

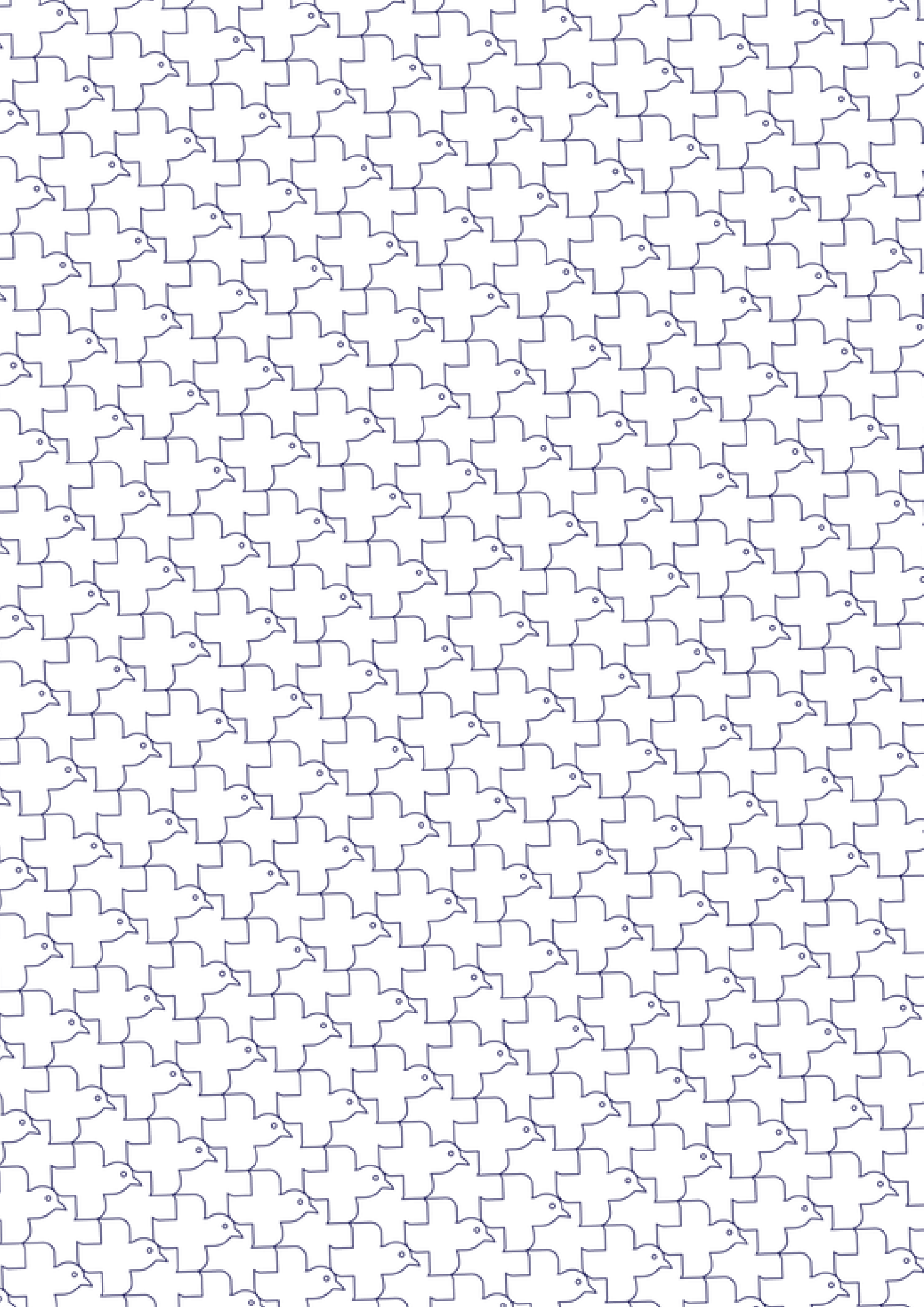


LA MÉDIATION EN SANTÉ

COMMENT CONCEVOIR ET METTRE EN OEUVRE UN
PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ SUR SON TERRITOIRE ?

APPRENTISSAGES ET CAPITALISATION DU PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ DE
MÉDECINS DU MONDE DANS LE GRAND ANGOULÊME
2019 À 2025





ACRONYMES	P5
CONTEXTUALISATION ET ENTRÉE EN MATIÈRE	P6
Avant-propos : Présentation du livret	P7
• Pourquoi ce livret ?	P7
• A qui s'adresse-t-il ?	P7
• Comment a-t-il été conçu ?	P7
• Comment est-il construit ?	P8
• Qui a participé à la conception ?	P8
• Qui l'a rédigé ?	P9
Contexte territorial	P9
• Offre de soins	P9
Projet mis en œuvre par MdM	P11
• Les activités de Médecins du Monde sur le Grand Angoulême	P11
• Les publics concernés par le projet	P11
Cadrage théorique et sémantique	P12
• La charte d'Ottawa et la promotion de la santé	P12
• La santé communautaire	P12
• La médiation en santé	P12
• L'empowerment	P14
• La posture de l'intervenant·e à Médecins du Monde	P15
• Précision sur le terme "droit commun"	P15
• Précisions sur les termes espace d'accueil et lieu-ressources en santé	P15
INDISPENSABLES À LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ	P16
1. Etablir un diagnostic territorial de l'accès aux droits et aux soins	P18
• 1.1. Analyse du contexte local	P18
• 1.2. Identification des Problèmes Collectifs de Santé (PCS)	P18
• 1.3. Analyse et priorisation des Problèmes Collectifs de Santé	P18
2. Evaluation et accompagnement vers l'autonomie des personnes	P19
3. L'interprétariat professionnel en santé : un outil primordial pour des échanges de qualité	P21
• 3.1. La barrière de la langue : un obstacle à l'accès aux soins et aux droits	P21
• 3.2. Qu'est-ce que l'interprétariat professionnel en santé ?	P21
• 3.3. Les avantages de l'interprétariat professionnel	P21
• 3.4. Vigilance en cas de recours aux alternatives à l'interprétariat professionnel : tiers, proches et outils numériques	P22
• 3.5. Les bonnes conditions identifiées	P22
4. Former et accompagner les médiateurs·trices en santé dans leurs actions	P23
• 4.1. Un socle d'éléments fondamentaux	P23
• 4.2. Intégrer une approche de qualité dans un projet de médiation en santé	P23
Focus : Fonctionnement MdM : Un parcours bénévole pour les accompagner à agir dans une démarche de médiation en santé	P24
Focus : Le consentement, une notion indispensable	P25
Fiche complémentaire transversale : Tâches d'un·e médiateur·trice en santé	P27
AXE 1 : (RE)CRÉER LA RENCONTRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNÉES	P28
1. Comment (r)établir la rencontre avec les personnes concernées ?	P30
• 1.1. En faisant de l'"aller-vers" le public cible	P30
• 1.2. Différentes modalités de l'"aller-vers"	P30
• 1.2.1. Le déplacement physique, "hors les murs"	P30
• 1.2.2. Un espace d'accueil et lieu-ressources en santé	P32
• 1.2.3. L'ouverture à autrui	P32
Zoom sur le téléphone MdM, un outil de lien essentiel	P33
Focus : Les permanences de médiation en santé	P34
2. Comment penser un espace d'accueil inconditionnel et un lieu-ressources en santé ?	P35
• 2.1. L'espace d'accueil	P35
• 2.2. Le lieu-ressources en santé	P36

Focus : Recommandations pour créer un espace d'accueil et un lieu-ressources en santé	P37
Focus : Demandes exprimées et non exprimées lors des permanences	P40
AXE 2 : FACILITER LA COORDINATION DU PARCOURS DE SANTÉ	P41
1. Faciliter comment ? Par un entretien de médiation	P43
• 1.1. Pourquoi réaliser un entretien de médiation en santé ?	P43
Zoom sur le premier entretien	P43
Focus MNA : Signalement et information préoccupante	P44
• 1.2. Quand réaliser un entretien de médiation en santé ?	P45
• 1.3. Où peut avoir lieu un entretien de médiation en santé ?	P46
2. Faciliter comment ? Par des accompagnements physiques	P48
• 2.1. Des accompagnements aux objectifs distincts	P48
• 2.2. Trois modalités d'accompagnements physiques	P48
Focus MNA : Accès aux soins et aux droits quand on est un-e MNA	P50
3. Faciliter comment ? Par le suivi des personnes	P52
• 3.1. Suivre par des outils spécifiques	P52
• 3.2. Comment savoir qu'un accompagnement se termine ?	P52
4. Faciliter comment ? Par la mise en lien entre les acteur·rices du territoire et les personnes éloignées du soin	P53
• 4.1. Rencontrer les partenaires pour connaître son territoire et se coordonner	P53
• 4.2. Orienter en partant de la personne concernée	P53
Focus : Enjeux et difficultés rencontrés dans un contexte de désertification médicale	P55
Fiche complémentaire transversale : Santé Mentale et Soutien Psychosocial (SMPS)	P57
AXE 3 : FAVORISER DES ACTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ	P60
1. Diagnostic : comment identifier les thématiques de santé avec les personnes concernées ?	P62
2. Quelle période pour quelle thématique ?	P63
3. Quand organiser les ateliers collectifs ?	P64
Focus : Les jeux santé, des outils ludiques	P66
4. Comment animer un atelier ?	P67
• 4.1. Différentes étapes lors de l'animation d'un atelier collectif	P67
• 4.2. Focus sur le rôle / posture d'animateur·trice	P67
5. Comment évaluer et faire évoluer les activités ?	P69
AXE 4 : PARTICIPER AUX ACTIONS STRUCTURANTES DU PROJET	P70
1. Travailler en équipe de médiation en santé	P72
2. Développer des partenariats et participer à des réseaux	P73
Zoom sur la cartographie d'acteur·trices	P73
Zoom sur le parcours primo-arrivant	P74
Focus : Des partenariats avec deux acteurs clés : l'ARS et la PASS	P75
Focus MNA : Les familles d'accueil, des partenaires clés	P76
3. Participer à la veille sanitaire et sociale du territoire	P77
4. Collecter et remonter les dysfonctionnements territoriaux	P77
5. Participer à l'amélioration des politiques de santé	P79
CONCLUSION	P81
ANNEXES	P84
ANNEXE 1 : LISTE DES CONTRIBUTEURS·TRICES	P84
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTENAIRES ALLIÉS DU TERRITOIRE	P85
ANNEXE 3 : OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS RÉFÉRENCÉS PAR LA HAS	P86
ANNEXE 4 : PRINCIPAUX ACTEUR·TRICES ANGOUMOISIN·ES EN LIEN AVEC LE PROJET	P87
ANNEXE 5 : PRINCIPAUX COMITÉS DE PILOTAGE, COLLECTIFS, RÉSEAUX ET CONSEILS D'ADMINISTRATION	P87
ANNEXE 6 : BOÎTE À OUTILS	P88

ACRONYMES

AADMIE	ASSOCIATION D'AIDE ET DE DÉFENSE DES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS
AME	AIDE MÉDICALE D'ÉTAT
ARS	AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
ASE	AIDE SOCIALE À L'ENFANCE
CAARUD	CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUE
CATTP	CENTRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE À TEMPS PARTIEL
CCAS	CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
CEGIDD	CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGES ET DE DIAGNOSTIC
CHA	CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÊME
CLAT	CENTRE DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE
CMP	CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
CPAM	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
CPTS	COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ
CRIP	CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES
CSS	COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
DAC	DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION
DDETSPP	DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL, DES SOLIDARITÉS ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS
DOF	DIRECTION DES OPÉRATIONS FRANCE
DPI	DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ
DSP	DIRECTION SANTÉ PLAIDOYER
EMPP	EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ
ETP	EMPLOI À TEMPS PLEIN
GAP	GROUPE D'ANALYSE DE LA PRATIQUE
HAS	HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
IP	INFORMATION PRÉOCCUPANTE
LHSS	LITS HALTE SOINS SANTÉ
MDM	MÉDECINS DU MONDE
MIV	MALADIES INFECTIEUSES ET VACCINALES
MDS	MAISON DÉPARTEMENTALE DES SOLIDARITÉS
MNA	MINEUR·E NON ACCOMPAGNÉ·E
PASS	PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
PCS	PROBLÈME COLLECTIF DE SANTÉ
SMPS	SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL



CONTEXTUALISATION ET ENTRÉE EN MATIÈRE



AVANT-PROPOS : PRÉSENTATION DU LIVRET

POURQUOI CE LIVRET ?

Médecins du Monde, présent à Angoulême depuis 1990, a créé en 2019-2020 le projet de médiation en santé. Son objectif a été de **faciliter sur 5 ans une prise en charge en santé globale et intégrée dans le droit commun des personnes migrantes en situation administrative précaire présentes sur le Grand Angoulême**. En 2025, Médecins du Monde a acté son désengagement grâce au transfert de ses activités de médiation en santé à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier d'Angoulême. Dans ce cadre, l'équipe a souhaité conduire un travail de capitalisation pour formaliser et partager l'expérience qu'elle a acquise avec ses partenaires au cours de ces 5 ans d'intervention.

A QUI S'ADRESSE-T-IL ?

- Aux **acteur·trices repreneur·euses** des activités de médiation en santé développées par Médecins du Monde à Angoulême afin qu'ils/elles bénéficient d'un transfert de connaissances et d'outils ;
- Aux **professionnel·les et structures de droit commun du secteur médico-psycho-social** qui souhaitent s'engager dans un projet de médiation en santé et/ou qui souhaitent bénéficier d'arguments pour convaincre leurs directions de s'y lancer sans appréhension avec des outils simples et accessibles ;
- Aux **autres projets de Médecins du Monde et partenaires** intervenant auprès et avec des personnes migrantes en situation administrative précaire partout en France.

Ce livret est avant tout orienté vers les acteur·ices angoumoisins·es, mais peut tout à fait être transposé à d'autres territoires, en gardant néanmoins en tête que chaque contexte est singulier. Toute intervention conduite sur la base de ces éléments capitalisés nécessitera un diagnostic local, l'implication des personnes concernées et des parties prenantes dans le processus, telles que les structures associatives et de droit commun.

COMMENT A-T-IL ÉTÉ CONÇU ?

Ce livret est le fruit d'un travail de capitalisation mené par les équipes angoumoises de Médecins du Monde. Il a été construit sur la base de **recueils de témoignages d'acteur·ices de terrain, praticien·nes (salariés·es ou bénévoles) de la santé et du social, de militants·es associatifs·ves et de personnes migrantes**. Son format a fait l'objet d'une co-construction et d'une validation par ses contributeur·ices, lors d'ateliers collectifs et de réunions de pilotage.

Il a été réalisé en 5 grandes étapes étalées sur 5 mois, de mars à juillet 2025.



ETAPE 01
**Préparation et
réunion de
cadrage**



ETAPE 02
**Evaluation des
expériences et
des pratiques**



ETAPE 03
**Capitalisation
des savoirs**



ETAPE 04
**Présentation
intermédiaire et
productions
provisoires**



ETAPE 05
**Finalisation des
productions et
restitution orale**

COMMENT EST-IL CONSTRUIT ?

La première partie du document est liée au cadre théorique et sémantique visant à introduire la démarche du projet : la médiation en santé. La seconde, elle-même subdivisée en 5 parties, est le fruit de la capitalisation des pratiques et de l'expérience collectées auprès des contributeur·ices.

Pour faciliter la fluidité et l'appropriation des messages qu'il véhicule, ce livret a été rédigé en présentant les indispensables nécessaires à la mise en œuvre d'un projet de médiation en santé et les **4 axes de la médiation en santé** tels que définis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Une mise en exergue de certains **points de vigilance, de bonnes pratiques, de pistes d'amélioration et des messages clés ont aussi été formulés** par les groupes de travail lors des ateliers collectifs. Ils sont partagés dans ce document.

Les différentes parties peuvent être utilisées séparément les unes des autres, en fonction du type d'actions mises en œuvre par les équipes de médiation en santé.

Des fascicules par sujet avec des fiches de bonnes pratiques ainsi que des focus sont aisément imprimables. Ils comportent les principaux enseignements issus des actions menées par Médecins du Monde et sont contextualisés au territoire du Grand Angoulême.

Une boîte à outils, qui contient l'ensemble des outils cités dans la capitalisation, est également téléchargeable.

En cas d'utilisation de cette capitalisation, aucune approbation de la part de Médecins du Monde n'est nécessaire. Si le document fait l'objet d'une traduction, il est obligatoire d'intégrer la clause de non-responsabilité suivante accompagnée de la citation requise : « *Cette traduction n'a pas été réalisée par Médecins du Monde. Médecins du Monde n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale française doit être l'édition qui fait autorité.* ».

QUI A PARTICIPÉ À LA CONCEPTION ?

LES CONTRIBUTEUR·ICES

Pour réaliser ce document, la médiatrice en santé et la coordinatrice générale ont interrogé **16 contributeur·ices** (cf Annexe : Liste des contributeur·trices), entre la phase de cadrage et de capitalisation des savoirs.

Tous les salarié·es et bénévoles ayant participé à la mise en œuvre du projet durant ces 5 années ont contribué à pouvoir réaliser cette capitalisation, notamment Sébastien Béchereau (ancien coordinateur) et Julie Gauttier (ancienne médiatrice en santé).

LE COMITÉ DE PILOTAGE

Le comité de pilotage de cette capitalisation a été pensé dans une perspective de **co-construction**. Il était ainsi composé des **salariées du projet de médiation en santé, de la chargée de suivi des opérations et de la référente santé de la Direction des Opérations France (DOF)** de Médecins du Monde. Il a eu pour vocation de valider la note de cadrage de la capitalisation, de suivre toutes les étapes du processus et d'amender et valider les livrables attendus.

Projet de médiation en santé Angoulême : Mme Maëlis Nivet, médiatrice en santé ; Mme Amélie Trimoulet, coordinatrice générale.

Direction des Opérations France : Mme Emilie Dubuisson, chargée de suivi des opérations ; Mme Marion Mottier, référente santé.

LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PROJET

L'équipe a mené des **entretiens collectifs lors des permanences** auprès des personnes concernées dans le but de tirer des apprentissages du projet. Cependant, il s'est avéré difficile d'avoir leurs avis sur ce qu'elles appréciaient, ce qu'elles souhaiteraient en plus dans ce lieu et ce projet.

QUI L'A RÉDIGÉ ?

Ce livret a été rédigé par Maëlis Nivet, médiatrice en santé, et Amélie Trimoulet, coordinatrice générale de la délégation régionale Poitou-Charentes avec l'appui de Barbara Paul-Foos, chargée d'appui à la délégation régionale.

Le siège a appuyé cette capitalisation, plus particulièrement : Marion Mottier - Référente santé DOF, Julien Chauveau - Référent Evaluation & Capitalisation Direction Santé et Plaidoyer (DSP), Camille Boittiaux - Référente appui technique et plaidoyer MNA DOF et Emilie Dubuisson - Chargée de suivi des opérations DOF.

RÉDACTION ET CONTRIBUTIONS

Amélie Trimoulet (Médecins du Monde),
Maëlis Nivet (Médecins du Monde)

ILLUSTRATIONS ET MISE EN PAGE

Barbara Paul-Foos (Médecins du Monde)

CONTEXTE TERRITORIAL

OFFRE DE SOINS



Angoulême dispose de deux établissements de santé dont le Centre Hospitalier d'Angoulême et la clinique privée de Saint Joseph. Un Centre Clinical privé est également présent à Soyaux, dans l'agglomération d'Angoulême.

Concernant l'offre de prise en charge en santé mentale, le **Centre Hospitalier Camille Claudel** situé à La Couronne, dans l'agglomération d'Angoulême est le centre hospitalier référent de Charente. À cette offre hospitalière, s'ajoute sur la ville d'Angoulême pour la psychiatrie générale : **1 Centre Médico-Psychologique (CMP), 1 Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 2 Hôpitaux de jour, et pour la psychiatrie infanto-juvénile : 2 CMP, 1 CATTP, 2 hôpitaux de jour**. L'offre libérale quant à elle s'appuie sur **13 psychiatres et 27 psychologues** dont l'activité ne se limite pas aux habitant-es de la commune. De même, la prise en charge ambulatoire ne se limite pas à la commune d'Angoulême.

Depuis janvier 2023, **une unité de psycho-trauma**, l'Empreinte, a vu le jour au sein du Centre Hospitalier Spécialisé Camille Claudel. Elle a pour mission de prendre en soins les personnes souffrant de psycho-traumatisme repéré (projet de soin individualisé), d'évaluer les besoins des partenaires, et d'accompagner les partenaires sur le repérage et l'orientation.

Dans le domaine de la prévention et des addictions, l'association AIDES, qui gère également le **Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogue (CAARUD)**, est présente à Angoulême, de même qu'Agora qui est **un centre médicopsychologique**, d'accompagnement et de prévention en addictologie. On note également la présence à Angoulême du **Centre de Prévention de la Charente** qui regroupe le **Centre départemental de santé sexuelle, un service de vaccination, le Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT), une consultation « voyageurs », et la Maison des adolescents**. Aussi, il existe un **Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)** au Centre Hospitalier d'Angoulême, qui est également mobile.

PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Le Centre Hospitalier d'Angoulême est doté d'une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** depuis 2002, devenue mobile courant 2018. Un médecin y travaille à 60%, un psychologue à 30% ETP (depuis 2019), un 0,8 ETP sage-femme depuis 2022.



En 2019 les **Lits Halte Soins Santé (LHSS)** et les **Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** ont fait leur apparition. Depuis, les LHSS ont vu leur capacité d'accueil augmenté (2 places supplémentaires en 2023, développement du dispositif MOBILITS et renforcement de l'équipe).

Depuis 2016, la CPAM de la Charente a ouvert une **Plateforme d'Intervention Départementale Pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS)**.

Sur le volet de la santé mentale, il existe une **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)**.

Depuis 2021, l'équipe de **Veille Sociale de l'association OMEGA** qui réalise un travail de rue auprès des SDF et des marginaux en journée et des maraudeurs en soirée compte un ETP Infirmière Diplômée d'Etat (IDE).

Un dispositif expérimental « **Réseau Santé Précarité** » doté d'une IDE, d'une sage-femme et d'une psychologue est en développement depuis 2022.

Enfin en 2022, une **consultation commune CLAT / CeGIDD / PASS** a été mise en place afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des personnes migrantes notamment concernant le parcours de prévention. Cette consultation commune a lieu au Centre Hospitalier d'Angoulême et se déroule sur 2 jours (*le mardi pour la réalisation des tests et le vendredi pour la remise des résultats et la mise en place du suivi*).

Depuis plusieurs années, le territoire fait face à un **paradoxe à savoir une amélioration en terme d'offre de soins pour les personnes en situation de précarité et un contexte général de désertification médicale**. Alors que les dispositifs destinés aux personnes en situation de précarité ou ceux en matière de santé mentale se sont renforcés, les difficultés d'accès à la médecine générale n'ont cessé de s'accroître ces dernières années et ce, malgré la mise en place de mesures incitatives par l'ensemble des acteurs publics (ouverture de centres de santé et de maisons de santé pluridisciplinaire).

LIMITES ET DYSFONCTIONNEMENTS OBSERVÉS CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS

- Une orientation vers le droit commun (médecine libérale et hospitalière) difficile dû à la désertification médicale qui s'accroît ;
- Un faible recours à l'interprétariat professionnel ;
- Un accès à l'information et une compréhension faible concernant les dispositifs existants (à la fois pour les personnes et les professionnel-le-s de santé) ;
- L'absence ou une difficile coordination du parcours de santé des personnes vulnérables, et notamment pour les personnes migrantes, incluant les mineur-es non accompagnés-es ;
- La méconnaissance par les professionnel-le-s de santé de certains dispositifs de droit commun, des conditions de vie et besoins spécifiques des personnes accompagnées par Médecins du Monde.

