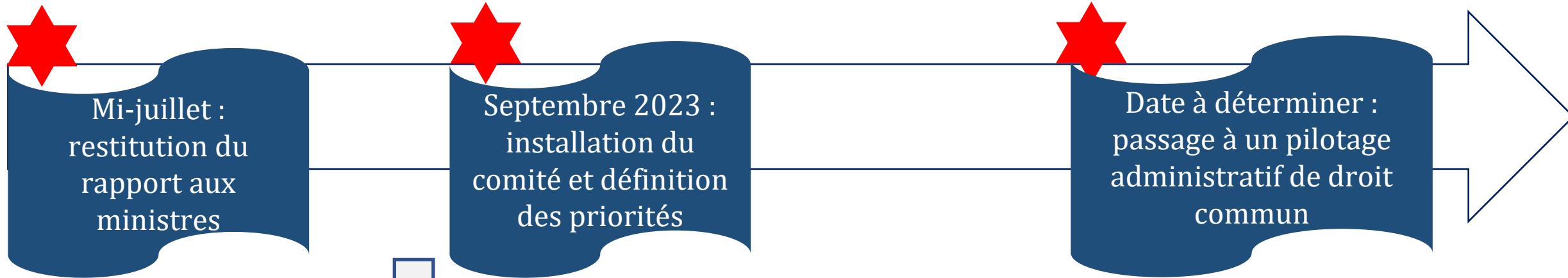
2 Renforcer la visibilité des engagements financiers

- Il n'existe probablement pas de guichet unique idéal mais un mode de financement adapté aux différentes structures porteuses :
 - i. du FIR pluriannuel et sanctuarisé, au sein d'une enveloppe ISS ;
 - ii. un financement MIGAC pluriannuel ;
 - iii. un financement assurance maladie via la pérennisation des expérimentations art 51 incluant de la médiation en santé (SECPA, microstructures notamment)
- Eventuel sujet de ressaut ONDAM : peu probable à court terme et en tout état de cause à mettre en regard des coûts évités.

4/Le suivi de l'opérationnalisation du présent plan par un comité *ad hoc* associant les parties prenantes est vivement préconisé

Le suivi de l'opérationnalisation du présent plan par un comité *ad hoc* associant les parties prenantes est vivement préconisé

L'absence de pilotage administratif tout comme l'exigence de poursuite de la dynamique participative enclenché invitent à mettre en place une équipe projet dédiée à l'opérationnalisation de la feuille de route



- Un comité ad hoc composé d'administrations et de personnalités qualifiées selon des proportions à déterminer : parité ?
- Un comité devant lequel les administrations en charge de la mise en œuvre des mesures seront responsables : suivi trimestriel ?
- Un comité chargé de préparer la transition vers un pilotage de droit commun