LIMITES ET DYSFONCTIONNEMENTS OBSERVÉS CONCERNANT L'ACCÈS AUX DROITS

- Le durcissement de l'accès à l'AME (impact de la réforme votée fin 2019) ;
- La complexité de l'accès aux droits et des démarches administratives ;
- Un accès difficile (voire impossible) à des travailleur-euses sociaux-ales pour les personnes étrangères en situation administrative précaire ;
- Pas d'acteurs pour accompagner les personnes dans leur demande de renouvellement de couverture maladie (ni PASS ; ni CCAS ; ni CPAM) ;
- Les "Maisons France Services" non formées à l'AME ;
- Le pôle instruction AME de Poitiers pas suffisamment informé ou formé concernant la situation des MNA en phase d'évaluation.



PROJET MIS EN ŒUVRE PAR MÉDECINS DU MONDE

LES ACTIVITÉS DE MÉDECINS DU MONDE SUR LE GRAND ANGOULÊME

Afin de faciliter sur 5 ans une prise en charge en santé globale et intégrée dans le droit commun des personnes étrangères en situation administrative précaire présentes sur le Grand Angoulême, le projet de médiation en santé porté par Médecins du Monde vise les résultats attendus suivants :

RÉSULTAT 1 Les personnes sont rencontrées et accompagnées dans leur accès aux droits, aux soins et à la prévention.

RÉSULTAT 2 L'empowerment des personnes est favorisé dans sa dimension individuelle, collective et politique.

RÉSULTAT 3 Les capacités des professionnels médico-sociaux à prendre en charge le public cible (savoir être et savoir-faire) sont renforcées.

RÉSULTAT 4 Les acteurs institutionnels du droit commun (Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), services sociaux du Département, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Mission locale, Agence Régionale de Santé (ARS), Centre Hospitalier, Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations (DDETSPP)) s'engagent dans la mise en œuvre d'une prise en charge globale, coordonnée et adaptée des personnes migrantes de manière pérenne.

LES PUBLICS CONCERNÉS PAR LE PROJET

L'équipe de médiation en santé de Médecins du Monde intervient auprès des personnes étrangères en situation administrative précaire, c'est à dire des **personnes de nationalités étrangères alternant des périodes plus ou moins longues de régularité et d'irrégularité vis-à-vis du droit au séjour**. Concrètement, il peut s'agir des primo-arrivant·es, des demandeur·euses d'asile sans hébergement institutionnel, des "débouté·es", des "dubliné·es", des européen·nes dit·es "inactif·ves", et des Mineur·es Non Accompagné·es (MNA).

Les MNA accompagnés par Médecins du Monde sont des mineur·es non pris·es en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) car non reconnu·es comme mineur·es par le Conseil Départemental. Toute personne se déclarant mineure et étant privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, peut bénéficier d'un accueil provisoire. Au cours de ce dernier, les services du département ou toute structure du secteur public ou du secteur associatif à laquelle la mission d'évaluation a été déléguée, va procéder à une évaluation qui aboutira soit à la décision de reconnaissance (et donc à la prise en charge par l'ASE) soit au refus de reconnaissance de minorité de la personne. Cette évaluation s'appuie sur la combinaison d'un faisceau d'indices : un entretien social, la vérification de l'authenticité des documents d'état civil et la consultation des fichiers (AEM, AGDREF 2).

Les **personnes accompagnées dans le cadre du projet sont souvent invisibilisées** dans la mesure où elles n'accèdent pas aux travailleur·euses sociaux·ales du territoire et sont, pour beaucoup, peu hébergées dans des dispositifs publics. En raison de sa complexité, du manque d'accès à l'information, d'une non systématisation de l'interprétariat professionnel en santé, **le fonctionnement du système de santé français est souvent méconnu, conduisant à un non-recours aux droits et aux soins**. De plus, leur situation administrative précaire complique l'accès aux besoins primaires, ce qui a des répercussions négatives sur leur santé physique et psychique. Par ailleurs, cette précarité les empêche de faire de leur santé une priorité.

Enfin, l'impact de la **désertification médicale** sur l'accès à un parcours de santé de droit commun ne cesse de s'accroître, constituant un retard et/ou un nonaccès aux soins de plus en plus important pour les personnes rencontrées par Médecins du Monde.

CADRAGE THÉORIQUE ET SÉMANTIQUE

LA CHARTE D'OTTAWA ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

L'approche développée par Médecins du Monde s'ancre dans une conception de la santé telle qu'inscrite dans la Charte d'Ottawa qui promeut les principes de justice sociale, d'équité et de participation communautaire.

☞ *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* ☞

SOURCE : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE, (1986), PROMOTION DE LA SANTÉ : CHARTE D'OTTAWA, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE.

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Parmi les nombreuses définitions de la santé communautaire existantes, Médecins du Monde retient celle de l'OMS, selon laquelle la santé communautaire est :

☞ *Un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être comme ceux de la communauté et développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté.* ☞

Les expériences de santé communautaire se caractérisent par les spécificités suivantes :

- Elle concerne une communauté (cela implique une action locale ou circonscrite dans ses membres) ;
- Elle favorise une démarche de co-construction par tous les acteurs concernés ;
- Elle s'appuie sur un contexte de partage de savoir et de pouvoir ;
- Elle part, valorise et mutualise les ressources de la communauté.

SOURCE : LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, ALMA ATA 1978, GENÈVE : OMS, RÉIMPRESSION 1986, PP. 56-57.

LA MÉDIATION EN SANTÉ

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS)

☞ *Alors que les conditions de l'égalité d'accès au système de santé sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique en France via une série de dispositifs, l'égalité et l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ne sont pas pleinement effectifs. Dans ce contexte, la médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :*

*D'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
D'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.* ☞

Code de la santé publique (Art.D.1110-5)

☞ *La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités.* ☞

C'est donc un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec », avec un début et une fin de médiation.

Ses objectifs :

- L'équité en santé (retour vers le droit commun) ;
- Le recours à la prévention et aux soins ;
- L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- La prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

La médiation en santé s'est imposée comme **un outil nécessaire voire indispensable**. Différent-es acteur-ices, structures, organismes ont mis en place des actions de médiation en santé, en s'appuyant notamment sur le référentiel produit par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le terme de médiation en santé peut renvoyer à des situations différentes : **un projet, une équipe, des professionnel·les dédié·es, etc.** Chez Médecins du Monde, **plusieurs actions de médiation en santé ont été initiées** en France tant en zones rurales qu'urbaines à destination de plusieurs publics (habitant.e.s de squats et bidonvilles, personnes migrantes, MNA, etc.) et sur de **nombreux territoires** (Lyon, Lille-Sud, Caen, Nantes, Saint-Denis, Strasbourg, etc.), en parallèle ou non à des activités de soins. Dans le Grand Angoulême, **l'équipe a développé une démarche de médiation en santé avec des professionnel·les médicaux sociaux du territoire**.

L'ALLER-VERS EN SANTÉ

L'«**aller-vers**» est une composante de la médiation en santé comme définie par la HAS. Ici, Médecins du Monde se base sur la définition de Santé Publique France.

 *Pour améliorer la santé de la population, les services de santé, sociaux et d'éducation ne suffisent pas : certains citoyens ne sont pas en mesure d'accéder aux soins et à la prévention. Si l'on veut qu'ils en bénéficient, il faut aller à leur rencontre au sein de leurs lieux de vie. La démarche de l'«aller-vers» est ainsi au cœur du travail social et elle s'appuie sur une éthique respectueuse du libre-arbitre des personnes que l'on souhaite accompagner. Elle s'adresse aux exclu·e·s du système de santé sans attendre qu'ils/elles expriment une demande d'aide, de préférence avant que les difficultés ne soient installées, mais sans s'imposer et sans juger. La démarche d'«aller-vers» ne concerne pas que les personnes vivant dans la rue ou dans d'autres conditions indignes (squats, bidonvilles). Elle s'avère pertinente pour toute personne ou tout collectif isolé ou ayant des difficultés à accéder aux soins et à l'ensemble de ses droits. Quelle que soit la population concernée et le terrain d'intervention, «aller-vers» c'est avant tout respecter les désirs des personnes.* 

La HAS précise que l'«aller-vers» ne se limite pas aux déplacements physiques vers autrui. Il s'agit «*d'aller à la rencontre, de se rendre disponibles et d'adopter une posture professionnelle d'ouverture et d'accueil inconditionnel de la personne «là où elle en est».*

SOURCE : SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. LA SANTÉ EN ACTION. «ALLER-VERS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DES POPULATIONS». DÉCEMBRE 2021. NUMÉRO 458.

LE «FAIRE AVEC» ET LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

«**Faire avec**» sous-entend **faire avec les personnes et non à leur place** car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent des solutions durables aux problèmes. Le **principe du «faire avec» est au cœur des actions de médiation en santé** et implique une nécessaire réflexion lors de la mise en place des actions sur la posture vis-à-vis des personnes concernées mais également des partenaires, afin de rendre ce principe pleinement effectif.

Dans toutes ses actions, Médecins du Monde développe une approche globale de la santé, dans laquelle le principe du “faire avec” est pleinement revendiqué par l’association, au-delà-même des actions de médiation en santé. Médecins du Monde conçoit également le **“faire avec” en tant que processus** à travers lequel le service rendu est **co-construit**. L’objectif est également d’**améliorer l’autonomie des personnes et l’empowerment individuel**, voire collectif et communautaire avec une approche et des pratiques s’appuyant sur la littératie en santé.

La littératie en santé est **la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé**.

Concrètement, cela se traduit par :

- Des **interventions simples** : permettant de rendre intelligibles les informations en santé pour en faciliter la compréhension par tous (simplification des supports écrits, images, graphiques, multilingue, phrases simples, simplification des discours oraux, limiter le jargon, reformuler s’adapter au public) ;
- Des **interventions complexes** : augmenter le niveau de la littératie en santé des publics ayant un faible niveau, et développer le pouvoir d’agir. Cela constitue notamment en une combinaison d’interventions simples dans le cadre d’un projet (ateliers littératie et information en santé, éducation pour la santé, co-construction des outils et des séances) ;
- Un **environnement pro littératie**, avec la création d’un environnement favorable à l’exercice des compétences et du pouvoir d’agir de tous les publics (simplification du système de santé et de l’accès à l’information, médiation et interprétariat, écoute des besoins des publics, travail sur les espaces dans les lieux de santé, sociaux, formation des professionnel·les.

SOURCES : RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES. LA MÉDIATION EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DES SYSTÈMES DE PRÉVENTION ET DE SOINS. OCTOBRE 2017. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. LITTÉRATIE EN SANTÉ : DE L’ACCÈS À L’UTILISATION DE L’INFORMATION SANTÉ. PROMOTION SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE, 2019

L’EMPOWERMENT

Chez Médecins du Monde, l’empowerment (empouvoirement ou capacitation) des individus, des communautés et des organisations répond aussi bien à un **enjeu pragmatique d’efficacité qu’à un enjeu éthique**, en lien avec les valeurs, les principes et l’histoire de l’association.

Médecins du Monde défend l’idée que **la participation des personnes aux projets qui les concernent est la condition de la pertinence de toute intervention** et que les **actions participatives et co-construites répondent plus justement aux besoins des personnes**, sont davantage “acceptées” par les personnes concernées et sont plus facilement pérennisées. Médecins du Monde promeut l’approche selon laquelle chaque individu devrait pouvoir être acteur de sa propre santé et inscrire son action dans une démarche de santé communautaire, à l’instar des mouvements de lutte contre le sida, ou du “rien sur nous sans nous” et de la figure du/de la patient·e expert·e de sa propre santé.

☞ *L’empowerment est à la fois un objectif et un processus par lequel les individus et les groupes de personnes développent leur pouvoir d’action et de transformation de leur environnement et leur contexte de vie. Appliqué au domaine de la santé, c’est le processus par lequel un individu ou un groupe développent leur pouvoir d’agir sur les facteurs déterminants de leur santé. Ce processus repose sur le développement de la conscience critique individuelle et collective, l’identification et le questionnement des relations de pouvoir et de domination qui sont les racines de l’inégalité avec pour but l’équité et la justice sociale. Favoriser l’empowerment requiert un ensemble partagé de valeurs et de postures, aussi bien au niveau des pratiques professionnelles individuelles, qu’organisationnelles.* ☞

Il s’agit de soutenir les efforts de la personne pour **amplifier ou retrouver les capacités d’actions** de manière autonome, de développer notamment l’estime de soi et les compétences psychosociales pour favoriser le développement d’un contrôle sur la santé.

En se focalisant sur les capacités des individus et des communautés, l’empowerment permet de dépasser le rôle d’assistance dans les pratiques sociales. C’est le **glissement du “faire pour” (paternaliste et stigmatisant) vers le “faire avec” (émancipateur et valorisant)**.

LA POSTURE DE L'INTERVENANT·E A MÉDECINS DU MONDE

La posture des membres de l'équipe s'inscrit dans les **trois grands principes déontologiques** retenus par la HAS devant s'appliquer à la médiation en santé, à savoir :

- La confidentialité et le secret professionnel, le non-jugement ;
- Le respect de la volonté des personnes ;
- La confiance, l'empathie, l'humilité et l'horizontalité entre les membres de l'équipe et avec les personnes rencontrées.

N'ayant pas vocation à se substituer au droit commun, le rôle de Médecins du Monde est de favoriser par l'expression de toutes et tous un environnement plus favorable à la santé. Pour ce faire, l'équipe a une approche centrée sur la personne dite de **"réduction des risques"**, favorisant les capacités des personnes à prendre soin de leur santé. C'est l'objectif visé en adoptant une **attitude bienveillante, à l'écoute et tolérante**, permettant aux membres de l'équipe une posture personnelle et professionnelle en adéquation avec ces valeurs. En tant qu'intervenant·e, les valeurs incarnées sont essentielles, et méritent d'être exposées clairement à l'équipe de médiation, afin d'adopter une **posture commune** (Cf Fiche pratique "Les postures de l'intervenant à MdM"). **L'équipe occupe une place sur le territoire en tant qu'actrice de médiation mais en l'incarnant de façon à ne jamais stigmatiser les personnes concernées par la médiation en santé.**

PRÉCISION SUR LE TERME "DROIT COMMUN"

Dans ce livret, l'expression "droit commun" fait référence à l'**ensemble des structures existantes dédiées à la prévention et à la prise en charge médico-psycho-sociale de la population**. Ces dispositifs, qu'ils soient publics, parapublics, associatifs ou privés, ont pour vocation d'être durables. À l'inverse, les projets menés par Médecins du Monde n'ont pas pour objectif de perdurer, mais **visent à être transférés vers le "droit commun"**.

Il est à noter que du point de vue des **PASS et autres établissements de santé**, le terme ne revêt pas la même signification. En effet le droit commun en matière de santé est régi par **le fait d'être assuré·e social·e**. En ce sens toute personne étant assurée à un régime de l'assurance maladie via la CPAM ou un autre organisme doit pouvoir bénéficier de l'accès au droit commun en matière de santé. Il n'existerait en théorie aucun obstacle à la prise en charge en soin en libéral ou dans les établissements de santé.

Les **publics cibles des PASS sont des personnes en situation de précarité**, qui ont besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons :

- En raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- Parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ;
- Pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé...

Il s'agit principalement de personnes allophones, de personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, de personnes marginalisées et devant être accompagnées dans leur parcours de soins par la PASS, le temps nécessaire à un relai pérenne par un autre dispositif de droit commun...

PRÉCISION SUR LES TERMES ESPACE D'ACCUEIL ET LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ

La Boussole, développée par l'équipe de médiation en santé de Médecins du Monde, est un **lieu de proximité ayant une double fonction : espace d'accueil et lieu-ressources en santé** pour les personnes accompagnées par le projet.

ESPACE D'ACCUEIL

Désigne l'espace d'accueil de Médecins du Monde développé par l'équipe de médiation en santé qui se présente comme un lieu d'accueil inconditionnel et de répit pour les personnes en situation de précarité. Toute personne peut venir pour se mettre en sécurité, se reposer, consommer une boisson, exprimer une demande, etc. Cet espace est un lieu d'accueil, d'écoute, d'accompagnement quelle que soit la demande ainsi qu'un lieu favorisant l'interconnaissance.

LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ

Désigne le lieu d'échanges, de partage, de ressources et d'informations en santé aménagé par l'équipe de médiation en santé au sein du lieu d'accueil où il est possible de bénéficier d'un entretien de médiation en santé ou de participer à des ateliers collectifs de promotion de la santé. Le lieu-ressources en santé permet donc de bénéficier d'un accompagnement adapté, de maintenir, stimuler voire restaurer les capacités des personnes grâce aux activités adaptées proposées. Toute personne peut venir pour exprimer une demande, bénéficier d'une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations en matière de santé, d'un soutien et d'un accompagnement quelle que soit la demande. Le lieu-ressources en santé permet également la coordination des activités de médiation en santé au niveau local avec l'équipe de Médecins du Monde et les partenaires.

INDISPENSABLES À LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ



À QUOI FAUT-IL PENSER AVANT DE DÉVELOPPER UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ ?

BIEN AVANT DE RÉALISER UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ, CERTAINES NOTIONS ET CONCEPTS SONT INDISPENSABLES À GARDER EN TÊTE POUR LA MISE EN ŒUVRE ET LA RÉALISATION D'UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ.

MESSAGES CLÉS

- * ANALYSER LE CONTEXTE LOCAL ET LES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ.
- * ÉVALUER LE NIVEAU D'AUTONOMIE DES PERSONNES POUR PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ EN TENANT COMPTE DES VULNÉRABILITÉS ET CAPACITÉS.
- * UTILISER L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL EN SANTÉ POUR GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ.
- * ACCOMPAGNER ET FORMER L'ÉQUIPE À LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS UNE DÉMARCHE DE QUALITÉ.



1.

ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Avant l'écriture du projet de médiation en santé, l'équipe n'a pas réalisé de mission exploratoire. En revanche, le diagnostic s'est basé sur **la connaissance de l'équipe du territoire et des acteur-ices** ainsi que sur **son expérience auprès des personnes en situation de précarité** et des **données collectées dans le cadre de son précédent projet**.

1.1. ANALYSE DU CONTEXTE LOCAL

L'équipe de Médecins du Monde a **analysé les caractéristiques démographiques, sanitaires, socio-économiques ainsi que les caractéristiques relatives à la politique de santé et à l'organisation du système de santé** du territoire du Grand Angoulême (Cf Partie "Contexte territorial" - Contextualisation et entrée en matière). Elle a également recensé les acteurs/parties prenantes (associations, institutions publiques/dispositifs publics) du territoire.

1.2. IDENTIFICATION DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ (PCS)

L'équipe n'a pas réalisé de diagnostic épidémiologique mais s'est intéressée aux données déjà existantes présentes dans le recueil de données de Médecins du Monde (consultations médicales 2018) et du rapport de l'Observatoire de Médecins du Monde de 2018.

L'équipe a réalisé un **diagnostic perceptuel**, diagnostic qui permet un **état des lieux des problèmes collectifs de santé (PCS) « ressentis » (ou perçus) et exprimés**. Il en est ressorti les éléments suivants : la langue, la complexité système de santé et droits, les besoins primaires (hébergement, alimentaire, etc..) non couverts, le manque de professionnel·les de santé (généralistes et spécialistes), les violences subies (pays d'origine, route migratoire, pays d'accueil); le stress et la peur liés à une situation administrative incertaine, les discriminations, le manque de professionnel·les formé·es aux spécificités du public et la dimension culturelle.

1.3. ANALYSE ET PRIORISATION DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ (PCS)

Un PCS représente l'**écart entre un état de santé** (physique, mental, social, ...) qui a été constaté, observé, exprimé et un **état de santé considéré comme souhaitable ou attendu** (défini par des références médicales ou par des normes sociales).

Un PCS se caractérise par la combinaison d'**au moins 2 des 3 éléments suivants** :

- **sa fréquence** (incidence élevée, prévalence élevée, récurrence) ;
- **sa gravité** (réelle ou potentielle, susceptible d'entraîner des altérations importantes) ;
- **ses conséquences sociales, économiques** (coût qui peut être élevé pour la société, système de soins et/ou les individus concernés).

En s'appuyant sur le diagnostic, l'arbre à problème, et, en lien avec le contexte et les caractéristiques de ce que doit être un PCS, ceux identifiés par l'équipe de Médecins du Monde étaient : les maladies infectieuses et vaccinales (MIV), la santé physique, la santé mentale, les besoins primaires, l'accès aux droits et au système de santé, l'offre de soins et les représentations culturelles.

Par la suite, un travail de **priorisation de ces PCS** a été réalisé avec l'équipe et des personnes concernées afin de déterminer les 2 ou 3 PCS sur lesquelles intervenir dans le cadre du projet. Pour ce faire, c'est la **méthode de la comparaison par paires** qui a été utilisée, c'est-à-dire comparer chaque PCS à un autre et de décider, lequel est le plus important. Trois focus groupe ont été réalisés : un avec l'équipe de Médecins du Monde et deux autres avec les personnes concernées (mineur·es et majeur·es).

La **mise en perspective des résultats** a permis de prioriser les problèmes auxquels répondre, à savoir : les besoins primaires, la santé mentale, l'accès aux droits et au système de santé et enfin les MIV et la santé physique.

2.

EVALUATION ET ACCOMPAGNEMENT VERS L'AUTONOMIE DES PERSONNES

L'**autonomisation des personnes est un objectif à garder en tête** pour faciliter la coordination du parcours. La médiation en santé en tant que **processus temporaire**, ne s'arrête pas qu'au rôle d'intermédiaire entre les personnes accompagnées et les professionnel·les de santé. En s'inscrivant dans une posture de "faire-avec", il s'agit de permettre pour les personnes concernées de **développer leurs connaissances et leurs compétences pour leur permettre de trouver les informations** dont elles ont besoin pour gérer leur santé, comprendre le système de santé en France et s'orienter selon leurs besoins dans celui-ci.

Le besoin de réassurance est souvent le 1er critère d'accompagnement et le dernier élément à débloquent avant que la personne ne fasse la démarche seule. Je me souviens d'un jeune que j'ai accompagné à l'assurance maladie. Il avait totalement la capacité d'aller à ce rendez-vous seul mais a insisté pour être accompagné. Je suis restée en retrait durant tout le rdv et il n'a jamais eu besoin que j'intervienne, ce que je lui ai fait remarquer. Il était si heureux ! Depuis il se rend systématiquement seul à la CPAM.

~
Bernadette C - Bénévole

Ce n'est pas toujours facile d'évaluer le niveau d'autonomie des personnes. Par exemple, il arrive que les personnes me disent ne pas savoir écrire. Alors je leur propose d'essayer d'écrire leur prénom. Il arrive fréquemment qu'elles écrivent de manière très lisible et sont donc totalement en capacité de remplir le formulaire. Il faut trouver le juste équilibre entre « pousser » un peu les personnes en les encourageant et ne pas non plus les mettre en difficulté.

~
Bernadette I - Bénévole

Comment évaluer l'autonomie d'une personne tout au long de son parcours ? Il s'agit de pouvoir **évaluer avec elle ses vulnérabilités et ses compétences**. La capitalisation de l'expérience a permis de construire une liste de critères pour aiguiller la pratique et s'y référer facilement.

BOÎTE À OUTILS :
FICHE DES INDICATEURS D'AUTONOMIE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES
FICHE MDM "MÉDIATION EN SANTÉ - DÉFINITION CONSACRÉE PAR LA HAS"
FICHE MDM "PROMOTION DE LA SANTÉ ET DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ"



POINT DE VIGILANCE

Dans un parcours de médiation en santé, l'équipe peut être perçue comme des aidant·es par les personnes accompagnées, engendrant une certaine dépendance et un sentiment de redevabilité. L'autonomie peut être biaisée par le fait que les personnes accompagnées se sentent obligées de faire avec l'équipe de médiation.

On tombe trop vite dans le "faire à la place de" alors que la personne a totalement la capacité de le faire. Il est nécessaire de prendre et de laisser le temps à chaque personne.

BONNES PRATIQUES

POUR ESTIMER LE NIVEAU D'AUTONOMIE DES PERSONNES

- ✓ Débuter l'évaluation des critères d'autonomie et de vulnérabilité dès la 1ère rencontre en questionnant la personne sur ce qu'elle pense être capable de faire. Cela permet d'adapter l'accompagnement et l'aide proposée en fonction des capacités actuelles et des besoins exprimés par la personne.
- ✓ Avancer étape par étape : selon les compétences de la personne, il est possible de commencer par réaliser la démarche avec elle puis proposer à la personne de le faire elle-même avec un-e médiateur-trice à côté puis la laisser réaliser la démarche seule.
- ✓ Réaliser un "jeu de rôle" en amont d'un contact avec un-e professionnel-le : cela peut se faire avant un appel téléphonique pour prendre rendez-vous par exemple.
- ✓ Encourager/rassurer la personne sur ses compétences et la laisser réaliser le maximum de choses par elle-même selon ses capacités.
- ✓ Réévaluer régulièrement ces critères : permet de détecter l'acquisition de nouvelles compétences ou à l'inverse, de repérer des stagnations ou d'autres freins qui ont émergés/n'avaient pas été identifiés. Cela permet également de remettre en question ses pratiques en tant qu'accompagnant-e et d'ajuster l'accompagnement de médiation en santé. Par exemple lors d'un accompagnement, il est possible de se mettre en retrait et faire imaginer à la personne qu'elle est seule. N'intervenir qu'en cas de difficulté.
- ✓ Être respectueux.se du rythme de la personne.



3.

L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL EN SANTÉ : UN OUTIL PRIMORDIAL POUR DES ÉCHANGES DE QUALITÉ

Durant tout le projet, l'équipe de médiation en santé a eu recours à l'interprétariat professionnel en santé à distance, ce qui a permis d'échanger avec les personnes accompagnées, dans la langue ou dialecte de leur choix.

A noter que le dispositif PRISME, service d'interprétariat par téléphone porté par la FeDAC et financé par l'Agence Régionale de Santé, est accessible gratuitement aux médecins généralistes et spécialistes, les chirurgien·nes-dentistes, les sage-femmes, les infirmier·es. de Nouvelle-Aquitaine, en activité libérale ou en centre de santé.

Inscription à l'adresse mail suivante : prisme@fedac-na.fr

3.1. LA BARRIÈRE DE LA LANGUE : UN OBSTACLE À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS

La **connaissance limitée de la langue du pays d'accueil est un obstacle** à l'accès aux droits en santé et aux soins des personnes migrantes, aujourd'hui reconnu par tous·tes. Que ce soit pour pouvoir avoir accès à de l'information sur sa santé, exprimer clairement, pleinement et librement ses besoins en santé, pouvoir s'exprimer dans une langue avec laquelle nous sommes à l'aise est un élément essentiel de la relation de soin.

3.2. QU'EST CE QUE L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL EN SANTÉ ?

☞ *L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction.* ☞

SOURCE : RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES. INTERPRÉTARIAT LINGUISTIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. OCTOBRE 2017. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.

3.3. LES AVANTAGES DE L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL

Le recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé garantit :

POUR LES PERSONNES CONCERNÉES

Un moyen de communication permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome, une meilleure communication avec l'équipe soignante, une meilleure adhésion à un projet thérapeutique, une meilleure information sur les modalités de prévention, d'observance, de suivi médical, biologique et clinique.

POUR LES PROFESSIONNEL·LES ET MÉDIATEUR·TRICES

Une amélioration des pratiques dans le respect du secret professionnel et du droit à la confidentialité, et en matière de recueil du consentement éclairé. C'est également un gain de temps à long terme une fois la pratique maîtrisée, pour aboutir à une information claire rapidement. Le non-recours constitue une prise de risque, un facteur de non-qualité et une source potentielle de soins non pertinents et inutilement coûteux.

3.4. VIGILANCE EN CAS DE RECOURS AUX ALTERNATIVES À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL : TIERS, PROCHES ET OUTILS NUMÉRIQUES

Faire appel à une personne non formée à l'interprétariat (proche, ami·e, voisin·e, etc.) ne garantit pas le respect des règles déontologiques comme la fidélité de la traduction, la confidentialité, l'impartialité ou encore le respect de l'autonomie des personnes accompagnées. De plus, cette personne peut ne pas maîtriser les techniques d'interprétation ni le vocabulaire médical, ce qui risque de nuire à la compréhension des informations des deux côtés.

Les outils de traduction en ligne ne remplacent pas un·e interprète. Ils peuvent donner l'impression qu'une communication existe entre le/la professionnel·le et la personne concernée. Parfois, ces outils traduisent de façon approximative ce qui peut créer de gros malentendus.

3.5. LES BONNES CONDITIONS IDENTIFIÉES

LES CONDITIONS POUR AVOIR RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL :

- **Evaluer les compétences linguistiques** de la personne en français : poser une question ouverte et évaluer le niveau selon la réponse de la personne "Comment allez-vous aujourd'hui ? Qu'avez-vous fait aujourd'hui ?" ;
- **Se former en équipe** : jeux de rôle, pratiquer les entretiens en binôme pour se familiariser. L'enjeu d'une formation doit être continue pour intégrer l'interprétariat au mieux dans ces pratiques ;
- **Disposer d'une carte des pays avec les dialectes** parlés pour une meilleure identification.

LES CONDITIONS POUR RÉUSSIR UN ENTRETIEN EN AYANT RECOURS A L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL :

- **Anticiper** : avoir le bon matériel, le numéro de la plateforme, le code de la délégation à disposition pour proposer l'interprétariat à la personne pour que la démarche soit la plus naturelle possible. Disposer d'une salle calme, avec de l'espace pour s'installer avec la personne aisément.
- **Planifier** : si le rendez-vous est prévu, préparer l'entretien en amont pour fluidifier l'échange, préparer les entretiens en binôme.
- **Briefer** : une fois la mise en contact réalisée, exposer les objectifs de l'entretien.
- **Disposer** : penser à bien mettre le téléphone au milieu entre les deux interlocuteur·trices pour que le niveau d'écoute soit agréable pour toutes les personnes qui vont échanger sur la situation.
- **Présenter** : se présenter (fonction), cadre de l'entretien, dans quelle condition est réalisé l'entretien, présenter les relations entre les personnes présentes (ex : premier rendez-vous, suivi régulier, les liens des personnes...), demander à la personne de se présenter...
- **Collaborer** : toutes les parties doivent collaborer pour une meilleure compréhension possible.
- **Débriefing** : faire un feedback à l'interprète et s'assurer que toutes les parties se sont bien comprises et qu'il n'y a plus de question.

SOURCE : RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES. INTERPRÉTARIAT LINGUISTIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. OCTOBRE 2017. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.

4.

FORMER ET ACCOMPAGNER LES MÉDIATEUR·TRICES EN SANTÉ DANS LEURS ACTIONS

4.1. UN SOCLE D'ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX

Le fait d'adopter une posture adaptée à l'échange est un prérequis primordial. Mais pour répondre aux problématiques individuelles et collectives du territoire et des personnes, **l'équipe de médiation en santé a besoin de bases de connaissances, tant théoriques que pratico-pratiques.**

Ce socle d'éléments regroupe principalement :

- Des **notions en premier secours psychologiques et de santé mentale** ;
- Une **posture adaptée** ;
- Des **informations sur le système de santé** et l'accès aux droits en santé ;
- Des **outils** pour des animations collectives ;
- Des **informations sur le droit des patients** (Cf Focus : Le consentement, une notion indispensable – Axe Indispensables).

4.2. INTÉGRER UNE APPROCHE DE QUALITÉ DANS UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ

Un projet de médiation en santé nécessite un **accompagnement des médiateur·trices**, afin de leur permettre d'agir au mieux tout au long du projet.

1 Proposer des espaces pour avoir une pratique réflexive.

L'équipe de médiation en santé a la possibilité d'échanger sur ses pratiques, s'illustrant par :

- Des **Groupes d'Analyse de la Pratique** (GAP), pour échanger sur des situations complexes ou d'initier des discussions sur certaines thématiques. Ces temps sont généralement animés par un·e professionnel·le (psychologue). Ce temps est confidentiel et bienveillant. La dynamique de groupe et les échanges permettent de pouvoir parler de tous les sujets souhaités. Les pratiques s'échangent, pour que chaque personne apprenne de l'autre.
- Des **concertations pluriprofessionnelles** entre bénévoles et salarié·es proposant des exercices de réflexion sur le type de populations accueillies (en particulier les populations marginalisées, parmi les femmes, les filles, les minorités de genre).
- La pratique de **compagnonnage**, où un·e bénévole plus ancien·ne accompagne et explique les pratiques aux nouvelles personnes de l'équipe, permettant de toujours questionner les pratiques actuelles.

2 De la formation continue.

L'équipe de médiation est **formée à différentes thématiques** dès le début du projet de médiation à travers 5 modules. Les formations concernent principalement **les pratiques de la médiation en santé, les droits en santé, les spécificités des MNA, les orientations pour le parcours des personnes primo arrivantes, et la confection du dossier de suivi des personnes**. Les thématiques permettent d'aborder l'ensemble des connaissances nécessaires. Cependant, des connaissances plus approfondies sur les partenaires permettraient une meilleure aisance d'orientation.

3 Une structuration des activités régulières intégrant des espaces de remontée de difficultés et de besoins.

Avant chaque permanence de médiation en santé, il est **essentiel de se réunir en équipe afin de préparer au mieux les possibles situations à rencontrer**. Ces temps sont jugés comme efficaces, compréhensibles et nécessaires pour toute l'équipe. Le fait de pouvoir échanger sur du factuel et des ressentis lors des débriefings notamment permet **une cohésion dans la coordination des parcours et de l'équipe**. Ces temps durent généralement une demi-heure afin de ne pas surcharger les médiateur·trices en santé. A cela s'ajoutent des **réunions hebdomadaires et/ou mensuelles** pour toute l'équipe, hors des Groupes d'Analyse de la Pratique (GAP).

**BOÎTE À OUTILS :
VIDÉO EBRIEFING
MÉDIATION EN SANTÉ
(CODE D'ACCÈS : MDM)**



FONCTIONNEMENT MDM : UN PARCOURS BÉNÉVOLE POUR LES ACCOMPAGNER À AGIR DANS UNE DÉMARCHE DE MÉDIATION EN SANTÉ

Lors de ce projet de médiation en santé, l'équipe était composée d'une **médiatrice salariée et de bénévoles**. Afin de transmettre les compétences et connaissances essentielles, un **parcours d'intégration et de formation a été pensé** en amont du projet.

Il s'agit là de comprendre **comment incarner les valeurs et les objectifs du projet** et de la structure dans laquelle nous réalisons cela.

Le parcours contient différentes étapes, retravaillées lors du projet, notamment une réunion d'information et de présentation de Médecins du Monde, des entretiens individuels au début et au bout de 3 mois d'engagement, puis des entretiens annuels.

“

J'ai vraiment découvert le sens de militantisme avec MdM. Ce n'est pas que descendre crier dans la rue, mais incarner et militer pour les valeurs de MdM.

~

Bernadette C - Bénévole

”

LES POINTS FORTS



La **séance d'information, la période d'observation et le "tutorat"** par des bénévoles plus ancien·nes permettent de **se sentir à l'aise et confortable**.



Ce rôle de **"facilitateur·trice"**, autrement appelé **pratique de compagnonnage**, tenu par les médiateur·trices plus ancien·nes permet à chaque nouvelle personne de **s'intégrer**.



Les **3 mois d'observation** permettent aux futur·es médiateur·trices de **découvrir le fonctionnement** interne, la médiation en santé et de **"se tester"** sur cette position de médiateur·trice.



Les **"causettes"** (entretiens annuels et d'intégration) sont nécessaires pour **échanger librement** et se questionner sur les actions entreprises par l'équipe.

PISTES D'AMÉLIORATION



Plus d'accès aux connaissances globales de Médecins du Monde pour comprendre tous les champs d'action et leviers mis en place, que ce soit en région, en national ou à l'international, et ainsi, inclure le projet de médiation dans un tout.



Des sensibilisations et des temps de rencontre entre le projet de médiation en santé et le système de santé local, pour permettre une meilleure identification et orientation. Il est primordial d'intégrer pleinement la culture métier de médiation en santé.

“

J'ai appris hier qu'on ne peut pas tout résoudre en une seule fois.

~

Régine - Bénévole

”

LE CONSENTEMENT, UNE NOTION INDISPENSABLE

Le consentement doit faire partie intégrante du parcours de médiation en santé afin de respecter le choix des personnes accompagnées.

Un consentement doit être **libre, éclairé, révocable et spécifique** à chaque situation.

1 RAPPEL GÉNÉRAL ET DÉFINITION

Tout acte de soin ou d'accompagnement doit être précédé du recueil du consentement libre et éclairé de la personne. À chaque étape, il est essentiel de s'assurer qu'elle reçoive toutes les informations nécessaires et qu'elle les comprenne bien.

- ↳ Un **consentement libre** signifie qu'il n'a pas été obtenu sous la pression ou par la **contrainte**, et ce, d'où qu'elles proviennent.
- ↳ Il est éclairé lorsque la personne, tout d'abord elle, et elle seule, a bénéficié, de la part des équipes, d'**informations loyales, claires et appropriées à son degré de compréhension** en tenant compte de sa culture et de sa littératie (en s'appuyant notamment sur les services d'un.e interprète et d'un.e médiateur·trice le cas échéant).

2 COMMENT RECUEILLIR LE CONSENTEMENT ?

Un **entretien individuel**, sans la présence d'un.e tiers, en ayant recours à un.e interprète professionnel·le en cas de besoin de traduction, est à privilégier autant que possible pour recueillir un consentement libre et éclairé. Cet entretien est l'occasion d'**établir une relation de confiance** avec le/la patient·e, alliant **écoute et prise en compte** de ses besoins et attentes.

- ↳ Pour parvenir à cela, il convient de choisir un environnement adapté (lieu calme, neutre, sans risque d'interruption, téléphones éteints).

3 RECUEIL DU CONSENTEMENT ET MNA

Le consentement du/de la MNA doit systématiquement être recherché. Pour que le/la mineur·e puisse consentir de manière éclairée, il/elle doit avoir **bénéficié d'une information adaptée à son degré de maturité**.

- ↳ Les MNA accompagnés·es par Médecins du Monde sont seul·es et non accompagnés·es par une personne ayant l'autorité parentale. En l'absence de cette dernière, il arrive que les MNA soient sujets à du refus de soins (Cf Focus MNA : Accès aux soins et aux droits quand on est MNA – Axe 2).

4 AVOIR CONSCIENCE DES ÉVENTUELS BIAIS DE CONSENTEMENT

En effet, il arrive fréquemment que les **personnes que nous accompagnons disent "oui" alors qu'elles pensent "non"**.

Ceci peut s'expliquer par les biais suivants :

LE BIAIS D'HABITUDE



Par exemple, cela peut se manifester lorsqu'un·e membre de l'équipe de médiation en santé accompagne à plusieurs reprises une personne à un rendez-vous. Au début des accompagnements, cette dernière a pu avoir besoin de la présence du/de la médiateur·trice lors du rdv mais ne le souhaite ensuite plus : *"Pourquoi dire non alors qu'on a toujours dit oui à cette même chose ?"*.

LE BIAIS DE POUVOIR



Les équipes de Médecins du Monde sont souvent plus âgées que les personnes accompagnées, notamment les MNA.

"Un jeune m'expliquait qu'au pays, une personne est obligée d'obéir à une personne plus âgée qu'elle : c'est une question de respect. C'est également à la personne plus âgée de décider pour la personne plus jeune. Cela explique en partie pourquoi, lorsque je leurs demande ce qu'ils/elles préfèrent, la réponse est "comme tu veux".

~
Médiatrice en santé

"Lors d'un entretien avec un jeune, je lui ai demandé s'il était d'accord pour que je partage certaines informations avec un professionnel médical dans le cadre de son suivi. J'ai précisé le fait qu'il avait le droit de me dire non, ce à quoi il a répondu que j'étais comme sa mère et qu'il ne pouvait pas me dire non. Ce type de réponse est quelque chose qui arrive très fréquemment.

~
Médiatrice en santé

LE BIAIS DE RELATION (SENTIMENT DE REDEVABILITÉ, PEUR DE BLESSER...)



"Les personnes accompagnées expriment très régulièrement le fait de se sentir redevables envers les personnes qui les ont aidées (association, personne hébergeante) et qu'elles se sentent obligées de répondre aux questions qu'on leur pose ou de faire ce qu'on leur demande.

~
Médiatrice en santé

BONNES PRATIQUES

POUR AMENER LE CONSENTEMENT AU COEUR DES PRATIQUES DE MÉDIATION EN SANTÉ

- ✓ Privilégier les questions ouvertes plutôt que les questions fermées : "Préfères-tu que je t'attende dans la salle d'attente ou que je vienne avec toi pendant tout ou une partie du rdv ?" plutôt que "Est ce que tu veux que je vienne avec toi ?".
- ✓ Verbaliser le fait que c'est possible de dire non à l'équipe de médiation en santé, aux familles solidaires, à un·e professionnel·le de santé, etc.
- ✓ Toujours requestionner la personne sur ce qu'elle souhaite, notamment lors des accompagnements physiques.
- ✓ Concernant le partage d'information, les informations personnelles et médicosociales ne sont transmises qu'à des partenaires qui rencontrent la personne dans son parcours de soin, avec validation orale en amont de la personne.

FICHE COMPLÉMENTAIRE TRANSVERSALE

TÂCHES D'UN-E MÉDIATEUR-TRICE EN SANTÉ

Au sein de Médecins du Monde, bénévoles et salarié-es assurent les fonctions de médiateur-trices en santé dont les tâches s'incrivent dans chaque axe de la médiation en santé.

Cette fiche expose les spécificités du / de la médiateur-trice salarié-e dans ce projet.

LES TÂCHES

- **Coordonner la permanence**: briefing, debriefing ;
- **Créer des outils pour améliorer la permanence** (ex: protocole pour réaliser une demande d'AME)
- **Répondre aux questions spécifiques**, lors des permanences selon sa disponibilité, ou sur rendez-vous en dehors des temps de permanence ;
- **Suivre le parcours des personnes concernées** à travers les retours des médiateur-trices bénévoles auxquels s'ajouteront au besoin des rendez-vous individuels ;
- De par le **fonctionnement en équipe mixte bénévoles et salarié-es**, le/la médiateur-trice reste identifié-e par les personnes concernées et les partenaires comme référent-e. Il / Elle ne participe qu'à 2 ou 3 permanences par mois, cela permet de **limiter ce rôle d'interlocuteur-trice privilégié-e** ;
- **Assurer le suivi des rendez-vous, des accompagnements, des situations dont les "complexes"**. Une situation est qualifiée de complexe dès lors qu'un besoin de coordination avec des acteur-trices tiers-ces est nécessaire (suivi d'un dossier, attente d'une réponse suite à une sollicitation, etc) ou que le parcours médical est complexe (suivi médical sur plusieurs mois qui peut nécessiter un accompagnement physique aux rendez-vous, s'assurer du suivi des prescriptions médicales, etc).

BOÎTE À OUTILS :
FICHE "LES POSTURES DE L'INTERVENANT À MDM" +
MODULES DE FORMATIONS ET SENSIBILISATIONS MDM



4 CONSEILS À LA PRISE DE POSTE

- 1** S'approprier le poste : pour faire de la médiation, le 1er outil c'est soi-même ! S'appuyer sur son parcours, ses compétences, ses appétences, sa vision du monde.
- 2** Prendre le temps de bien connaître le territoire, rencontrer les partenaires pour créer des liens et se faire connaître.
- 3** Echanger avec d'autres médiateur-trices au sein ou en dehors de sa structure car cela permet : l'amélioration de la qualité des pratiques et de ne pas se sentir isolé-e.
- 4** Montrer que l'on accepte de ne pas tout savoir : les personnes accompagnées peuvent poser des questions très variées. Ne pas hésiter à se renseigner auprès d'organismes ou de professionnel·les spécialisé·es sur certaines thématiques et orienter.



AXE 1 : (RE)CRIER LA RENCONTRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNÉES

COMMENT CRÉER OU RECRÉER LA RENCONTRE AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PROJET ?

POUR METTRE EN OEUVRE UN PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ, IL EST PRIMORDIAL D'“ALLER-VERS” LES PERSONNES CONCERNÉES, C'EST-À-DIRE LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ AINSI QUE LES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ ET INSTITUTIONS, ET NOS PARTENAIRES. DURANT CES 5 DERNIÈRES ANNÉES, MÉDECINS DU MONDE A ÉTABLI DIFFÉRENTES MÉTHODES POUR CRÉER OU RECRÉER LA RENCONTRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNÉES PAR LE PROJET, C'EST-À-DIRE LES PERSONNES MIGRANTES EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE PRÉSENTES SUR LE GRAND ANGOULÊME.

MESSAGES CLÉS

- * IDENTIFIER, CONNAÎTRE ET S'APPUYER SUR LE RÉSEAU D'ACTEUR·TRICES DU TERRITOIRE.
- * L'ADAPTATION CONTINUE, FONDÉE SUR L'ÉCOUTE ET L'EXPÉRIENCE DE TERRAIN, EST LA CONDITION DE RÉUSSITE D'UNE INTERVENTION.
- * DIVERSIFIER LES MODALITÉS D'“ALLER-VERS” POUR S'ADAPTER AUX BESOINS (DÉPLACEMENT DANS LES LIEUX DE PASSAGES ET D'ACCUEIL, LES LIEUX DE VIES, À DIVERS HORAIRES, ETC).
- * PROPOSER UN LIEU MÉLANGEANT ACCUEIL ET RESSOURCES EN SANTÉ.
- * ÉTABLIR UN LIEN DE CONFIANCE GRÂCE À UN ACCUEIL CHALEUREUX ET DANS LE NON JUGEMENT.



1. COMMENT (R)ÉTABLIR LA RENCONTRE AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES ?

1.1. EN FAISANT DE L'“ALLER-VERS” LE PUBLIC CIBLE

LES OBJECTIFS DE L'“ALLER-VERS”

AUPRÈS DES PERSONNES CONCERNÉES ET DES PROFESSIONNEL·LES

- Se faire connaître, se présenter, présenter nos activités ;
- Créer un lien de confiance (ou au moins l'initier).

AUPRÈS DES PERSONNES CONCERNÉES

- Ecouter, informer, orienter ;
- Observer et identifier des difficultés individuelles ;
- Observer et identifier des situations problématiques collectives : en recroisant les situations, en collectant les difficultés individuelles ;
- Aller à la rencontre des publics les plus éloignés, ne fréquentant pas les permanences.

AUPRÈS DES PROFESSIONNEL·LES

- Effectuer une veille de la situation territoriale ;
- Etablir un repérage des personnes concernées ;
- Co-construire des actions favorisant la médiation en santé ;
- Faire évoluer les représentations et les pratiques des professionnel·les vers une meilleure compréhension des personnes concernées et des obstacles qu'elles rencontrent.

1.2. DIFFÉRENTES MODALITÉS DE L'“ALLER-VERS”

1.2.1. LE DÉPLACEMENT PHYSIQUE, “HORS LES MURS”

“ALLER-VERS” LES PROFESSIONNEL·LES, INSTITUTIONS, PARTENAIRES

La **sensibilisation et l'information** des professionnel·les s'est principalement faite lors des **accompagnements physiques** (Cf Partie “Faciliter comment ? Par des accompagnements physiques”- Axe 2) et des **rencontres partenariales**. D'autres modalités n'ont pu être développées au cours du projet de médiation en santé, nécessitant plus de temps et de ressources humaines.

PISTE D'AMÉLIORATION

Organiser des temps de sensibilisation à la médiation en santé à destination des acteur·ices du territoire, et notamment les professionnel·les libéraux. Les rencontres et les liens avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC) sont à privilégier pour créer un effet levier.

BOÎTE À OUTILS :
FICHE “LA MÉDIATION EN SANTÉ PAR LA H.A.S”



“ALLER-VERS” LES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES STRUCTURES

Des **actions régulières d'“aller-vers”** ont été réalisées dans deux lieux partenaires : l'Eclaircie (un accueil de jour) et l'AADMIE (une association d'aide aux mineurs isolés étrangers).

L'objectif était de **(re) rencontrer des personnes difficiles à atteindre**. Soit car elles ne fréquentaient pas la Boussole, ne verbalisaient pas forcément un besoin ou ne sollicitaient pas ou très peu sans aller directement à leur rencontre.

3 ÉTAPES NÉCESSAIRES POUR RÉALISER L'“ALLER-VERS” DANS LES STRUCTURES

- 1 Identifier les lieux fréquentés par le public cible** et où il **trouve des réponses à d'autres besoins fondamentaux** (se nourrir, se laver, avoir des vêtements, du repos, une adresse de domiciliation, etc). Cela peut être soit des lieux dédiés au public cible soit des lieux fréquentés entre autres par ce public.
- 2 Prioriser des lieux** parmi l'ensemble de ceux identifiés puis rencontrer les équipes pour échanger sur les besoins et se faire connaître.
- 3 Se rendre régulièrement dans les structures** identifiées en ayant en amont repéré les jours et horaires de passage les plus adaptés.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- Exprimer à certaines personnes l'impossibilité de les accompagner car ne relevant pas du public cible.
- La collecte de données : essentielle pour le suivi des personnes et le plaidoyer, elle est cependant plus complexe à réaliser en l'absence de lieu confidentiel au sein des structures.
- Actions chronophages de repérage, préparation, intervention et nécessitant des ressources importantes, tels que des moyens humains et du temps. Enjeux administratifs et opérationnels à anticiper.

PISTE D'AMÉLIORATION



Des structures comme les centres sociaux de quartier ou les associations de distributions alimentaires sont fréquentées par de nombreuses personnes, telles que les femmes, qui ne fréquentent pas les lieux identifiés lors des premières années du projet. Des actions d'“aller-vers” dans ce type de structures seraient donc adaptées pour de futures actions hors les murs.

CONTENU DU SAC À DOS “ALLER-VERS” HORS LES MURS

- ☐ CLASSEUR D'ORIENTATION
- ☐ FORMULAIRE AME
- ☐ FORMULAIRE D'OUVERTURE DES DROITS (PUMA)
- ☐ FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
- ☐ TICKETS DE BUS
- ☐ JUSTIFICATIF D'ABSENCE POUR L'ÉCOLE
- ☐ FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE PERTE OU DE VOL DE LA CARTE AME
- ☐ FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE PERTE OU VOL DE LA CARTE VITALE

- ☐ CARNET DE RENDEZ-VOUS
- ☐ STYLOS
- ☐ PORTE BLOC
- ☐ CARNET DE SANTÉ
- ☐ ENVELOPPES
- ☐ FICHE DE SUIVI DES PERSONNES RENCONTRÉES
- ☐ KIT HYGIÈNE (PROTECTION MENSTRUELLE, DENTIFRICE, BROSSE À DENT, PRÉSERVATIFS, SAVON)
- ☐ FLYER MDM
- ☐ CHASUBLE, BADGE MDM



BONNES PRATIQUES POUR “ALLER-VERS” HORS LES MURS



Echanger avec les partenaires des structures pour identifier de manière conjointe des personnes relevant du public cible de l'équipe de médiation en santé.



Se faire identifier visuellement (badges, t-shirts).

1.2.2. UN ESPACE D'ACCUEIL ET LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ

À la suite du diagnostic mené en amont du projet (Cf Partie "Contexte territorial" - Contextualisation et entrée en matière), **l'importance de faire de l'aller-vers dans un lieu identifiable et fixe** s'est imposé comme une nécessité. Celui-ci combine deux dimensions complémentaires : **un espace d'accueil et un lieu-ressources en santé. La Boussole est née !** (Cf Partie "Comment penser un espace d'accueil inconditionnel et lieu-ressources en santé ?"- Axe 1).

1.2.3. L'OUVERTURE À AUTRUI

Au-delà d'adopter la bonne posture et les principes de non-jugement (Cf Indispensables), "l'aller-vers" nécessite une ouverture à autrui.

7 PRINCIPES POUR UNE OUVERTURE ET UN ACCUEIL DE QUALITÉ

1 Accueil inconditionnel : personne n'a à prouver qui il/elle est et dire pourquoi il/elle vient en venant sur une permanence.

2 Accueil sans rendez-vous lors des permanences.
L'accueil dans le lieu commence par "Bonjour" puis la proposition de boire, manger et s'asseoir (et non "Pourquoi êtes-vous là ? Qui êtes-vous ?").

3 Proposer la visite du lieu si c'est une première venue.

4 Mettre à disposition, dans un espace dédié, des collations et du thé/café que les personnes peuvent consommer sans demander.

5 Mettre à disposition des jeux de société (tout comme le thé et le café, il s'agit d'un bon média pour entrer en relation).

6 Identifier la demande : se mettre en position d'écoute (malgré la présence du collectif), s'asseoir face à la personne ou à côté d'elle (ne pas rester debout).

7 Proposer éventuellement un entretien individuel à la personne dans un espace confidentiel.

C'est important pour moi de passer le mercredi pour vous dire bonjour. Vous faites tellement de choses pour nous. Vous êtes la famille.

~
Personne accompagnée

Les personnes nous disent aimer venir à la Boussole parce qu'elles se sentent bien accueillies, écoutées et considérées par l'équipe, le tout dans un espace chaleureux. Des jeunes disent qu'ils y trouvent de l'amour, du café, des ami-es et des jeux et que c'est ça qui leur fait du bien !

~
Chantal - Bénévole

J'aime bien venir ici parce que je vois du monde et on peut faire des jeux. Et si j'ai besoin d'aide pour prendre un rdv ou renouveler ma carte AME, je sais qu'ici on peut m'aider.

~
Personne accompagnée

Je ne me sens pas tout seul parce que j'ai Médecins du Monde.

~
Personne accompagnée

POINT DE VIGILANCE

L'affluence lors des permanences peut nous amener à négliger l'étape de l'accueil, pourtant primordial.

ZOOM SUR LE TÉLÉPHONE MDM, UN OUTIL DE LIEN ESSENTIEL

Le téléphone est un outil précieux pour maintenir le lien avec les personnes. Le numéro professionnel des médiateur-trices du projet est donné aux personnes rencontrées en entretien individuel. Dans les faits, toutes les personnes accompagnées par Médecins du Monde connaissent ce numéro.

Il sert à :

- Être contacté-e par les personnes concernant un besoin (essentiellement par WhatsApp faute de crédit !).
- Contacter les personnes pour prendre des nouvelles, questionner concernant une démarche qui devait être faite, savoir comment un rendez-vous s'est déroulé.
- Contacter les personnes plus vulnérables ou identifiées comme demandant peu d'aide.

Répondre à un simple "Bonjour ça va ?" permet de garder le lien et d'identifier un besoin ou une demande qui n'est pas directement verbalisée.

Cependant, les personnes rencontrées changent souvent de numéro de téléphone, d'où l'importance de le vérifier à chaque rencontre.



LES PERMANENCES DE MÉDIATION EN SANTÉ

Au sein de la Boussole, l'équipe de médiation en santé assure **deux permanences hebdomadaires** : le lundi et mercredi après-midi de 14h à 17h avec accueil inconditionnel sans rendez-vous.



DES PRINCIPES DÉONTOLOGIQUES CLÉS

Les permanences se déroulant dans un espace collectif, il est primordial de porter une attention à la **confidentialité des échanges**, qu'ils soient de simples discussions ou des informations personnelles plus intimes. La médiation en santé se doit de **respecter des principes déontologiques**, notamment les trois identifiés par la HAS :

- La confidentialité et le secret professionnel (le/la médiateur·rice en santé étant reconnu·e comme professionnel·le de santé au sens du Code de la santé publique, il/elle est soumis·e au secret professionnel).
- Le non-jugement.
- Le respect de la volonté des personnes et de leur liberté de choix.

Qu'il s'agisse de bénévoles ou de salariés, les médiateur·trices sont tenus à un **principe de confidentialité et de neutralité**. C'est ce que l'on appelle le **secret professionnel**.

Il s'impose à toute l'équipe, en respectant les lois de récolte et de transmissions de données. Il est nécessaire que les échanges soient basés sur ces trois principes et que l'équipe respecte cet enjeu de secret professionnel lors des temps de briefings et débriefings mais aussi les échanges informels lors des permanences.

Cette notion s'applique également pour les échanges avec les professionnel·les de santé et autres structures partenaires avec lesquels l'équipe de médiation échange régulièrement.



QUE FAIT-ON EN PERMANENCE ?

Lors d'une permanence, l'équipe de médiation en santé est chargée d'**accueillir les personnes mais également de mener des entretiens individuels** avec les personnes qui le souhaitent (Cf Axe 2) et proposer des ateliers collectifs (Cf Axe 3).



COMMENT MENER UNE PERMANENCE ?

La permanence débute par un temps de **briefing** de 13h30 à 14h. Le/la médiateur·trice **présente les situations des personnes** qui doivent venir lors de la permanence. L'occasion également de présenter un nouvel outil ou transmettre une information concernant un partenaire. La permanence se clôture avec un temps de **debriefing** de 17h à 18h pour **échanger autour des situations rencontrées**, du déroulé de la permanence et des ressentis de chaque médiateur·trice.



QUI MÈNE UNE PERMANENCE ?

Les permanences sont assurées par **3 médiateur·trices de santé**, donc l'un·e assure le poste d'**accueillant·e** et les **autres répondent aux demandes individuelles ou collectives**.

Les rôles ne sont pas "fixes" et peuvent évoluer au cours de la permanence, l'objectif étant que chacun·e intervienne selon ses compétences, ses envies et selon la relation qui s'établit ou non avec la personne accueillie.



PLUS VALUE DU PROJET :

AVOIR UN·E MÉDIATEUR·TRICE AUX COMPÉTENCES (PARA)MÉDICALES EST UN ATOUT (CONNAISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ, COMPRÉHENSION PLUS AISÉE DES DEMANDES EN SANTÉ). IL/ELLE PEUT TOUT AUSSI BIEN ÊTRE SUR UNE FONCTION D'ACCUEIL QUE SUR LES ENTRETIENS INDIVIDUELS OU L'ANIMATION D'UN JEU. CEPENDANT, LE/LA MÉDIATEUR·TRICE N'A PAS VOCATION À RÉALISER DES SOINS CAR CE N'EST PAS SON RÔLE.

POINT DE VIGILANCE

Afin de garantir le principe et les valeurs d'être accessible à tous·tes, la Boussole est ouverte hors des temps de permanence. Cela permet aux personnes de rentrer poser une question, demander un renseignement, prendre un rendez-vous, etc... Cependant, il ne s'agit pas de rester dans le lieu d'accueil (sauf urgence), ni de faire des entretiens individuels avec les personnes mais d'entendre la demande et d'orienter vers les structures partenaires ou de proposer un rendez-vous en interne.

2.

COMMENT PENSER UN ESPACE D'ACCUEIL
INCONDITIONNEL ET UN LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ ?

L'espace où s'établit la rencontre entre l'équipe de médiation et les personnes concernées est primordial et déterminant. Qu'il s'agisse de l'**espace d'accueil** ou du **lieu-ressources en santé**, ces **deux espaces ont pour mission d'agir aussi bien sur le plan individuel que collectif**.

2.1. L'ESPACE D'ACCUEIL

Objectifs :

- Être la "porte d'entrée" vers la structure (Médecins du Monde) ;
- Être un lieu de répit pour se poser, passer un temps de convivialité avec les autres personnes accueillies ;
- Proposer des permanences de médiation en santé.

La mise en place de l'espace d'accueil et du lieu-ressources en santé a nécessité un **travail approfondi de réflexion collective** en amont, mené à la fois **avec l'équipe** (temps de réflexion autour de la question « Qu'est-ce qu'accueillir ? », formation (Cf Focus : Recommandations pour créer un espace d'accueil et lieu-ressources en santé - Axe 1), et, **avec les personnes concernées**, dans le but qu'il **assure les services fondamentaux de manière sure et adaptée pour la dignité des personnes**.

Par exemple, l'équipe de Médecins du Monde a conçu un plan représentant la Boussole avec des étiquettes pour chaque meuble. Les étiquettes pouvaient être déplacées sur le plan selon les envies des personnes concernées afin de construire l'espace le plus adapté. Cette approche participative s'inscrit dans une approche de santé mentale et de soutien psychosocial (Cf Fiche complémentaire transversale : Santé Mentale et Soutien Psychosocial (SMPS)).

Ça me touche toujours de voir l'évolution entre le moment où l'on rencontre les personnes pour la 1ère fois et comment au fil du temps, elles arrivent sur la permanence et vont serrer spontanément la main de tout le monde, vont se servir un café et discuter. Je me dis qu'on réussit à ce que les personnes se sentent bien ici.

~
Médiatrice en santé

LEÇON APPRISE



Les personnes accompagnées se sont appropriées les outils mis à disposition dans l'espace d'accueil de façon variable. Par exemple, les jeux de société ont été largement investis, étant un outil majeur d'interaction et de sociabilisation. A l'inverse, certains objets pensés par l'équipe sont restés largement inexplorés, tels que le tableau Velléda, les livres ou l'espace dessin. Les personnes les ont utilisés principalement sur proposition de l'équipe.



PISTES D'AMÉLIORATION



Ce décalage entre les outils pensés par l'équipe et ceux effectivement utilisés montre l'importance d'impliquer les personnes dès le départ dans la réflexion. Les outils cités ci-dessus ont été installés sans concertation, sur la base de projections ou de suppositions de l'équipe. Ce constat souligne l'enjeu de co-construire les espaces et les outils avec les publics concernés.

2.2. LE LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ

En pratique, une personne accède d'abord à l'espace d'accueil. Si une question ou un besoin d'accompagnement en santé se présente ou est identifié, elle peut être accompagnée dans le cadre de la fonction lieu-ressources en santé, ce qui lui permettra d'échanger sur ses besoins et ainsi recevoir un soutien adapté à sa situation.

Il ne peut pas y avoir de lieu-ressources en santé sans un espace d'accueil de qualité !

Objectifs :

- Être la "porte d'entrée" vers la structure (Médecins du Monde) ;
- Être un lieu de répit pour se poser, passer un temps de convivialité avec les autres personnes accueillies ;
- Proposer des permanences de médiation en santé.

De multiples outils disponibles

OUTILS DE LIEN



Proposer des outils graphiques relatifs à la santé, des outils ludiques (Uno, Puissance 4) pour créer du lien (Cf Axe 3).

OUTILS DE RENSEIGNEMENTS



Mettre à disposition les flyers des partenaires, des plans, etc.

OUTILS DE PRÉVENTION



Mettre à disposition des préservatifs, des protections menstruelles, des informations et des ressources disponibles sur la prévention.

OUTILS D'ADMINISTRATION



Mettre à disposition des formulaires (AME, CSS, déclaration de perte de carte...).



POINT DE VIGILANCE

OBSERVATION DES PERSONNES FRÉQUENTANT L'ESPACE

Tout au long du projet, les personnes fréquentant et s'appropriant l'espace d'accueil et par prolongement le lieu-ressources en santé ont été diverses, avec des profils, envies et besoins variables. Par exemple, l'espace d'accueil a été de plus en plus investi par des mineur·es non accompagné·es. L'espace ainsi que les ressources ont été adapté·es à la suite de consultations de ces personnes pour qu'elles s'approprient cet endroit. Cette évolution souligne l'importance d'une observation fine et régulière de la file active du lieu d'accueil. Cela montre également l'importance de l'"aller-vers" (Cf Axe 1) et de mener des actions collectives en santé (Cf Axe 3) là où les personnes se trouvent.

RECOMMANDATIONS POUR CRÉER UN ESPACE D'ACCUEIL ET LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ

La création d'un espace d'accueil et d'un lieu-ressources en santé demande **un important travail de réflexion collective en amont**.

10 QUESTIONS À SE POSER AVANT DE CRÉER UN ESPACE D'ACCUEIL ET LIEU-RESSOURCES EN SANTÉ

- 1 Quel est le **contexte** du territoire ?
- 2 Quelle est l'**origine de la demande** : Quels besoins sont identifiés ? Par qui ont-ils été identifiés (personnes concernées, professionnel·les) ? Comment ont-ils été identifiés (focus groupe...) ?
- 3 Quels sont les **moyens/ressources** disponibles ?
- 4 Quel **lieu** choisir ?
 - **Logistique/Fonctionnement** : taille et aménagement du lieu
 - **Sécurité** : choix du quartier / contexte politique
 - **Visibilité** : devanture repérable mais discrète et non stigmatisante ou à l'inverse non repérable
 - **Accessibilité** : lieu desservi par les transports en commun, tenir compte des structures déjà fréquentées par le public cible.
- 5 Quelle **communication autour du lieu** ? Au près des voisin·es, partenaires, public cible.
- 6 Quels sont les **objectifs** visés du lieu ?
- 7 **Comment atteindre** ces objectifs ?
- 8 Quels sont les **freins/difficultés** identifiés ?
- 9 Quels sont les **risques** identifiés ? Scénarios qui pourraient aboutir à la fin du projet et proposer des solutions.
- 10 Comment **impliquer les personnes concernées** ? : Qui sont les bénéficiaires ? Pourquoi les impliquer ? Quelle posture adopter ?

4 CONSEILS POUR UN AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE CONVIVIAL ET CHALEUREUX

- 1 Décoration soignée et espace lumineux.
- 2 Espace modulable et co-aménagé avec les personnes concernées : dans un but d'appropriation, leur demander ce qu'elles souhaitent et comment elles imaginent le lieu.
- 3 Mobilier diversifié selon les besoins : canapé pour se reposer, table ronde (plutôt que carrée pour la convivialité), table haute, etc.
- 4 Lieu aménagé en différents espaces : accueil, administratif (ordinateur/photocopieuse), espace repos, espace enfant, bureau d'entretien.

RÉALISER L'AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE AVEC ET POUR LES PERSONNES



UN ESPACE, DEUX OBJECTIFS

Au début du projet : le local de la Boussole été aménagé en **deux espaces distincts** :

- L'espace d'accueil (canapé, espace boisson/collation, jeux) ;
- Le lieu-ressources en santé (affichages, tables/chaises...).

Les personnes accompagnées s'étaient approprié l'espace d'accueil mais ne se rendaient jamais d'elles-mêmes dans le lieu-ressources en santé, sauf accompagnées par un-e méditateur·trice.



Réadaptation au cours du projet : le local de la Boussole présente différents coins salons, jeux, espaces de discussions, avec des affichages répartis sur tous les murs.

LEÇON APPRISE



Le lieu-ressources en santé présentait trop d'informations et d'affichages dans un espace moins chaleureux, n'encourageant pas les personnes à s'y installer. Après une adaptation du lieu pour le rendre homogène et harmonieux, les personnes se sont approprié l'ensemble du lieu et s'installent spontanément dans les différents "espaces".



Lieu-ressources en santé - Début 2021



Lieu-ressources en santé - Fin 2025



Espace d'accueil - Début 2021



Espace d'accueil - Fin 2025



UN AFFICHAGE ADAPTÉ

Quatre thématiques santé avaient été identifiées par les personnes accompagnées comme prioritaires (Cf Axe 3). Initialement, l'affichage servait de **support d'informations, de discussions** sur une thématique précise durant une période donnée, avant de proposer un affichage sur une autre thématique.

LEÇON APPRISE



L'équipe a constaté que les personnes accompagnées ne prenaient jamais le temps de regarder l'affichage d'elles-mêmes. Les échanges avec les personnes concernées ont mis en lumière le manque de lisibilité des affiches dû à la surcharge de texte et la surconcentration d'affiches dans un même endroit.



Les images aidant, j'ai vu plusieurs fois des personnes échanger entre elles au sujet des affiches, sans qu'aucun membre de l'équipe ne les ait sollicitées.

~
Médiatrice en santé



Je souhaitais créer des affiches qui évoquaient la santé mentale. J'ai proposé plusieurs images à des MNA en leur demandant de me montrer l'image qui leur parlait le plus. Un des jeunes en a montré une et a dit "ça c'est moi". Cela a par la suite donné lieu à une discussion avec le reste du groupe et la création d'affiches avec les images choisies par ces personnes.

~
Médiatrice en santé



BONNES PRATIQUES

POUR UN AFFICHAGE ADAPTÉ AU PUBLIC CIBLE

- ✓ Privilégiez les images : une image est compréhensible par tous·tes.
- ✓ Changer régulièrement l'affichage et le positionner dans des espaces clés (toilettes, canapé).
- ✓ Ne pas surcharger : mieux vaut 3 affiches impactantes que 10 non remarquées.
- ✓ Co-crée les affiches avec les personnes concernées. Par exemple, soumettre plusieurs images aux personnes et leur demander lesquelles leur parle le plus.
- ✓ Diversifier les thématiques d'affichage : une seule et même thématique ne parlera pas à tout le monde au même moment.

DEMANDES EXPRIMÉES ET NON EXPRIMÉES LORS DES PERMANENCES

Une personne peut venir lors d'une permanence avec une demande et ne pas forcément l'exprimer dès l'arrivée. Il sera donc **nécessaire d'échanger** avec elle, de lui **laisser le temps de l'accueil et du répit**.



Attention au filtrage dès l'arrivée qui risquerait de ne pas laisser le temps à la personne de s'exprimer.

QUE FAIRE SI UNE PERSONNE N'A PAS DE DEMANDE ?

La Boussole n'a pas vocation à être un accueil de jour. C'est un lieu où l'on doit pouvoir parler santé, un espace où l'on a pour objectif de faire de la "**promotion de la santé**" au sens de "**processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci**", comme définie par la HAS.

Malgré tout et au regard du quotidien et de la réalité du public que l'équipe de médiation en santé accompagne, certaines personnes ne voudront ou ne pourront pas toujours "parler santé".

**Que faire s'il n'y a pas de demande exprimée ?
Si la personne souhaite uniquement se poser et boire un café ?
Doit-on lui demander de partir ?**



Il ne peut pas y avoir une seule et unique réponse car chaque situation est différente.



Si la veille, la personne a dormi dehors ou a été victime d'une agression par exemple, il est impossible de poser le même cadre qu'à une personne ayant un hébergement.

Certaines personnes peuvent avoir **besoin de temps, de confiance pour venir parler santé**.

D'où l'importance de **proposer un accueil inconditionnel, chaleureux, sans jugement et avec calme**. La demande peut être interrogée une fois que la personne se sent en confiance dans cet espace.

S'il n'y a **pas de demande**, alors il est intéressant de **s'appuyer sur les outils à disposition** et/ou la thématique du moment pour amener la personne à prendre confiance, à s'exprimer.

Les **demandes exprimées peuvent concerner d'autres domaines** que la santé, comme les besoins fondamentaux (alimentation, vêtements, logement, etc). Les **relations partenariales avec les acteur·trices clés du territoire sont essentielles** pour établir le lien entre les personnes rencontrées, le besoin identifié et les structures concernées. L'enjeu de la médiation en santé s'illustre par son **rôle d'interface dans ce réseau dynamique de structures**. (Cf Axe 4 + Annexe : Principaux acteur·trices angoumoisin·es en lien avec le projet).



AXE 2 : FACILITER LA COORDINATION DU PARCOURS DE SANTÉ

COMMENT FACILITER LA COORDINATION DU PARCOURS DE SANTÉ ?

LES PERSONNES MIGRANTES RENCONTRENT DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS : CONNAÎTRE SES DROITS, TROUVER DE L'INFORMATION, S'AVOIR À QUI S'ADRESSER EN CAS DE BESOIN EN SANTÉ, COMPRENDRE LE RÔLE DES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ EN FRANCE, ETC. S'ORIENTER DANS UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ N'EST DONC PAS TOUJOURS UNE CHOSE AISÉE.

LA MÉDIATION EN SANTÉ PERMET UN ACCOMPAGNEMENT TEMPORAIRE DANS LE BUT DE LEVER LES OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES PERSONNES. CET ACCOMPAGNEMENT PEUT PRENDRE LA FORME D'ENTRETIEN INDIVIDUEL DE MÉDIATION EN SANTÉ, D'ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE ET/OU DE MISE EN LIEN ENTRE LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET LES ACTEUR·RICES DU TERRITOIRE.

VOIR :

ANNEXE : OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS RÉFÉRENCÉS PAR LA HAS +
SCHÉMA PARCOURS D'UNE PERSONNE EN MÉDIATION EN SANTÉ

MESSAGES CLÉS

- * DIVERSIFIER LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ENTRETIENS (AVEC ET SANS RENDEZ-VOUS)
- PROPOSER PLUSIEURS ESPACES POUR MENER DES ENTRETIENS : L'ESPACE COLLECTIF ET UN BUREAU
- * CONFIDENTIEL (POUR DES ÉCHANGES COLLECTIFS ET INDIVIDUELS)
- SUIVRE LA PERSONNE DANS SON PARCOURS DE SOINS ET SON ACCÈS AUX STRUCTURES ET PARTENAIRES.
- *



1.

FACILITER COMMENT ?

PAR UN ENTRETIEN DE MÉDIATION

1.1. POURQUOI RÉALISER UN ENTRETIEN DE MÉDIATION EN SANTÉ ?

Au global, l'entretien de médiation a plusieurs objectifs :

- Proposer un bilan de la situation de vie des personnes.
- Identifier les obstacles et vulnérabilités des personnes.
- Identifier leurs besoins et définir avec elles les réponses que l'on peut mettre en place.
- Evaluer les vulnérabilités des personnes et adapter l'accompagnement proposé.

En pratique cela s'illustre par :

- Informer et expliquer le fonctionnement du système, le rôle des acteur-trices de santé et du social.
- Orienter, mettre en lien avec les acteur-trices du territoire.
- Aider à la mise en place des démarches administratives d'accès aux droits de santé et assurer le suivi des démarches.

L'attitude et la posture de l'équipe de médiation en santé est essentielle pour commencer à construire la confiance et entamer le processus d'accompagnement.

L'entretien de médiation est aussi un moment qui permet d'échanger avec les personnes sur leur moral et leur vécu. Les personnes ne parlent pas forcément de leurs difficultés à leurs ami-es et leur famille. Très souvent elles nous disent que nous sommes les seules personnes à qui elles se confient.

~
Médiatrice en santé

ZOOM SUR LE PREMIER ENTRETIEN

Au-delà des objectifs globaux, le 1er entretien permet de réaliser un « **diagnostic** » et connaître la situation générale de la personne accompagnée.

Objectifs spécifiques :

- Informer sur ce qu'englobe la médiation en santé ;
- Exposer dans quel cadre la personne peut être accompagnée ;
- Indiquer les droits dont dispose la personne (confidentialité des informations recueillies, accès aux informations de son dossier et recueil de son consentement).

C'est lors du premier entretien que l'équipe de médiation en santé fonde les bases de la relation de confiance.

Lors de la première rencontre avec un-e MNA, s'assurer qu'il/elle a bien été évalué-e par la structure en charge de l'évaluation des MNA primo-arrivant-e-s, l'Escale.

Si ce n'est pas le cas, suivre la procédure d'accueil d'un-e MNA primo-arrivant-e.

**BOÎTE À OUTILS :
PROCÉDURE ACCUEIL MNA PRIMO-ARRIVANT-E**



FOCUS MNA

SIGNALEMENT ET INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Toute personne témoin ou soupçonnant un enfant en danger ou risquant de l'être doit signaler les faits. Il peut s'agir d'un·e particulier·e ou d'un·e professionnel·le (assistant·e social·e, médecin...).

COMMENT ET QUI ALERTER ?

- Une **information préoccupante** (IP) à envoyer à la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes), qui relève de la responsabilité du/de la président·e du Conseil Départemental. Son auteur·trice peut être **un citoyen·ne, un·e professionnel·le, une association**. Les IP sont prévues en cas de situation de danger ou de risque de danger.
- Un **signalement au parquet** (Procureur de la République) c'est-à-dire l'autorité judiciaire. Son auteur·trice ne peut être qu'**un·e professionnel·le ou une association**. Dans le cadre d'un signalement parquet, c'est la gravité de la situation (situation de danger imminent et nécessité de protection urgente) qui justifie la compétence de l'autorité judiciaire.

Il est possible d'appeler le 119, numéro national de l'enfance en danger (les enfants peuvent également contacter directement le service) ou de contacter les services de la CRIP avant de faire une information préoccupante pour avoir un conseil.

BONNES PRATIQUES



ECOUTE ET RECUEIL DE LA PAROLE :

- Être à l'écoute du/de la mineur·e et l'inviter à exprimer son ressenti sur la manière dont il/elle vit la situation.
- Veiller à ne pas projeter ses propres représentations ni influencer son récit.
- Recueillir des faits concrets et objectifs (comportements, paroles, situations précises), faire reformuler si nécessaire.



INFORMATION AU/À LA MINEUR·E :

- Informer le/la mineur·e qu'une IP et/ou un signalement vont être effectués.
- Expliquer que ce n'est pas à lui/elle d'en décider : c'est un devoir légal et éthique de protection. Le signalement ne doit pas être perçu comme une sanction, mais comme une démarche de protection et d'aide.
- Présenter de manière adaptée à son âge et sa maturité ce qu'est un signalement/IP et ses potentielles suites (convocation, enquête).
- Rassurer le/la mineur·e sur le fait que l'équipe restera présente en soutien tout au long du processus.



GESTION DE LA SITUATION :

- Ne pas gérer seul·e la situation.
- Si besoin, organiser un temps spécifique (formel ou informel, par exemple lors des GAP) en équipe.
- Contacter la CRIP pour obtenir un conseil ou un avis.
- Échanger avec les partenaires.



SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT APRÈS LE SIGNALEMENT/IP :

- Maintenir une vigilance continue vis-à-vis du/de la mineur·e.
- Proposer un accompagnement spécifique si besoin : soutien psychologique, relais vers des services adaptés.
- Rappeler au/à la mineur·e que l'équipe est disponible pour répondre à ses questions ou inquiétudes.
- Proposer des temps de débriefing en équipe (individuels ou collectifs).

1.2. QUAND RÉALISER UN ENTRETIEN DE MÉDIATION EN SANTÉ ?

Il est possible de réaliser un entretien lors d'une 1^{ère} rencontre ou tout au long de l'accompagnement. Il peut être initié à la demande de la personne ou de l'équipe. Tout au long du projet, l'équipe a proposé **deux modalités d'entretien différentes** afin d'adapter au mieux selon la situation de chaque personne et d'assurer une complémentarité, réelle plus-value de cette approche.

Entretien non programmé

*Lors des permanences
Par l'un des membres de l'équipe de médiation en santé*

Entretien programmé

*Hors temps de permanence - Sur rendez-vous
Avec le/la médiateur-ice*

AVANTAGES

POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

- + Une personne qui sollicite d'abord un accompagnement individuel peut être ensuite orientée vers l'espace collectif même si ce n'était pas son intention initiale. De la même manière, une personne rencontrée dans un cadre collectif peut être réorientée vers un suivi individuel.
- + Proposer une réponse rapide à une demande exprimée, dans la limite du possible.
Un besoin peut émerger lors d'une permanence, notamment au contact de ce qui peut se dire autour de la personne (ex : renouvellement AME) et donc permet de saisir l'opportunité d'en parler sans rendez-vous.
- + Absence d'horaire à respecter.

POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

- + S'adapter aux disponibilités des personnes (école, horaire de travail décalé qui empêche de venir sur les permanences).

POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET L'ÉQUIPE DE MÉDIATION

- + Possibilité d'avoir un entretien long et approfondi.
- + Proposer des rendez-vous en binôme avec des partenaires.

POUR L'ÉQUIPE DE MÉDIATION

- + Pouvoir étudier et rechercher des réponses à la situation complexe de la personne accompagnée en amont.
Préparer plus facilement l'appel à l'interprétariat si nécessaire.

INCONVÉNIENTS

POUR L'ÉQUIPE DE MÉDIATION

- ☐ Durée des entretiens limitée (maximum 30 minutes) afin d'avoir le temps :
 - D'accompagner les autres personnes déjà connues ou nouvellement arrivées.
 - De répondre aux besoins nécessitant une réponse immédiate (distribution de duvets, l'orientation vers un lieu de repas ou de mise à l'abri).

POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET L'ÉQUIPE DE MÉDIATION

- ☐ Différer les réponses aux demandes : Selon le nombre de sollicitations, impossibilité de répondre à toutes les demandes. Cela nécessite d'orienter sur un autre temps de permanence ou de proposer un entretien individuel.
- ☐ Réponse à la demande différée du fait de contraintes "extérieures" (ex : durée d'attente de plus de 30 min au téléphone, non réponse de professionnel-les). Cela nécessite de rappeler ultérieurement, parfois en l'absence de la personne concernée et cela questionne quant à la complexité de l'accompagner vers plus d'autonomie.

POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

- ☐ Ne permet pas d'identifier la dimension collective de l'espace d'accueil/lieu-ressources en santé.
- ☐ Cela nécessite de se rappeler du jour et de l'heure du rendez-vous.

POUR L'ÉQUIPE DE MÉDIATION

- ☐ Se rendre disponible sur d'autres horaires que les permanences.

PLUS VALUE DU PROJET :

COMPLÉMENTARITÉ GRÂCE
À CES DEUX MODALITÉS

1.3. OÙ PEUT AVOIR LIEU UN ENTRETIEN DE MÉDIATION EN SANTÉ ?

L'entretien peut avoir lieu **dans un espace collectif ou dans un bureau d'entretien**. Ceci est à évaluer selon l'aisance de l'échange entre la personne et le/la médiateur·trice en santé.

Il est aussi tout à fait possible de débiter un entretien dans un espace collectif et de le poursuivre dans un lieu plus confidentiel, en fonction du sujet abordé et de l'aisance de la personne à en discuter. Il est difficile d'**évaluer le degré de confidentialité porté à un sujet**.

Cela dépend de plusieurs critères :

- L'**aisance** à en parler pour la personne concernée,
- Le **lieu** dans lequel le sujet est abordé,
- Les **personnes présentes** autour,
- La **personne médiatrice** qui alimente cet échange,
- Les **ressentis et les biais** de chaque personne.

Dans certaines communautés, les problèmes se résolvent en groupe. Il arrive fréquemment que les personnes se mettent à en parler dans l'espace collectif de MdM. On peut avoir spontanément tendance à se dire que c'est un sujet très personnel et qu'il vaudrait mieux échanger dans un espace à part.

Mais se retrouver face à face peut casser complètement l'échange car culturellement cela ne se passe pas comme ça. C'est donc essentiel de demander à la personne ce qu'elle souhaite.

~
Médiatrice en santé

Il est nécessaire cependant de **respecter la confidentialité des échanges**, et donc pour ce faire, orienter vers du collectif ou de l'individuel (Cf Axe 1), en fonction de ce que souhaite la personne.

Si la personne aborde un sujet dans l'espace d'accueil collectif, l'équipe de médiation en santé **s'assure que les conditions et le cadre de l'échange conviennent** toujours à la personne en proposant de passer à de l'individuel si elle souhaite.

Mais attention, parfois se retrouver seul·e à seul·e peut aussi couper l'élan et la fluidité de la conversation. La dynamique collective a de l'importance même dans des échanges individuels.

3 CONSEILS POUR RESPECTER LA CONFIDENTIALITÉ

- 1** Suggérer à la personne que cette question ou cette problématique peut être discutée au calme, dans un bureau d'entretien. Si elle refuse, continuer dans l'espace collectif.
- 2** S'assurer que le cadre et les conditions d'échanges conviennent toujours à la personne.
- 3** Ne pas hésiter à éloigner avec tact les autres membres du groupe ou de la famille, en utilisant le besoin de confidentialité pour parler de la santé par exemple.

PLUS VALUE DU PROJET :

MIXER ENTRE DE L'INDIVIDUEL
ET DU COLLECTIF

BONNES PRATIQUES

POUR MENER UN ENTRETIEN DE MÉDIATION EN SANTÉ

- ✓ Garder en tête l'importance d'une posture adaptée, d'un cadre bienveillant et d'un échange respectueux et dans le non-jugement.
- ✓ Se présenter et poser le cadre de l'échange.
- ✓ Evaluer la maîtrise et la compréhension du français par la personne. Si besoin, avoir recours à l'interprétariat professionnel dès le début de l'entretien.
- ✓ Informer la personne de ses droits : confidentialité des informations recueillies, accès aux informations de son dossier et recueil de son consentement.
- ✓ Se former : Savoir informer les personnes en fonction de leurs difficultés, de leurs besoins et de leur situation administrative. Maîtriser les partenaires associatifs et institutionnels locaux en lien avec la santé pour proposer une orientation sociale et médicale adaptée.
- ✓ Aborder impérativement lors du 1er entretien le sujet des besoins fondamentaux (se reposer, se nourrir, se laver, se vêtir) : informer et orienter si besoin.
- ✓ Adapter la quantité d'informations transmises à l'état physique et psychique de la personne (fatigue, inquiétude...) et proposer à la personne de se revoir.
- ✓ Aborder les questionnements et priorités de la personne en premier lieu. Si l'on a des sujets à aborder avec la personne, cela viendra dans un second temps.
- ✓ Eviter les questions intrusives : se questionner sur l'utilité de chaque question pour la personne, nous n'avons pas besoin de tout savoir (parcours migratoire, motif de départ du pays...).
- ✓ Respecter la temporalité de la personne : certaines personnes ont besoin de temps pour se confier.
- ✓ Privilégier l'entretien côte à côte et non pas face à face, si possible sans ordinateur, dans un enjeu d'horizontalité.
- ✓ Ne pas dénigrer la médecine et les pratiques non-occidentales : présenter les différentes pratiques comme étant complémentaires. Avoir en tête les possibles biais des représentations personnelles et culturelles. Par exemple, la prévention et la santé mentale amènent souvent à des représentations individuelles ("Je ne suis pas malade, à quoi ça sert ? Je ne suis pas fou/folle".)
- ✓ S'appuyer sur le groupe de pair-es pour initier un échange : cela est très souvent bien plus convainquant que tout ce qui peut être dit par les médiateur-trices en santé.

2.

FACILITER COMMENT ?

PAR DES ACCOMPAGNEMENTS PHYSIQUES

2.1. DES ACCOMPAGNEMENTS AUX OBJECTIFS DISTINCTS

Accompagner les personnes à lever les obstacles à l'accès aux soins et aux droits qu'elles peuvent rencontrer.

Mais pas systématique : temporaire et variable selon les personnes

Demande beaucoup de temps et de ressources.

Identifier des objectifs et des arguments pour mobiliser l'équipe de médiation en santé.

Permet de mieux connaître les personnes et établir un lien de confiance.

POUR LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Personnes les moins autonomes : les rassurer, passer au-delà d'une mauvaise expérience, leur enseigner le processus à suivre.

POUR LE/LA MÉDIATEUR·TRICE EN SANTÉ

Vérifier des informations, contrôler la qualité de l'assistance fournie par les dispositifs de droit commun, documenter les obstacles ou sensibiliser les professionnel·les aux vulnérabilités et spécificités des personnes accompagnées.

L'objectif d'un accompagnement est aussi de pouvoir repérer les lieux, modalités d'accès au lieu de rdv. Par exemple il arrive qu'une personne m'appelle en visio parce qu'elle s'est perdue. En connaissant ainsi les lieux, je peux mieux la guider à distance pour qu'elle puisse se retrouver. Ou tout simplement savoir qu'il faut sonner à l'interphone pour pouvoir rentrer. Si je n'y vais pas moi-même, tout ça je ne peux pas le savoir.

~
Médiatrice en santé

2.2. TROIS MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENTS PHYSIQUES

L'équipe de médiation en santé a proposé différentes modalités d'accompagnement physique complémentaires.

ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF PAR UNE PERSONNE DE L'ÉQUIPE

L'accompagnant·e est dans une posture d'**animateur·trice du groupe pour favoriser l'interaction** du collectif entre pair·es et s'assurer de la véracité des informations échangées.

Quelques accompagnements collectifs ont pu être réalisés vers la CPAM en mobilisant des personnes présentes lors de la permanence ou bien lorsque des créneaux de rendez-vous rapprochés étaient possibles. Les rendez-vous rapprochés permettent également de favoriser les accompagnements entre pair·es, ces derniers ayant été relativement fréquents tout au long du projet.

ACCOMPAGNEMENT PAR LES PAIR-ES

Favorise l'entraide communautaire et permet, lorsque plusieurs personnes ont rendez-vous en même temps, d'éviter les oublis de rendez-vous et/ou de se perdre.

Pré-requis : les personnes ont bien compris l'objectif du rendez-vous et comment s'y rendre et la structure est connue de l'équipe.

POINT DE VIGILANCE

En cas de suspicion de relation d'emprise entre 2 personnes : ne pas hésiter à proposer un accompagnement individuel.

ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL

Permet d'avoir un **moment privilégié avec la personne** et d'aborder des sujets plus personnels qui ne pourraient pas être abordés en groupe. Cette modalité permet également de personnaliser au plus près l'accompagnement.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LIÉES AUX STRUCTURES

- Méconnaissance des spécificités et vulnérabilités des personnes accompagnées, absence de l'utilisation de l'interprétariat professionnel en santé (notamment en libéral).
- Créneaux communs rarement proposés pour que les rendez-vous conviennent à toutes les contraintes des personnes et de la structure.

PLUS VALUE DU PROJET :

TRIPLE MODALITÉS DES ACCOMPAGNEMENTS PHYSIQUES



FOCUS MNA

ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS QUAND ON EST UN-E MNA

Tout comme les autres personnes accompagnées par l'équipe de médiation en santé, les MNA sont confrontés-es à des **difficultés pour accéder aux soins et aux droits**, auxquelles s'ajoutent d'autres **difficultés spécifiques liées à leur statut** notamment le consentement aux soins (Cf Focus : Le consentement, une notion indispensable - Indispensables).

En lien avec le recueil du consentement, une difficulté concerne la **méconnaissance de certain-es professionnel·les au sujet du/de la représent-e légal·e**. L'équipe de médiation en santé a été confrontée à plusieurs reprises à des refus de soins de la part des professionnel·les en l'absence de ce/cette dernier·ère.

Pour les sensibiliser, l'équipe de médiation en santé s'appuie sur deux notes d'instruction développées par l'ARS Pays-de-la-Loire et l'ARS Ile-de-France. Elles ne traitent pas du territoire du Grand Angoulême mais servent de base sur ce sujet. (Cf Livret soignants du programme MNA)

Concernant l'ouverture des droits à l'AME, **la demande est systématiquement faite par la cellule MNA** du département pour tous·tes les jeunes (Cf Axe 4).

La principale difficulté rencontrée par l'équipe concerne la **demande de pièce complémentaire** non nécessaire, notamment dans le cadre des renouvellements d'AME.

BONNES PRATIQUES

LORS D'UN ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE AVEC UN-E MNA

- ✓ En cas de demande "abusive" (pièce complémentaire non nécessaire, demande d'un-e représentant-e légal·e), ne pas répondre favorablement à la demande : le risque est de rendre la pratique courante et compliquer l'accès aux soins et aux droits pour d'autres personnes.
- ✓ Sensibiliser les professionnel·les aux spécificités des MNA.
- ✓ S'appuyer sur des documents ressources (liste des pièces nécessaires mentionnées sur le Cerfa, note d'instruction d'autres territoires etc).

BOÎTE À OUTILS :
NOTE ARS IDF + NOTE ARS PAYS DE LA LOIRE +
LIVRET SOIGNANT·ES DU PROJET MNA NANTES



BONNES PRATIQUES

POUR RÉALISER UN ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE

- ✓ Adopter une posture adaptée est essentielle.
- ✓ Demander à la personne ce qu'elle souhaite lors de son rendez-vous.
- ✓ Ne pas se positionner en patient en s'exprimant à la place de la personne.
- ✓ Après le rendez-vous, s'assurer que les futures démarches sont claires et fixer un autre accompagnement si nécessaire.

**BOÎTE À OUTILS :
POCHETTE ACCOMPAGNEMENT
+
INFOS UTILES POUR RÉALISER DES ACCOMPAGNEMENTS**



3.

FACILITER COMMENT ?

PAR LE SUIVI DES PERSONNES

3.1. SUIVRE AVEC DES OUTILS SPÉCIFIQUES

L'AGENDA PAPIER DES RENDEZ-VOUS

Permet de **faciliter le rappel patient·e** ou anticiper un accompagnement physique (convenir heure et lieu de rendez-vous).

LE DOSSIER PAPIER INDIVIDUEL

Recueils d'informations concernant l'identité, état de santé, domiciliation, hébergement, situation administrative, couverture maladie, réalisation du parcours primo-arrivant.

↪ *Des fiches d'entretien de médiation en santé et des fiches accompagnement sont ajoutées au dossier au fur et à mesure du suivi.*

LE DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Les données sont saisies dans un logiciel interne à Médecins du Monde (Epiconcept, hébergeur agréé de données santé) permettant de **centraliser dans un lieu unique les données**, pour les sécuriser et les analyser.

LE CARNET DE SANTÉ

Ce carnet, outil de coordination de soin avec les partenaires, permet aux personnes de savoir où elles en sont dans leurs parcours de santé.

↪ *Il est cependant sujet à des enjeux de confidentialité : support peu sécurisé, risque de perte, de vol, ou consultation par des tiers non autorisés.*

**BOÎTE À OUTILS :
FICHE 1ER ENTRETIEN + FICHE ENTRETIEN DE MÉDIATION + CARNET
DE SANTÉ + FICHE ACCOMPAGNEMENT**

ZOOM SUR LE TÉLÉPHONE COMME OUTIL DE LIEN INDISPENSABLE



3.2. COMMENT SAVOIR QU'UN ACCOMPAGNEMENT SE TERMINE ?

La médiation en santé étant un **processus temporaire**, la clôture d'un accompagnement s'illustre de différentes manières tout au long du projet :

- La/les réponses aux besoins exprimés ont été apportées et les obstacles majeurs ont été levés.
- La personne peut s'orienter seule, a gagné en autonomie dans le système de santé.
- La personne ne vient plus ou ne sollicite plus l'équipe de médiation. (Il peut arriver que l'accompagnement s'arrête brutalement, lorsque les personnes quittent la ville ou lorsque les MNA sont reconnus mineurs par le/la juge des enfants.)

↪ **Choisir de poursuivre ou non une action de médiation en santé nécessite d'en évaluer régulièrement sa qualité et sa pertinence. Cette évaluation peut se faire par la personne concernée par l'action, les partenaires et par l'équipe de médiation en santé.**

CONDITIONS POUR METTRE FIN À UN ACCOMPAGNEMENT DE MÉDIATION EN SANTÉ :

- La personne est suffisamment autonome pour prendre en charge sa santé (Cf Fiche indicateurs autonomie)
- Un certain nombre de barrières dans l'accès aux soins ont pu être levées
- La médiation en santé semble ne plus avoir de pertinence pour aider la personne
- La personne a bénéficié de ce dont elle avait besoin et ne souhaite pas poursuivre
- La personne n'adhère plus à la démarche

4.

FACILITER COMMENT ?

PAR LA MISE EN LIEN ENTRE LES ACTEUR·TRICES DU TERRITOIRE ET LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DU SOIN

4.1. RENCONTRER LES PARTENAIRES POUR CONNAÎTRE SON TERRITOIRE ET SE COORDONNER

Les rencontres régulières et les visites des structures permettent d'avoir **une meilleure connaissance des services proposés, dans une logique de collaboration et d'orientation adaptée**. Cette démarche constitue une étape essentielle avant la mise en place des circuits de référencement, afin d'identifier les partenaires avec lesquels des orientations cohérentes et efficaces peuvent être construites.

→ Ces temps d'échange sont également l'occasion de mieux comprendre le fonctionnement des structures, de partager des outils (comme les fiches d'orientation) et de renforcer la complémentarité des actions.

SE COORDONNER SERA ESSENTIEL AFIN DE :

- Echanger, avec l'accord des personnes concernées, des informations sur leur situation sociale et administrative et les conditions de vie pour une meilleure prise en charge,
- Assurer un suivi de la situation,
- Mutualiser les compétences et les connaissances, et résoudre des cas difficiles de manière conjointe,
- Interpeller les institutions concernant certaines problématiques,
- Partager des informations en termes de veille sanitaire, sociale et juridique,
- Éviter les doublons si plusieurs acteurs interviennent auprès de la même personne.

**BOÎTE À OUTILS :
CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES ET PARTIES PRENANTES RÉALISÉE AVEC ET POUR LES
PERSONNES ACCOMPAGNÉES + SCHÉMA ACTEUR·TRICES SUR LE TERRITOIRE**



4.2. ORIENTER EN PARTANT DE LA PERSONNE CONCERNÉE



Orienter selon les besoins exprimés par la personne, en ciblant sur sa situation de vie, ses conditions de vies, ses ressources, etc.

(Cf "Faciliter comment ? Par un entretien de médiation" - Axe 2)



Attention à ne pas faire trop d'orientations.



Ne pas saturer d'informations la personne.

QUELQUES QUESTIONS CLÉS AVANT DE PROCÉDER À UNE ORIENTATION :

BESOINS



*Quels sont les besoins prioritaires pour la personne ?
Préfère-t-elle une structure avec un accueil sans rendez-vous ? avec rendez-vous ?
A-t-elle des besoins spécifiques à prendre en compte pour adapter l'orientation vers une structure ?*

DROITS



*Quelle est la situation administrative de la personne ?
A-t-elle des droits ouverts/ouvrables ? A la CSS ? L'AME ?*

INTERPRÉTARIAT



Est-ce que la structure dispose d'un-e interprète professionnel si la personne ne parle pas français ?

MOBILITÉ



*La personne est-elle en capacité de se repérer géographiquement ? dans le temps ?
Faut-il prévoir un accompagnement physique (la personne est-elle d'accord avec ça) ?
Est-ce que la personne sait et peut prendre les transports ?*

5 CONSEILS POUR AUTONOMISER LA PERSONNE POUR LA RENCONTRE AVEC LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

- 1 Prendre rendez-vous par téléphone avec la personne (si disponible uniquement sur rendez-vous).
- 2 Questionner la personne sur ses disponibilités : si la date convient (hors temps scolaire ou travail) cela maximisera les chances que la personne honore son rendez-vous.
- 3 Prioriser les rendez-vous en milieu de journée pour que la personne ait le temps de faire les aller-retours en transports.
- 4 S'assurer que la personne ait des tickets de bus/carte de transport et connaissance du fonctionnement. Si besoin lui en donner.
- 5 Remettre à la personne un carnet de santé avec les informations concernant le rendez-vous et informer précisément la personne sur les transports qui desservent le lieu. Lui montrer le lieu en photo pour une meilleure reconnaissance.

PISTES D'AMÉLIORATION



Sensibiliser les professionnel·les de santé de la région aux droits des personnes en situation administrative précaire.



Développer le plaidoyer pour plus d'accueil physique dans les services publics.



Réaliser des rencontres partenariales pour échanger sur les difficultés rencontrées et tenter de lever les blocages (cf Axe 4).

BOÎTE À OUTILS :
CLASSEUR D'ORIENTATION +
CARTOGRAPHIE DES
ACTEURS SUR LE TERRITOIRE



ENJEUX ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS DANS UN CONTEXTE DE DÉSERTIFICATION MÉDICALE

La désertification médicale actuelle est une problématique de plus en plus importante ces dernières années sur le territoire. C'est une difficulté rencontrée par tous·tes sur le département mais cela questionne sur la marge de manœuvre possible en matière de médiation en santé, sensée "faire passerelle".

QUE FAIRE QUAND IL N'Y A RIEN AU BOUT ?



VIS À VIS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Il est de plus en plus compliqué d'obtenir un rendez-vous chez un·e médecin généraliste, un·e dentiste ou un·e spécialiste. Faute de disponibilité, les rappels des professionnel·les sont fréquents avant d'obtenir un rendez-vous avec souvent plusieurs mois d'attente. Ceci s'ajoute aux difficultés déjà rencontrées par les personnes en situation de précarité, ce qui complexifie encore plus leur accès aux soins.

RENDEZ-VOUS DE PLUS EN PLUS COMPLIQUÉS À OBTENIR

Cela questionne également sur la possibilité de rendre les personnes plus autonomes pour prendre rendez-vous et s'y rendre, alors même qu'il s'agit d'un objectif de la médiation en santé.

DIFFICULTÉ À OBTENIR UN RENDEZ-VOUS / JOINDRE LES PROFESSIONNEL·LES

Cela nécessite de réaliser les démarches en plusieurs fois, de rappeler régulièrement et il n'est pas envisageable de systématiquement le faire avec la personne concernée.

TRANSPORTS EN COMMUN

Certains lieux de consultation de professionnel·les sont difficilement accessibles en transports. Cela implique donc d'accompagner systématiquement les personnes en voiture.



Nous essayons de sensibiliser les personnes au maximum sur l'importance d'honorer les rendez-vous et d'être à l'heure. Malheureusement il arrive que cela ne soit pas toujours le cas et que certain·es professionnel·les refusent de recevoir de nouveau la personne voir de nouvelles personnes que nous orientons. Notre compte Doctolib a déjà été bloqué après plusieurs rendez-vous non honorés. Le problème c'est que cela implique de trouver d'autres professionnel·les dans un contexte déjà très difficile.

~
Médiatrice en santé



VIS À VIS DE L'ÉQUIPE DU PROJET

Au fil du projet, l'équipe de Médecins du Monde a dû se déplacer de plus en plus loin sur le territoire pour consulter un·e médecin ou un·e spécialiste. Il est habituel de faire plus d'une heure de route aller-retour pour une consultation chez un·e médecin généraliste qui accepte de nouveaux/nouvelles patient·es.



Les accompagnements durent alors en moyenne 2h30 voire 3 heures, ce qui compliquent leur faisabilité par faute de temps et de médiateur·rices en santé disponibles.

LA TÉLÉCONSULTATION

L'équipe de Médecins du Monde privilégie les consultations en présentiel, car le public cible peut rencontrer des difficultés liées au numérique ou à la barrière linguistique. Cependant, ce positionnement restreint l'accès aux professionnel·les de santé dans un territoire déjà confronté à une pénurie.

À Angoulême, certaines pharmacies proposent la téléconsultation afin de faciliter un accès rapide à un·e médecin. L'objectif est de permettre aux personnes nécessitant une consultation rapidement (pour obtenir une ordonnance ou en attendant de voir un·e professionnel·le sur place) de bénéficier de ce service, tout en respectant leur autonomie. La présence du/de la pharmacien·ne permet également un encadrement du rendez-vous et des démarches administratives en lien. Bien qu'il s'agisse d'une solution de première ligne pertinente dans un territoire en désertification médicale, la téléconsultation ne remplace pas une prise en charge complète et de qualité.

NOS RECOMMANDATIONS POUR LA TÉLÉCONSULTATION :

- Identifier une pharmacie équipée de téléconsultations respectant la confidentialité (à l'écart, isolé pour le son, etc).
- Préférer une pharmacie où les professionnel·les sont sensibilisé·e·s aux spécificités du public (droits AME, etc).
- Orienter vers la téléconsultation lorsque la situation nécessite une réponse rapide mais non complexe et ne nécessitant pas une consultation physique dans l'immédiat.
- Orienter les personnes francophones.



VIS À VIS DES PROFESSIONNEL·LES

Le contexte amène donc à rencontrer de nouveaux/nouvelles professionnel·les qui n'ont jamais accompagné de personnes précaires et/ou exilées. Ils/elles sont alors souvent peu au fait des difficultés auxquelles les personnes peuvent être confrontées.

Notre rôle est alors essentiel pour :

INFORMER

Lors des accompagnements, il m'est déjà arrivé de rencontrer des professionnel·les qui n'avaient jamais reçu de personnes ayant l'AME, voir qui ne savaient même pas ce que c'était. Notre rôle est alors de les informer et de les sensibiliser.

~
Médiatrice en santé

SENSIBILISER

Il m'arrive aussi que certain·e·s professionnel·les refusent de prendre des personnes ne résidant pas dans leur secteur et me conseillent de chercher dans mon département. Je leur explique que nous n'avons pas le choix que de chercher de plus en plus loin. Certain·es acceptent, d'autres non.

~
Médiatrice en santé

BONNES PRATIQUES

POUR DE LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS UN CONTEXTE DE DÉSERTIFICATION MÉDICALE

- ✓ Informer les personnes accompagnées de la réalité du territoire.
- ✓ Présenter toutes les options possibles à la personne, même celles qui peuvent être plus coûteuses (ex : achat d'un billet de train pour se rendre dans une autre ville).
- ✓ Sensibiliser les professionnel·les aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité (droits en santé, interprétariat, conditions de vie, etc)

FICHE COMPLÉMENTAIRE TRANSVERSALE

SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMPS)

La prise en compte de la Santé Mentale et du Soutien Psychosocial (SMPS) fait partie des impératifs de qualité des projets portés par Médecins du Monde France : elle est déployée dans l'ensemble de nos projets de santé pour répondre à une approche holistique de la santé des personnes concernées, prenant en considération l'impact sur la santé globale des déterminants individuels et sociaux de la santé, des pratiques des personnes et de leurs conditions de vie.

La Santé Mentale et soutien PsychoSocial désigne dans le champ de l'humanitaire « **tout type de soutien visant à protéger ou à promouvoir le bien-être et/ou prévenir ou traiter un trouble mental** ».



Le cadre conceptuel de l'approche en santé mentale et en soutien psychosocial adopté par Médecins du Monde France s'inspire largement de la pyramide d'intervention du IASC3 et se décline dans des projets de santé construits sur le modèle de la charte d'Ottawa (cf Cadre théorique et sémantique).

Cela amène à envisager différents niveaux d'interventions, tels que :

LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Concernent les actions qui ont pour objectif de créer, de restaurer ou de consolider l'équilibre affectif et émotionnel des individus au sein d'une dynamique et d'un environnement social. Ces interventions ont un impact positif sur le plus grand nombre de personnes rencontrées dans les situations humanitaires.

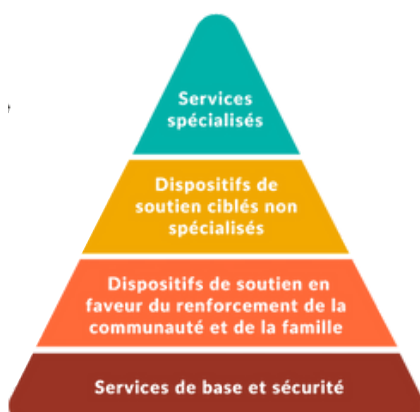
LES INTERVENTIONS CLINIQUES

OU EN « SANTÉ MENTALE »

Concernent les actions qui visent les individus les plus « en situation de vulnérabilité » sur un plan psychologique.

COMMENT INTÉGRER CES THÉMATIQUES DANS LE PROJET DE MÉDIATION EN SANTÉ ?

4 niveaux d'interventions selon la pyramide créée pour modéliser les interventions SMPS en situation d'urgence



"Les personnes me disent toujours qu'elles ont l'impression que leur tête va exploser à cause des pensées. Je leur dis alors que le but du psychologue est de calmer cela et d'apprendre à vivre avec ce qui est arrivé sans que cela prenne toute la place dans leur tête".

~
Bernadette I - Bénévole

NIVEAU 1

Dans le cadre du projet de médiation en santé, l'équipe a proposé des activités de niveau 1, c'est-à-dire de soutien social (Services de base et sécurité). Ces activités sont destinées à l'ensemble d'une population exposée à une situation de précarité. Il s'agit d'activités non liées directement à la santé mentale et au soutien psychosocial mais qui, par une approche participative, permettent le renforcement des soutiens sociaux locaux et la mobilisation des réseaux existants. Elles étaient portées par l'ensemble de l'équipe de médiation en santé : il n'est pas nécessaire d'être spécialisé-e en SMPS à ce niveau 1.

CONCRÈTEMENT, CELA S'EST TRADUIT SUR LE PROJET PAR :

- Un lieu d'accueil sécurisant.
- Un accès à l'interprétariat professionnel / promotion de l'interprétariat chez les professionnel-les.
- La mise à disposition de protections menstruelles.
- La posture de l'équipe : accueil chaleureux et non stigmatisant.
- L'aménagement accueillant et chaleureux des locaux.
- Proposition d'une aide au transport pour se rendre à un rendez-vous (tickets de bus gratuits).
- Référer vers les services permettant la réponse aux besoins primaires.
- Une démarche de littératie en santé pour l'accessibilité des informations sur la santé et les services disponibles (pictogrammes, visuels, traduction des outils, etc).
- Un circuit d'orientation vers des partenaires adaptés aux besoins des personnes.

NIVEAU 2

L'équipe propose également des activités de niveau 2, c'est-à-dire de soutien psychosocial de base (Dispositifs de soutien en faveur du renforcement de la communauté et de la famille). L'objectif des interventions est de promouvoir et renforcer la cohésion sociale, l'entraide, les mécanismes de soutiens communautaires et familiaux traditionnels (lorsque ceux-ci sont respectueux des droits des personnes) et d'activer les réseaux sociaux. Ces activités consistent principalement à identifier et à renforcer les capacités d'adaptation positives individuelles, familiales et communautaires ainsi que d'améliorer la connaissance de la SMPS.

CONCRÈTEMENT, CELA S'EST TRADUIT SUR LE PROJET PAR :

- Enjeux de sociabilisation : possibilité pour les personnes de passer du temps entre elles.
- La proposition d'activités récréatives structurées (jeux, activités artistiques et culturelles) et de groupe afin de favoriser la communication, l'échange et le soutien mutuel entre les participant.e.s.
- Capacité d'agir : possibilité pour les personnes de co-construire des outils et aménager l'espace avec l'équipe de médiation en santé pour se l'approprier.

POINT DE VIGILANCE

Laisser les personnes parler dans leur langue.

POINT DE VIGILANCE

Laisser les personnes passer du temps sur leur téléphone lors des permanences

"Parfois lorsque l'on est en groupe, il arrive que les personnes ne parlent que dans leur langue. On peut avoir envie de leur demander de parler français mais il est important de les laisser, même si l'on ne comprend rien à ce qui se passe. Cependant il y a quand même un juste équilibre à trouver car ces temps servent aussi aux personnes à apprendre le français".

~
Catherine - Bénévole

"Cela peut être frustrant de voir certaines personnes sur leur téléphone pendant toute la permanence. Mais il ne faut pas oublier qu'elles sont peut-être en train de parler avec des proches, regarder des photos, écouter de la musique, ce qui contribue aussi à ce qu'elles se sentent mieux"

~
Muriel - Bénévole

BONNES PRATIQUES

POUR GÉRER LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA SANTÉ MENTALE

- ✓ Se former à cette thématique pour acquérir un socle de connaissances de base afin de maîtriser les enjeux liés à la SMPS.
- ✓ Aborder le sujet de la santé mentale en questionnant la personne sur son sommeil : cela lui laisse la possibilité de développer ou pas sur son état de santé psychologique (cauchemars, etc.).
- ✓ Proposer différentes options à la personne : rappeler la possibilité de venir quand elle veut sur les temps de permanence et de contacter l'équipe si besoin, réfléchir avec elle à ce qui lui fait du bien (faire du sport, écouter de la musique...), proposer de voir un psychologue : c'est la personne qui choisira ce qu'elle préfère !
En cas de difficultés/questionnements, ne pas hésiter à contacter des professionnel·les.

1 CONSEIL

Mentionner le fait que plusieurs personnes accompagnées par Médecins du Monde vont voir un psychologue. Cela démystifie le fait qu'ils/elles sont seul·es dans cette situation.

COMMENT ABORDER LES VIOLENCES ?

La plupart des personnes rencontrées par l'équipe de médiation en santé ont vécu des violences, qu'elles soient physiques, psychiques, institutionnelles, etc. Elles ont pu avoir lieu dans le pays d'origine, lors du parcours migratoire et/ou en France.

Le sujet des violences est rarement abordé lors d'un premier entretien. Il émerge souvent plus tard, lorsque le lien de confiance est établi que cela soit lors d'entretien individuel ou dans la voiture lors d'un accompagnement physique.

PISTES D'AMÉLIORATION



Former les membres de l'équipe à l'approche SMPS, à l'accompagnement des personnes ayant vécu des violences et aux premiers secours en santé mentale (ce qui n'a pas pu être fait avec l'équipe de médiation en santé de Médecins du Monde).

BONNES PRATIQUES

POUR ABORDER LE SUJET DES VIOLENCES

- ✓ Verbaliser à la personne qu'elle n'ait pas obligée de raconter tout son récit ni de montrer ses blessures. Lui rappeler que l'équipe est disponible pour l'écouter, uniquement si elle en ressent le besoin.
- ✓ Proposer à la personne une orientation vers un·e professionnel·le de santé (psychologue, etc). Ne pas la forcer et accepter la décision de la personne.
- ✓ S'écouter : certaines histoires sont très difficiles à entendre, ne pas hésiter à passer la main à un·e autre membre de l'équipe ou faire l'entretien en binôme. Ne pas hésiter à consulter le/la psychologue en charge du soutien psychologique de l'équipe.
- ✓ Ne pas rester seul·e avec les histoires entendues et utiliser les temps collectifs en équipe (groupes d'analyse de la pratique, débriefings) pour "vider son sac" et réfléchir collectivement, si besoin, à ce que l'on peut proposer à la personne. Informer les autres membres de l'équipe peut également leur permettre d'être plus vigilant·es à l'état psychique de la personne.



AXE 3 : FAVORISER DES ACTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

COMMENT FAVORISER DES ACTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ?

TOUT AU LONG DU PROJET, DES ACTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ONT ÉTÉ RÉALISÉES AU SEIN DE LA BOUSSOLE AUTOUR DE THÉMATIQUES IDENTIFIÉES PAR LES PERSONNES CONCERNÉES. CES TEMPS COLLECTIFS SE VOULAIENT ÊTRE DES ESPACES ET DES TEMPS DE RENCONTRES, D'ÉCHANGES, D'INFORMATIONS, DE RENFORCEMENT DE LEURS CONNAISSANCES ET DE LEURS CAPACITÉS MAIS AUSSI DE BIEN-ÊTRE.

MESSAGES CLÉS

- * PARTIR DU BESOIN DES PERSONNES CONCERNÉES.
- * VISIBILISER L'ENSEMBLE DES THÉMATIQUES EN SANTÉ VIA DES OUTILS VISUELS POUR FACILITER L'EXPRESSION.
- * METTRE À JOUR LE DIAGNOSTIC DES THÉMATIQUES SANTÉ RÉGULIÈREMENT : TOUS LES ANS OU TOUS LES DEUX ANS.
- * PRÉPARER UNE TRAME ANNUELLE D'ATELIER COLLECTIF AUTOUR DE TEMPS FORT POUR ABORDER CERTAINES THÉMATIQUES EN SANTÉ DE MANIÈRE PLUS APPROFONDIE.
- * PENSER CES ACTIVITÉS DANS UNE APPROCHE DE LITTÉRATIE EN SANTÉ : CO-CONSTRUIRE LES OUTILS AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES LE PLUS POSSIBLE, TRAVAILLER LA POSTURE D'ANIMATION DE COLLECTIF (EN AUTO-APPRENTISSAGE, VIA DES FORMATIONS EXTERNES), SIMPLIFIER LES SUPPORTS ÉCRITS ET ORAUX, ADAPTER LE VOCABLE UTILISÉ.



1.

DIAGNOSTIC : COMMENT IDENTIFIER LES THÉMATIQUES DE SANTÉ AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES ?

Afin de construire des ateliers collectifs au plus près des besoins des personnes accompagnées, un **diagnostic des thématiques santé a été réalisé** au début du projet puis à mi-parcours. L'objectif était d'**identifier les préoccupations prioritaires et récurrentes** en matière de santé pour les personnes.

Dans un premier temps, des **échanges individuels ou en petits groupes informels** ont été proposés lors des permanences. Ces espaces avaient pour but de **recueillir la parole** des personnes autour d'enjeux de santé rencontrés au quotidien. Cependant, il s'est avéré **difficile de faire émerger des thématiques** précises de manière spontanée.



Face à ce constat, l'équipe de médiation en santé a choisi d'**utiliser des pictogrammes représentant différentes thématiques santé**. Les personnes ont été invitées à classer lors des permanences ces pictogrammes selon l'importance accordée à chaque sujet. Ce support visuel a permis de **rendre les thématiques plus concrètes** pour les personnes.

1ER DIAGNOSTIC (DÉBUT DU PROJET)

Quatre thématiques ont été identifiées :

- La **prévention**
- La **santé mentale**
- Les **droits** (asile, fonctionnement de la préfecture...)
- Les **droits en santé**

2ÈME DIAGNOSTIC (MI-PROJET)

La thématique de la **vie affective et sexuelle** a également été identifiée comme prioritaire, en plus des 4 précédentes. Légèrement plus à la marge, la thématique du racisme a également été identifiée comme importante mais n'a pas donné lieu à la création d'outils (à l'exception d'une affiche).

Chacune de ces 5 thématiques a donné lieu à la recherche et/ou création de ressources : flyers de partenaires, affichages et jeux santé.

PISTES D'AMÉLIORATION



L'équipe de médiation en santé a travaillé sans trame de déroulé d'atelier (matériel nécessaire, nombre d'animateur-ices, messages clés à faire passer, etc) pour chacune des thématiques. Cela s'est cependant avéré être un manque et aurait nécessité d'être développé.

Une thématique a été identifiée par l'équipe de médiation : **le consentement** (Cf Focus : Le consentement, une notion indispensable - Indispensables). Dans cette optique, des **temps d'échange et des outils dédiés ont été créés**, certains centrés exclusivement sur le consentement, d'autres l'abordant en lien avec diverses thématiques de santé.

2. QUELLE PÉRIODE POUR QUELLE THÉMATIQUE ?

L'équipe de médiation en santé a établi un **calendrier thématique annuel** en s'appuyant sur les grandes journées nationales (comme la Semaine de la vaccination ou la Journée des droits des migrants).

DÉBUT DU PROJET

Chaque thème était abordé pendant **deux à trois mois avant de passer au suivant**. À chaque changement, de nouveaux outils étaient créés ou les anciens adaptés et accompagnés d'un renouvellement de l'affichage. Les **ressources mises à disposition étaient exclusivement en lien avec la thématique** en cours. Chaque période thématique donnait lieu à un atelier d'expression artistique pour une découverte ludique du sujet, ainsi qu'à un atelier santé coanimé avec un-e partenaire en fin de cycle.

➤ *Pour informer et mobiliser les personnes concernées, les thématiques et ateliers étaient annoncés sur les réseaux de communication de la Délégation (Page Facebook notamment).*

MI PROJET

L'équipe a constaté que la **thématique en cours ne correspondait pas toujours aux préoccupations** des personnes présentes, certaines souhaitant aborder d'autres sujets pour lesquels aucun outil n'était disponible. Cela limitait la capacité à proposer des ateliers collectifs pertinents et à répondre aux échanges spontanés. Par ailleurs, certaines personnes ne fréquentant les permanences que sur une courte période, elles n'avaient **pas accès à l'ensemble des ressources déployées tout au long de l'année**.

➤ **Face à ce constat, le choix a été fait d'élargir l'offre : les ressources sur plusieurs thématiques sont désormais proposées en parallèle, tout en conservant des temps forts autour des événements nationaux.**

Cette nouvelle approche a permis :

- De **disposer d'une variété d'outils** permettant de s'adapter aux besoins et interrogations exprimés ;
- De **proposer des supports de discussion** en lien direct avec les préoccupations du moment des personnes accueillies ;
- D'offrir une **diversité de jeux et de ressources**, particulièrement utile pour les publics revenant régulièrement.

DIFFICULTÉ RENCONTRÉE

➤ L'appropriation des outils par l'équipe de médiation en santé est indispensable mais complexe. En effet, cela implique de bien connaître les supports pour pouvoir les utiliser efficacement et aisément en fonction des discussions. Cela reste un défi pour une équipe bénévole dont la présence est parfois ponctuelle.

3. QUAND ORGANISER LES ATELIERS COLLECTIFS ?

Dans la mesure du possible, les **ateliers collectifs se déroulant dans un lieu accueillant et chaleureux** permettant d'assurer de la convivialité sont à privilégier (Cf Axe 1).

Au cours de la 1^{ère} moitié du projet, en complément des "jeux santé" (Cf Boîte à jeux) utilisés ponctuellement lors des permanences, des **ateliers santé étaient organisés en co-animation avec un-e partenaire extérieur-e**, en dehors des temps de permanence. Ces ateliers étaient **présentés aux personnes lors des permanences et accessibles sur inscription**.

En raison de l'**organisation et du temps de préparation préalable nécessaire** qu'impliquent les ateliers co-construits et co-animés avec les partenaires, **seuls deux ateliers ont pu être menés**. Un sur la tuberculose, réalisé avec le CLAT et un sur la santé mentale, animé en collaboration avec l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Il serait toutefois **pertinent d'envisager le développement de ce type d'actions**.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- Les personnes devaient d'abord être informées de l'existence de l'atelier pour pouvoir s'y inscrire et en bénéficier.
- Un atelier organisé sur un autre temps que la permanence ne répond pas immédiatement aux besoins exprimés sur le moment.
- Si la thématique ne fait pas écho au quotidien des personnes, elle n'est souvent pas perçue comme prioritaire.
- L'instabilité de la vie quotidienne complique la planification et l'engagement dans un temps d'atelier à venir.
- Le fait que l'atelier se déroule en dehors des permanences nécessite une mobilisation supplémentaire des personnes.

Face au faible taux de participation constaté, l'équipe de médiation en santé a **réajusté son approche**. Elle a choisi de concentrer ses efforts sur le **renforcement et le développement des ateliers collectifs pendant les permanences**, en co-animation entre bénévoles et salarié-e-s.

Initialement, il était prévu de co-animer un atelier avec un partenaire extérieur lors d'une permanence, aux côtés de la médiatrice en santé salariée, mais ce volet n'a pas pu être mis en œuvre par manque de temps.

Proposer des temps collectifs uniquement pendant les permanences s'est révélé plus efficace car cela permet de **toucher un public plus large, notamment des personnes intéressées** par la thématique sans qu'elles ne soient venues spécialement pour cela.

Lorsqu'une personne doit renouveler son AME, il m'arrive de demander aux autres personnes dans le groupe si c'est également le cas pour elles. Cela donne toujours lieu à des discussions sur le sujet, voir même un atelier collectif où plusieurs personnes réalisent la même démarche en même temps.

~
Bernadette I - Bénévole

LIMITES IDENTIFIÉES

- ↳ Si les personnes viennent en permanence pour une demande précise, il est nécessaire de considérer et répondre au mieux à cette demande au préalable pour ensuite proposer de participer à un atelier. La personne sera plus disponible mentalement pour s'y consacrer.
- ↳ Le temps réellement disponible pour animer des ateliers ludiques durant les permanences est restreint : les bénévoles privilégient naturellement les réponses aux besoins individuels, reléguant l'utilisation des outils collectifs au second plan.

LEÇONS APPRIS

- ↳ Privilégier autant que possible les ateliers lors des permanences.
- ↳ Adapter les ateliers collectifs aux personnes fréquentant le lieu d'accueil et de ressources en santé. Par exemple, la Boussole était fréquentée principalement par des MNA durant la dernière année, donc les jeux de société et les "jeux santé" ont permis d'évoquer de nombreuses thématiques.

Dans la dernière année du projet, les personnes fréquentant régulièrement les permanences, au-delà de démarches ponctuelles individuelles, étaient principalement des MNA. Ce sont donc principalement elles/eux qui ont bénéficié des ateliers collectifs.

↳ *Proposer des ateliers collectifs dans les lieux fréquentés par les adultes.*

PISTES D'AMÉLIORATION

- ↳ En fonction des personnes accompagnées, les ateliers collectifs hors les murs peuvent être plus pertinents pour aborder des thématiques santé.
- ↳ La reprise d'ateliers co-construits et co-animés avec des partenaires.



LES JEUX SANTÉ, DES OUTILS LUDIQUES

Parmi les « jeux santé » mobilisés tout au long du projet, **certains ont été créés par d'autres organismes et utilisés en l'état, tandis que d'autres ont fait l'objet d'adaptations**, et plusieurs ont été entièrement conçus par l'équipe de médiation en santé, parfois en co-construction avec les personnes accompagnées.



LITTÉRATIE EN SANTÉ : CRITÈRES POUR DES JEUX SANTÉ DE QUALITÉ

- Facilité de prise en main, avec des règles simples.
- Privilégier les images et supports visuels.
- Dimension ludique des jeux.
- Jeu qui permet d'intégrer une nouvelle personne à tout moment ou au contraire de s'en extraire facilement.
- Durée d'une partie courte (maximum 10-15 min).
- Informations à jour.
- Contenu en lien avec la réalité et vécu des participant·es.
- Viser le plus possible la co-construction des outils avec le public cible.

“ Pour le jeu de l'oie sur la santé mentale, j'ai utilisé un outil conçu par le CRIPS. J'ai souhaité recueillir les impressions des personnes que nous accompagnons sur son contenu. Elles m'ont signalé que certains mots étaient trop complexes pour des personnes ne maîtrisant pas bien le français, et qu'il serait préférable de les reformuler. D'autres ont souligné que certaines affirmations résonnaient particulièrement avec leur vécu. Grâce à ces retours, j'ai pu adapter légèrement l'outil.

~
Médiatrice en santé



PLUS VALUE DU PROJET :

CO-CONSTRUCTION DE JEUX AVEC LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES



La **co-construction de jeux avec les personnes accompagnées** serait, dans l'idéal, à **privilégier** mais elle demande un investissement important en temps et en ressources. Ainsi, bien que cette approche soit souhaitable, elle n'est pas toujours réalisable.

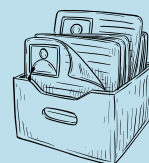
L'équipe de médiation en santé a toutefois fait appel, dans certains cas, à la participation des personnes accompagnées, notamment pour **recueillir leur avis et ajuster les outils en fonction de leurs retours**.

DIFFICULTÉ RENCONTRÉE



De nombreux jeux créés par d'autres organismes nécessitent d'être adaptés pour correspondre aux spécificités des personnes accompagnées.

BOÎTE À OUTILS : BOÎTE À JEUX



POUR ALLER PLUS LOIN :
OÙ TROUVER DES RESSOURCES ?
CRIPS, IREPS, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE



4.

COMMENT ANIMER UN ATELIER ?

Je trouve cela difficile de trouver l'équilibre entre ce qui relève du personnel et ce qui peut être partagé en groupe. Cela dépend vraiment du ressenti sur le moment, des personnes présentes, de la dynamique. Les ateliers collectifs peuvent être aussi des espaces d'échange pour les personnes, souvent seules avec leur histoire. A mon sens, il faut vraiment être dans l'observation des réactions des autres personnes du groupe. Et selon, laisser les échanges se poursuivre ou pas.

~
Médiatrice en santé

4.1. DIFFÉRENTES ÉTAPES LORS DE L'ANIMATION D'UN ATELIER COLLECTIF

1 Se préparer

- Préparer **la séance** en relisant le matériel d'animation (et la trame d'atelier si existante) ;
- Assurez-vous que **l'espace** est prêt à accueillir avant l'arrivée des participant.es : salle installée, espace dégagé, etc.

2 Poser un **cadre rassurant** : s'écouter, ne pas s'interrompre, se respecter, ne pas se juger.3 **Présentation** : présenter **l'activité/le jeu santé utilisé**, ses objectifs, sa durée.
Présenter **l'intervenant·e extérieur·e** dans le cadre d'une co-animation et les raisons de sa présence.

4 Animer et soutenir

- **Être accessible** : veiller à utiliser un langage clair, simple, accessible et adapté à la réalité des participant.es.
- **Favoriser l'empathie et l'entraide** : encouragez les personnes à échanger entre elles, partagez leurs expériences. Pour cela, encouragez le brainstorming de solutions, encouragez les participant.es à partager la façon dont ils/elles ont résolu des problèmes similaires. Si des personnes s'adressent à vous, et pas au groupe, n'hésitez pas à renvoyer des synthèses vers le groupe.
- **N'hésitez pas à faire une pause** quand vous sentez que c'est le moment.

5 Clôturer et évaluer

- Vérifier **l'apprentissage**, la **compréhension** des personnes en les questionnant si l'activité visait cela.
- Proposer une **synthèse**.
- Recueillir le **retour des personnes** : ressentis, satisfactions, axes d'amélioration...

4.2. FOCUS SUR LE RÔLE/POSTURE D'ANIMATEUR·TRICE

- L'animateur·trice est **garant·e du cadre** du groupe.
- Veiller à **répartir la parole, de manière équitable**, sans favoritisme ni discriminations, à ne pas interrompre les participant·es mais éviter que la parole soit monopolisée, identifier les personnes silencieuses et les encourager à participer sans les forcer.

→ *Il peut parfois être utile d'impliquer, d'encourager, ou de participer soi-même pour faire avancer la réflexion.*

- Encourager le **respect mutuel de l'opinion de chacun·e**. Si des membres du groupe enfreignent les règles définies collectivement, se montrent blessants ou hostiles envers d'autres membres, jugent des réactions, vous devez intervenir.

- Si vous recevez un-e des membres du groupe en entretien individuel par ailleurs, vous ne devez **utiliser aucune information transmise par la personne et respecter la confidentialité**.
- Trouver l'**équilibre entre confidentialité et partage** (Cf "Où peut avoir lieu un entretien de médiation en santé ?" - Axe 2).
- L'**animateur·trice n'est pas le·a sachant·e** ! Il/elle n'a pas pour but de « donner des leçons ». **Encourager pour laisser émerger les idées** n'est pas donner son avis. S'appuyer sur les pair·es et adopter une posture qui favorise l'intelligence collective (Cf Indispensables).
- Être animateur·trice n'implique pas de connaître toutes les réponses : **aller chercher l'information** permet aussi de montrer aux personnes comment accéder à de l'information fiable.
- L'**animation peut être tournante**, menée par une ou plusieurs personnes de manière partagée, complémentaire, en relais, etc.

➔ Il s'agit de se questionner en amont sur les rôles et fonctions de chacun·e des animateur·trice·s durant l'animation.

6 CONSEILS POUR SE SENTIR À L'AISE DANS L'ANIMATION

- 1 Réfléchir sur sa posture d'animation.
- 2 Expérimenter soi-même les outils et les méthodes : organiser des sessions de mise en situation en équipe.
- 3 Observer des personnes en posture d'animation pour analyser leurs pratiques et posture : compagnonnage.
- 4 Se former aux méthodes d'animation participative.
- 5 Se lancer ! si possible en co-animation pour commencer puis petit à petit en responsabilité.
- 6 Analyser et échanger sur sa pratique de temps en temps avec d'autres animateur·trices.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- Initier un atelier lorsque la dynamique de groupe n'est pas créée.
- Barrière de la langue : utiliser l'interprétariat téléphonique étant difficile lors d'atelier collectif, la traduction se fait par les pair·es principalement, ce qui peut être un biais de communication (Cf L'interprétariat professionnel en santé : un outil primordial pour des échanges de qualité - Indispensables).

LEVIERS D'ACTION

- Avoir recours à une personne motrice du groupe pour motiver ses pair·es.
- Lancer la dynamique de groupe avec un jeu de société (Uno, Puissance 4) ou un jeu interconnaissance si les personnes ne se connaissent pas avant de proposer un "jeu santé".
- Avoir recourt à un·e interprète en présentiel pour rendre l'atelier accessible et inclusif.

5. COMMENT ÉVALUER ET FAIRE ÉVOLUER LES ACTIVITÉS ?

L'évaluation permet par la suite de faire évoluer l'activité.

Se donner du temps pour **réfléchir aux besoins d'ajustement**.

Evaluer les besoins d'ajustement par **le feedback des personnes concernées**.

Evaluer les besoins d'ajustements par **l'observation des séances** (demander à un autre membre de l'équipe de jouer le rôle de l'observateur neutre).

Au niveau du projet, l'évaluation s'est faite principalement "**à chaud**", c'est-à-dire **immédiatement après la séance**, lors d'un débriefing en équipe. L'objectif n'est pas de revenir sur les situations individuelles des participant·es, mais bien d'**analyser collectivement le déroulé de l'activité et le ressenti des médiateur·ices en santé**.

"Comment vous êtes-vous senti.e ? Où vous avez pu vous trouver bloqué.e, déstabilisé.e, dérangé.e, gêné.e ?"

L'évaluation des ateliers collectifs par l'équipe de médiation en santé ne s'est faite qu'en **s'appuyant sur le ressenti de l'équipe et le feedback des personnes** mais sans plan d'évaluation précis.

PISTES D'AMÉLIORATION

↳ Débriefing systématique : organiser un échange à chaud après chaque atelier ou utilisation d'un outil santé.

↳ Evaluation formelle :

- Réaliser une évaluation approfondie lors des premières utilisations d'un outil et après toute modification.
- Rédiger une grille d'évaluation (type d'atelier et thématique abordée, outil utilisé, indicateurs d'évaluation etc).
- Définir les indicateurs à recueillir : quantitatifs (nombre de participant·e·s), qualitatifs (interactions observées, pertinence perçue de l'outil, progression des connaissances ou compétences, niveau de satisfaction etc).



AXE 4 :

PARTICIPER AUX ACTIONS STRUCTURANTES DU PROJET



COMMENT CONTRIBUER AUX ACTIONS STRUCTURANTES DU PROJET ?

L'APPROCHE DE MÉDIATION EN SANTÉ REPOSE AUSSI SUR DES ACTIONS STRUCTURANTES, COMME L'ANIMATION D'UN RÉSEAU PARTENARIAL, LA COORDINATION AVEC LES ACTEUR-TRICES MÉDICO-SOCIAUX-ALES ET LE PORTAGE D'ACTIONS DE PLAIDOYER. L'OBJECTIF EST D'AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS, MAIS AUSSI DE FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES.

À ANGOULÊME, L'ÉQUIPE DE MÉDECINS DU MONDE A EXPÉRIMENTÉ CES DYNAMIQUES, SOUVENT EN COLLABORATION AVEC DIFFÉRENTS PARTENAIRES, DE MANIÈRE FORMELLE OU INFORMELLE. LE TRAVAIL RÉALISÉ GRÂCE À UNE VIE ASSOCIATIVE DYNAMIQUE ET UNE MOBILISATION CONSTANTE A PERMIS DE DÉVELOPPER CES ACTIONS.

MESSAGES CLÉS

- * TRAVAILLER EN ÉQUIPE POUR CONCEVOIR, METTRE EN ŒUVRE ET SUIVRE LES ACTIONS DU PROJET.
- * CONNAÎTRE LES ACTEUR-TRICES DU TERRITOIRE POUR FORMER UN RÉSEAU EFFICACE.
- * LA DIVERSITÉ DES PARTENAIRES PERMET UNE RÉPONSE PLUS COMPLÈTE AUX BESOINS IDENTIFIÉS.
- * LES COLLABORATIONS FAVORISENT DES SOLUTIONS PÉRENNES.



1. TRAVAILLER EN ÉQUIPE DE MÉDIATION EN SANTÉ

En amont et en parallèle du travail du terrain, un **temps de coordination d'équipe** est nécessaire pour préparer, mettre en œuvre, et suivre les activités du projet de médiation en santé.

➔ **CHEZ MÉDECINS DU MONDE** La gouvernance des projets opérationnels est basée sur un modèle de **fonctionnement paritaire** affecté au cycle de projet et composé des **cadres bénévoles et salariés**.

A ANGOULÊME : L'équipe est composée de **3 salariées et d'une quinzaine de bénévoles** dont les missions sont :

- **Coordinatrice de programme** (0,80 ETP)
 - ➔ Coordination et suivi du projet, mise en œuvre opérationnelle sur le terrain.
- **Médiatrice en santé** (1 ETP)
 - ➔ Aller vers, accueil du public, prévention, accompagnements, rencontre des acteur·rices médico-sociaux.
- **Chargée d'appui à la délégation** (0,20 ETP)
 - ➔ Administratif (secrétariat, comptabilité, communication, etc.)
- **Bénévoles médiateur·rices en santé** (2 ETP)
 - ➔ Accueil / information / accompagnements / appui administratif.
- **Responsable de mission** (cadre bénévole)
 - ➔ Est garante de la vision politique de l'organisation.

En 2024, les contributions volontaires en nature (heures de bénévolat) ont été **deux fois plus importantes qu'en 2023**. Le travail mené autour du "Parcours bénévole" en 2023 a permis de **relancer et consolider la dynamique associative** en 2024 en favorisant l'intégration, l'accompagnement et la formation des nouveaux bénévoles sur le projet de médiation en santé. En 2023, l'activité bénévole représentait l'équivalent d'un emploi à temps plein (ETP), alors qu'en 2024, elle équivalait à 2 ETP. Cette augmentation signifie **l'importance d'une équipe coordonnée pour s'investir efficacement dans les activités**.

Au fil du projet, l'équipe de médiation s'est composée d'**une quinzaine de personnes bénévoles**. Chacune d'entre elles avec des **expériences diverses tant professionnelles que personnelles**, formant ainsi une équipe aux compétences et aux centres d'intérêt multiples. Cette diversité a permis une **implication variée et pluridisciplinaire**, réelle plus-value de ce projet de médiation en santé. (Cf Livret Témoignages équipe médiation en santé).

L'équipe du projet de médiation en santé travaille en **étroite coordination avec la délégation régionale Poitou-Charentes** (suivi du contexte régional, vie associative...) **et le siège de Médecins du Monde** (appui de la Direction des Opérations France (DOF), de la Direction Santé Plaidoyer (DSP) et des autres services supports).

Des temps d'échanges de qualité des pratiques et des temps de travail réguliers sont organisés entre les différents médiateur·rices en santé de Médecins du Monde, favorisant une **mise en lien et un échange d'expériences entre les équipes et les projets de médiation en santé**.

Cf. Focus sur le fonctionnement MdM : Un parcours bénévole pour les accompagner à agir dans une démarche de médiation en santé

**BOÎTE À OUTILS :
LIVRET TÉMOIGNAGES ÉQUIPE MÉDIATION EN SANTÉ**



2. DÉVELOPPER DES PARTENARIATS ET PARTICIPER À DES RÉSEAUX

En termes de partenariats, le projet de médiation en santé représente une **passerelle vers le droit commun**, et **travaille en réseau** afin de **faciliter la coordination avec les dispositifs de santé** dont la médecine de proximité, de prévention et d'accès aux droits de santé. Le projet de médiation en santé bénéficie de **différents types de soutiens et de partenariats**, et travaille en concertation avec l'ensemble des acteur·trices présent·es sur le territoire du Grand Angoulême.

ZOOM SUR LA CARTOGRAPHIE D'ACTEUR·TRICES

Pourquoi cet outil ? Pour la bonne connaissance, l'identification des partenaires et la coordination des actions.

Méthodologie de construction :

Une cartographie des acteur·trices doit à minima répondre à 5 questions :

Qui fait Quoi, Où, Quand et Pour qui ?

Élaborée à partir **d'ateliers collectifs, d'entretiens ou encore d'annuaires existants**, elle **répertorie les structures clés par domaine d'intervention** (besoins primaires, prévention, soins curatifs, santé mentale, accompagnement social). Elle permet non seulement d'identifier les ressources disponibles mais aussi d'évaluer la qualité des services proposés.

La cartographie s'organise suivant les différents enjeux d'accès aux droits et aux soins :

Besoins primaires	Prévention et promotion de la santé	Soins curatifs somatiques	Santé mentale et soutien psychosocial	Accompagnement social et accès aux droits de santé	Adapté selon public
Accueils de jour, etc	CLAT, centre de vaccination et de contraception, CeGIDD, etc	Médecins, IDE, PASS, structures hospitalières, urgences, Maison des Femmes, Police, etc	EMPP, Psy libéraux, etc		MNA : Maison des adolescents, etc

La cartographie répertorie les acteur·trices intervenant sur le territoire, en **vérifiant bien** :

- Les **services proposés** ;
- L'**adresse / localisation** ;
- Les **horaires** (et s'il y a des plages horaires sans rendez-vous) ;
- S'il y a un **accès à l'interprétariat** ;
- Si l'accueil et la prise en charge sont **respectueux des personnes LGBTQIA+** ;
- Si les **personnes sans couverture maladie sont accueillies** ;
- Les **coordonnées directes** de la personne contact, etc.

L'**implication des personnes concernées** dans la construction de cette cartographie a apporté **une plus-value indéniable**, car leurs témoignages et leurs stratégies d'accès aux soins ont permis de révéler des obstacles concrets souvent invisibles pour les professionnels. Celle-ci peut être participative. Cela peut se dérouler autour d'une table, lors d'un atelier, en posant la question aux personnes lors d'un focus groupe. Cela peut permettre d'**identifier et de localiser les problèmes du quotidien** (difficultés d'accès pour certaines catégories de population, des structures déjà identifiées avec un accueil positif ou au contraire stigmatisant...).

Cf Annexe : Principaux acteurs·trices angoumoisins·sines en lien avec le projet.



Une tendance générale au **renforcement des partenariats** est observée depuis le démarrage du projet de médiation en santé. En effet, grâce aux **réunions bilatérales et aux échanges réguliers avec les acteur-trices** favorisant ainsi une bonne interconnaissance, l'équipe de médiation en santé a réussi à **développer et consolider des partenariats solides et pérennes**, en particulier avec la PASS. Le **renforcement de certains partenariats était nécessaire** afin de faire connaître et développer la médiation en santé sur le territoire.

➤ *Cependant, les rencontres avec de nouveaux acteur-trices (MJC, CPTS, DAC...) n'ont pas été autant développées que souhaité principalement par manque de temps des ressources humaines impliquées.*

La coordination, le développement des partenariats et la participation à des réseaux requièrent du temps et des moyens humains dédiés. Cela peut s'organiser sous la forme de :

- Réunions mensuelles inter-acteur-trices,
- Partage d'informations bilatéral ad-hoc entre acteurs,
- Partage d'outils communs sécurisés contenant des informations non sensibles sur les personnes,
- Permanence commune si pertinent,
- Participation à des plateformes nationales ou collectifs inter-associatifs.

A ANGOULÊME : Médecins du Monde participe à différents **comités de pilotage et groupes de travail** et est **membre de réseaux, collectifs et conseils d'administration**. Les principales instances à intégrer pour suivre et développer les actions de médiation en santé sont le Groupe de travail Parcours prévention MNA et le Comité Départemental de Veille Sociale (CDVS).

ZOOM SUR LE PARCOURS PRIMO- ARRIVANT

La **construction du parcours primo-arrivant-e** pour les personnes majeures et les mineur-es non accompagnée-s est un **exemple concret du travail de coordination** mené avec les partenaires opérationnels du territoire.

Les échanges multilatéraux réalisés au sein du groupe de travail réunissant l'ARS 16, l'Escale, la PASS, le CeGIDD, la CPAM ont permis d'améliorer le parcours santé des personnes primo-arrivantes.

Pour les MNA, un **travail conséquent a été réalisé avec le Conseil Départemental de Charente** pour ouvrir des droits aux mineur-es non accompagnée-s dès leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance dans le cadre de l'évaluation de leur minorité. **Au démarrage du projet, cette ouverture de droits n'était pas toujours réalisée mais est aujourd'hui devenue systématique.** D'autres axes d'amélioration sont possibles tels que l'envoi à la CPAM par la cellule MNA de la décision de refus d'admission au titre de l'ASE afin de ne pas bloquer l'ouverture des droits.

De même, des échanges ont été initiés avec la **Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) de la Charente** afin que la **coordination des acteurs médico-sociaux puisse être améliorée** dans le cadre de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des mineur-e-s non accompagnée-s. Malgré l'intérêt, le manque de temps n'a pas permis de développer de coopération.

DIFFICULTÉ RENCONTRÉE

- La création de liens et de possibles partenariats avec des structures plus éloignées ou non intégrées en amont du projet s'avère chronophage et complexe à mettre en place, malgré la nécessité et la pertinence identifiées de ces nouveaux partenariats.



PLUS VALUE DU PROJET :

IDENTIFIER ET SUIVRE LES PERSONNES PERDUES DE VUE POUR LESQUELLES IL EST COMPLEXE DE GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DE QUALITÉ

PISTE D'AMÉLIORATION



Pour que le réseau soit pérenne et efficient à long terme, il serait intéressant de formaliser les partenariats, avec des objectifs clairs et définis pour chaque structure, permettant de contractualiser le réseau.

Cf. Annexe : Principaux comités de pilotages, collectifs, réseaux et conseils d'administration

DES PARTENARIATS AVEC DEUX ACTEURS CLÉS : L'ARS ET LA PASS

Au cours de la mise en œuvre du projet de médiation en santé sur le territoire du Grand Angoulême, l'équipe de Médecins du Monde a tissé **plusieurs collaborations et partenariats avec des institutions**, dont l'ARS et l'hôpital. Ces deux partenariats formalisés dès le démarrage du projet et consolidés lors de la mise en œuvre, ont permis de **faciliter la réalisation des activités, ainsi que leur transfert** vers des acteurs du droit commun.

Dès le démarrage, la **Direction Départementale de l'ARS de Charente (DD16)** a **soutenu politiquement et financièrement** le projet de Médecins du Monde en subventionnant le poste de médiateur·trice en santé.

Un **partenariat structuré et conventionné** a permis à l'équipe de médiation en santé, à la PASS et à l'unité prévention et promotion de la santé de la DD16 de collaborer étroitement dans la mise en œuvre et le suivi du projet. Les **échanges réguliers, les rencontres bilatérales, ainsi que les visites sur le projet** ont permis de développer une **solide interconnaissance des acteurs et des activités** menées par Médecins du Monde, une collaboration de proximité et de bonnes relations partenariales.

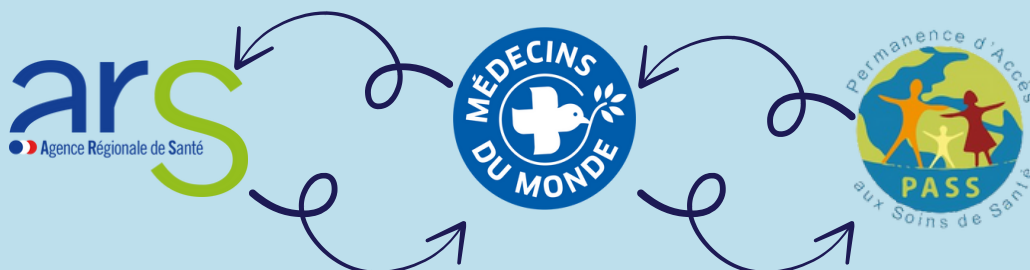
Le projet porté par Médecins du Monde a démontré **sa pertinence et son utilité pour l'accès à la santé des personnes en situation de précarité** sur le territoire du Grand Angoulême. Médecins du Monde n'ayant pas vocation à s'implanter durablement, l'équipe de médiation en santé a mené, en partenariat avec l'ARS, une **réflexion sur une stratégie de transfert du projet** qui permettrait d'en assurer sa pérennité.

À la suite du développement de la médiation en santé par Médecins du Monde, l'unité prévention et promotion de la santé de la **DD16** a été convaincue de la nécessité de la développer encore davantage. Elle a joué un rôle pro-actif dans la **définition et la mise en œuvre de la stratégie de transfert du projet vers des acteurs du droit commun**. Privilégiant le développement de postes de médiateur·rices en santé directement au niveau des PASS, **l'ARS a proposé d'envisager un transfert des activités de médiation en santé vers la PASS du Centre Hospitalier d'Angoulême (CHA)**.

Après avoir rencontré l'équipe de la PASS du CHA pour évoquer cette possibilité, l'unité prévention et promotion de la santé de la DD16 a organisé une **rencontre entre la direction de la DD16 et la direction du CHA** qui a accepté cette proposition de transfert du poste de médiateur·rice en santé de Médecins du Monde.

L'**identification de l'acteur reprenneur et le scénario de transfert** envisagé ont été **initiés et fortement portés par l'ARS** permettant ainsi de garantir la pérennité de la médiation en santé sur le Grand-Angoulême.

En parallèle, un **travail de capitalisation et de diffusion** de cette expérience a été réalisée par l'équipe de médiation en santé afin de **faciliter le transfert des activités** vers la PASS et permettre l'essaimage de cette méthode d'intervention répliquable et adaptable à d'autres territoires d'intervention.



FOCUS MNA

LES FAMILLES D'ACCUEIL, DES PARTENAIRES CLÉS

Le **contact avec les familles d'accueil est quasiment quotidien**. Elles peuvent solliciter l'équipe de Médecins du Monde pour des demandes d'informations, informer de l'état de santé d'un·e jeune, se coordonner pour un accompagnement à un rendez-vous médical, etc.

En lien avec l'AADMIE, l'enjeu est de **sensibiliser les familles à toujours prendre contact et/ou orienter vers Médecins du Monde en cas de problématique liée à la santé et aux droits de santé**.

OBJECTIFS

- Permettre aux MNA d'**identifier Médecins du Monde comme acteur ressource en santé** car, pour la plupart, ils/elles n'ont pas de famille d'accueil pérenne.
- **Sensibiliser les familles d'accueil**, notamment sur l'AME (indispensable pour les rendez-vous, conventionnement des professionnel·les, absence d'avance de frais, etc), et sur la question du ou de la représentant·e légal·e.

LIMITE IDENTIFIÉE

↓ Certaines familles, notamment pour des raisons d'éloignement géographique entre leur domicile/école/Médecins du Monde, propose de réaliser les démarches administratives, d'accompagner à des rendez-vous. Cette modalité ne garantit pas une visibilité complète sur la qualité de l'accompagnement et des démarches effectuées

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- Accueillir un MNA, en raison de son parcours migratoire et de son histoire de vie, peut représenter une difficulté aussi bien pour le/la jeune que pour la famille.
- Au cours du projet, des contextes de violence ont été identifiés et pour lesquels des IP et signalements ont été réalisés par l'équipe de médiation en santé.

BONNES PRATIQUES

POUR UNE ACTION COORDONNÉE MNA, FAMILLES D'ACCUEIL ET MÉDECINS DU MONDE

- ✓ Être vigilant·e à toujours remettre le/la jeune au centre de l'accompagnement et des décisions car ce n'est ni à Médecins du Monde ni aux familles de décider à leur place. Notre rôle est de les informer.
- ✓ Privilégier la venue dans les locaux de Médecins du Monde pour des démarches et questions relatives à la santé.
- ✓ Rappeler lors des temps de rencontre avec les jeunes, le lieu de ressources en santé comme un lieu sécurisé et sécurisant pour échanger.
- ✓ Être attentif aux jeunes pour savoir comment cela se passe dans leur famille d'accueil et comment ils/elles se sentent.
- ✓ Respecter la confidentialité des informations médicales.
- ✓ Se former/Renforcer les capacités des acteurs accompagnant les MNA (familles solidaires, associations).

3. PARTICIPER À LA VEILLE SANITAIRE ET SOCIALE DU TERRITOIRE

La **connaissance fine des besoins et ressources locales** est indispensable pour **orienter les personnes** en situation administrative précaire vers le droit commun et renforcer leur autonomie en santé.

Un premier enjeu a été de **mieux connaître le territoire et les ressources disponibles** afin de proposer aux personnes migrantes des orientations adaptées et pertinentes.

Pour participer à la veille sanitaire et sociale du territoire, et faciliter la coordination entre les différents partenaires opérationnels, **la cartographie des acteur·trices du territoire s'est révélée être un outil essentiel** (Cf Zoom sur la cartographie d'acteur·trices - Axe 4).

Dans ce cadre, des **échanges réguliers et des réunions partenariales sont organisés** avec les partenaires opérationnels, aussi bien institutionnels qu'associatifs, tels que l'ARS, la PASS, la CPAM, le CEGGID, le CLAT, et l'AFUS16.

4. COLLECTER ET REMONTER LES DYSFONCTIONNEMENTS TERRITORIAUX

Un deuxième volet du travail a consisté à **identifier et à faire remonter les dysfonctionnements** constatés dans les parcours de santé afin de contribuer à la levée de ces obstacles. Grâce à un **tableau de suivi**, l'équipe a pu documenter les difficultés rencontrées.

Les **principaux dysfonctionnements identifiés** dans l'accueil et la prise en charge du public sont :

- la coordination du parcours de santé des MNA,
- l'accès à la médecine de ville,
- l'accès à l'interprétariat professionnel,
- la prise en charge en santé mentale à long terme,
- la compréhension du système de santé et du parcours de prévention,
- le nonaccès à un travailleur social de droit commun,
- l'accès à des soins dentaires,
- le renouvellement des droits en santé.

Concernant les MNA, Médecins du Monde a pu lors d'une rencontre, **sensibiliser le 7ème Vice-Président du Département en charge de la santé**, sur les **difficultés rencontrées par les jeunes** dans la réalisation d'un parcours de santé, ainsi que sur leurs conditions de sortie et de vie après la contestation de leur minorité. Cette rencontre avait également été l'occasion d'échanger sur **la question de la désertification médicale** et des actions et dispositifs, tels que les centres de santé, mis en œuvre par le Département pour y faire face.

Ces éléments, partagés avec les institutions locales, ont contribué à améliorer certains dispositifs, comme la **création de consultations communes CLAT - CEGIDD - PASS** ou la **mise en place de groupes de travail dédiés aux MNA**.

CHEZ MÉDECINS DU MONDE

Il est important de vérifier la qualité des services fournis par les différent-es acteur·rices (via la visite des structures, des rencontres régulières) afin de s'assurer que les pratiques des acteur·rices vers lesquelles les orientations sont faites sont inclusives et non discriminantes (préalable fondamental pour Médecins du Monde). La vérification de la qualité intègre le respect de la confidentialité, des principes éthiques et des principes directeurs tels que le respect, la non-discrimination, la sécurité, la confidentialité.

DIFFICULTÉ RENCONTRÉE

➤ Cette démarche n'a pas été sans difficulté, car il est délicat de signaler des dysfonctionnements concernant des structures qui sont aussi partenaires. Néanmoins, le choix d'une remontée factuelle et régulière a permis d'asseoir la légitimité de Médecins du Monde dans ce rôle d'alerte.

PLUS VALUE DU PROJET :

GRÂCE À SON PROJET ASSOCIATIF ET À SON INDÉPENDANCE FINANCIÈRE, MÉDECINS DU MONDE DISPOSE D'UNE LIBERTÉ DE PAROLE QUI LUI PERMET DE PORTER AU NIVEAU TERRITORIAL DES CONSTATS ET DES ALERTES SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS OBSERVÉS. CETTE CAPACITÉ D'INTERPELLATION EST MOINS ACCESSIBLE À D'AUTRES STRUCTURES, DONT L'ANCRAGE INSTITUTIONNEL LES CONDUIT POTENTIELLEMENT À UNE EXPRESSION MOINS AISÉE.

ALERTER LES AUTORITÉS COMPÉTENTES



Médecins du Monde ayant pour missions de **témoigner, plaider et accompagner le changement social**, ce projet a également exercé un **rôle d'alerte auprès des autorités compétentes** sur les difficultés et dysfonctionnements rencontrés par le public cible.

Le manque de sensibilisation et formation des professionnel·les médico-sociaux aux spécificités des publics en situation de précarité.



Une sensibilisation des professionnel·les lors d'un accompagnement physique ou à posteriori lors d'un appel téléphonique, pour appuyer et illustrer la nécessité de connaître ces spécificités.

Des demandes abusives ou des anomalies lors de l'ouverture des droits en santé.



Des contacts réguliers avec la CPAM (par mail, téléphone ou en présentiel) permettent de faire remonter les dysfonctionnements observés (demandes de pièces abusives, dossiers perdus)

Les risques pour la santé des personnes accompagnées (lieu de vie insalubre par exemple).



Une lettre ou un mail peut être rédigé pour alerter d'un évènement impactant la santé de l'ensemble d'un groupe de personnes. Par exemple, l'arrêt de l'hébergement des MNA par une structure peut faire l'objet d'une alerte auprès du Conseil Départemental, de l'ARS et de la mairie.

L'équipe de médiation en santé est en contact avec les professionnels du 115 afin d'assurer une proximité entre le lieu d'hébergement et le suivi médical des personnes concernées.

Alertes sur certaines pratiques pouvant avoir un impact sur la santé.



Lors de rencontres partenariales les dysfonctionnements sont signalés aux structures (sortie de l'ASE avant lecture du tubertest par exemple).

5. PARTICIPER À L'AMÉLIORATION DES POLITIQUES DE SANTÉ

En 2023, Médecins du Monde a identifié **3 changements nécessaires** pour répondre aux difficultés rencontrées par le public cible.

- 1 Le département s'assure que les jeunes soient informés sur leurs droits en santé et où s'orienter à la sortie de l'ASE, qu'ils aient des droits ouverts à leur sortie de l'ASE, et que les partenaires aient les informations leur permettant une prise en charge effective des jeunes.
- 2 La MDS et le CCAS ouvrent l'accompagnement social aux personnes en situation administrative précaire.
- 3 Les agents d'accueil de la CPAM sont sensibilisés aux spécificités du public accueilli par Médecins du Monde et mettent à disposition un formulaire d'AME et une plaquette d'information à l'accueil.

Afin d'atteindre les changements visés, il existe **différents leviers** qu'il est possible d'activer de façon combinée pour informer et alerter :

- les outils de **communication**,
- la mobilisation de l'**opinion publique**,
- le **lobbying** (influencer les actions, les politiques ou les décisions),
- le **recours** au contentieux.

Au cours de l'année **2024-2025**, Médecins du Monde a axé son action sur le **lobbying** et plus précisément la **rencontre avec des décideur-es politiques et/ou des acteur-trices clés pour les sensibiliser aux difficultés rencontrées**.

En 2024-2025, Médecins du Monde a poursuivi les **deux plaidoyers** suivants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des MNA et des personnes en situation administrative précaire sur le territoire et ainsi faciliter la reprise des activités par les structures reprenneuses.

CONCRÈTEMENT, CELA S'EST TRADUIT PAR :

Une **réunion interacteurs animée par l'ARS16** et réunissant les différents acteurs concernés par le parcours de santé des MNA (l'Escale, la PASS, le CeGIDD, la CPAM). Cette rencontre a été l'occasion de **faire le point sur les pratiques respectives et les enjeux de coordination entre les acteurs**. En effet depuis 2023, il est acté et recherché la réalisation d'un parcours de prévention dès l'arrivée des jeunes au sein de l'Escale, parcours coordonné par l'IDE et la structure en lien avec la PASS (Cf Zoom sur le parcours primo-arrivant - Axe 4).

Organisation et/ou participation à des réunions et instances qui ont permis de **sensibiliser des acteurs et/ou des décideurs** à certains des axes de plaidoyer portés. C'est ainsi qu'en fin d'année, l'équipe est intervenue lors d'un Conseil d'Administration de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine (ISNAR-IMG) afin de présenter le plaidoyer de Médecins du Monde sur l'Aide Médicale d'Etat. Par ailleurs, Médecins du Monde organise chaque année auprès des partenaires opérationnels et financiers, un **temps de présentation et d'échanges autour du rapport d'activités de l'année écoulée**.

1. **Prise en compte des besoins spécifiques des MNA et des adultes** en situation administrative précaire **par la CPAM**, notamment à l'accueil.
2. **Coordination du parcours santé des MNA et transmission d'informations santé aux jeunes à leur sortie de l'Escale** (des points d'amélioration sont constatés mais restent encore à consolider).

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- Une fin de non-recevoir ayant été reçue en 2023 de la part du CCAS concernant l'accompagnement social prodigué par la MDS et le CCAS auprès des personnes en situation administrative précaire, Médecins du Monde a fait le choix de ne pas prioriser cet axe de plaidoyer en 2024/2025.
- Dû au turn-over des équipes des structures de santé, notamment la CPAM, l'équipe a constaté qu'il était nécessaire de continuellement sensibiliser les professionnel·les (agents d'accueil, etc), nécessitant une implication chronophage et répétitive.

BONNES PRATIQUES

POUR MENER DES ACTIONS STRUCTURANTES DU PROJET

- ✓ Connaissance des structures médico-sociales du territoire afin d'identifier leur rôle dans la médiation en santé (missions et mandats) pour adapter des collaborations et identifier des alliés de la médiation en santé.
- ✓ Organiser des temps d'échange individuels et collectifs avec les partenaires pour une communication optimale (évolution projet, actions collectives, etc).
- ✓ Déterminer des actions en équipe pluridisciplinaire tout au long du projet afin de mettre en place une coordination dans les activités et le suivi du parcours de santé.
- ✓ Ne pas se substituer aux mandants existants sur le territoire, mais agir pour leur développement et pérennisation.
- ✓ Formaliser et clarifier les cadres des partenariats.





CONCLUSION



CONCLUSION DE CE PROJET

Ce travail de capitalisation a permis à Médecins du Monde de prendre le recul nécessaire pour formaliser les leçons de leurs 5 années d'expérience collective. En faisant le **choix de se mobiliser pour les partager avec d'autres professionnel·les du secteur médico-social**, l'équipe de médiation en santé poursuit le **processus de transmission engagé dès le démarrage du projet**.

Leur démarche met notamment en évidence que **la médiation en santé est une démarche accessible à toutes les personnes professionnel·les ou bénévoles** de la santé et du social, qui souhaitent s'y lancer. Les moyens humains et financiers à mobiliser sont à la fois accessibles et efficaces.

Pour autant, cette capitalisation nous montre aussi que **la médiation en santé ne doit en rien être considérée comme une approche évidente de l'accès à la santé**. C'est une démarche qui **ne s'improvise pas** et requiert un séquençage rigoureux. Elle exige surtout qu'on s'en approprie les enjeux et nécessite une **attitude d'ouverture et de non-jugement**.

La médiation en santé est aussi une **démarche qui se conçoit collectivement**, d'abord en équipe, puis en partenariat. Elle demande un **bon maillage territorial, des liens interacteurs de qualité et de solides mécanismes de coordination** (formels ou non). Elle suppose également un savoir-faire, un savoir-être et une démarche méthodique, tout particulièrement lors des premières prises de contact avec les personnes concernées.

Dans une **logique de non-substitution et afin de participer à l'amélioration des politiques de santé**, Médecins du Monde souhaite faire en sorte que les activités actuellement effectuées auprès des MNA et des adultes en situation administrative précaire dans le Grand Angoulême puissent faire l'objet d'une réponse adaptée par d'autres acteur·trices du droit commun. Plus précisément, il s'agit des volets suivants :

- **L'accompagnement des MNA et des personnes en situation administrative précaire dans le cadre de leur accès aux droits et aux soins, notamment via une collaboration étroite avec les acteurs santé de droit commun. Le transfert de ce volet d'activités est prévu vers la PASS d'Angoulême à la fin de l'année 2025 ;**
- **L'espace d'accueil et le lieu-ressources en santé "La Boussole" pour les MNA et les adultes en situation administrative précaire.**

Le travail effectué auprès des personnes en situation administrative précaire et en lien étroit avec les acteurs du territoire permet de favoriser le transfert du projet de médiation en santé ainsi qu'à l'équipe MdM de se projeter sur la mise en place d'un nouveau projet répondant à d'autres besoins en santé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTES DES CONTRIBUTEUR-TRICES

Alain Gouneau	Bénévole Médecins du Monde
Arlette Ordronneau Latournerie	Membre du Collège Régional et Bénévole Médecins du Monde
Amélie Brunet	Chargée d'appui à la délégation régionale Médecins du Monde
Bernadette Cazenave	Responsable de Mission, membre du Collège Régional et Bénévole Médecins du Monde
Bernadette Imbert	Membre du Collège Régional et Bénévole Médecins du Monde
Camille Boittiaux	Référente appui technique et plaidoyer MNA DSP Médecins du Monde
Catherine Schwartz	Bénévole Médecins du Monde
Emilie Dubuisson	Chargée de suivi des opérations DOF Médecins du Monde
Jean-Luc Dubois	Membre du Collège Régional et Bénévole Médecins du Monde
Jean-Luc Poitoux	Bénévole Médecins du Monde
Julien Chauveau	Référent Evaluation & Capitalisation DSP Médecins du Monde
Marion Mottier	Référente santé DOF Médecins du Monde
Muriel Bessard Duparc	Bénévole Médecins du Monde et co-responsable de Mission
Ouassila Messaour	Bénévole Médecins du Monde
Pauline Bignon	Référente Empowerment DSP Médecins du Monde

ANNEXE 2 : LISTE DES ACTEUR-TRICES MOBILISÉ-ES DANS LE CADRE DU PROJET

La PASS

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé est une structure du Service Accueil Urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême. Elle propose une prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité, en accueillant toute personne en difficulté médico-sociale nécessitant des soins, une écoute, des conseils. Les personnes peuvent bénéficier d'une consultation de médecine générale, de soins dentaires, de consultations psychologiques ou encore gynécologiques. La PASS coordonne la prise en charge médico-sociale avec les partenaires de ville.

La PASS est un partenaire clé des actions de Médecins du Monde dans la région. Il est également l'acteur repreneur du projet de médiation en santé (volet accompagnement Médiation en Santé).

L'ARS

L'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine définit et met en œuvre la politique de santé par le biais de prises en soins médico-sociales, de prévention et de promotion de la santé. Mobilisée sur le territoire pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité administrative, c'est un partenaire clé pour Médecins du Monde sur ce projet, en tant que lien avec les structures de santé.

AADMIE

L'Association d'Aide et de Défense des Mineurs Isolés Etrangers œuvre pour promouvoir les droits des mineurs isolés étrangers, dans le respect des droits fondamentaux et de la Convention des droits de l'enfant. Le but est de les accompagner dans l'accès à leurs droits (reconnaissance de minorité, scolarisation, hébergement, besoins quotidiens). Durant tout le projet, les mineurs représentaient plus d'un tiers de la file active. L'AADMIE est devenu un partenaire clé pour coordonner la prise en charge de ces personnes sur tous les plans.

BAOBAB

L'association BAOBAB agit dans la promotion des droits des étrangers et de leur famille dans le respect des droits fondamentaux. Elle apporte un soutien d'écrivain public et d'aide juridique, participe à la lutte contre la xénophobie et pour les échanges interculturels. Cette association est un partenaire clé puisqu'il permet de coordonner la prise en charge juridique et médicale sur le territoire.

CIJ

Le Centre Informations Jeunesse à Angoulême accueille des jeunes de tous âges pour un accès à l'information libre et anonyme sur de nombreuses thématiques telles que l'enseignement, la formation professionnelle, emploi, la société et vie pratique, les loisirs, etc. Le lieu est un espace d'échanges et d'accès aux informations, qui se complète avec le lieu de ressources en santé du projet, faisant du CIJ un partenaire clé.

CPAM

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie est un interlocuteur phare dans le projet de médiation en santé. Des échanges réguliers permettent d'identifier les dysfonctionnements du parcours médico-social et d'assurer une prise en charge administrative dans la région.

ECLAIRCIE

L'Eclaircie est un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale qui permet une aide socio-éducative aux personnes ou familles en grandes difficultés sociales. Cette structure accueille toute personne en journée, pour des distributions de repas, une demande de domiciliation, des démarches administratives, etc. C'est un partenaire clé pour ce projet, permettant une coordination des parcours des personnes accompagnées.

OMEGA

L'association OMEGA propose un dispositif de médiation sociale pour assurer le rôle d'interface, de lien entre la population et les institutions, ainsi que de permettre l'accès de la population à l'exercice de ses droits élémentaires. Cette association a été un partenaire clé pour une cohésion de médiation sur tous les domaines et non que médicosociale.

Les professionnel·les de santé

Malgré le fort manque de professionnel·les de santé dans la région, certain·es ont été de réelles ressources pour orienter les personnes accompagnées par le projet. Ainsi, la prise en soin a pu être assurée au mieux.

ANNEXE 3 : OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS RÉFÉRENCÉS PAR LA HAS

SOURCE : RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES. LA MÉDIATION EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DES SYSTÈMES DE PRÉVENTION ET DE SOINS. OCTOBRE 2017. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.

Obstacles liés au système :

- difficultés d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie ;
- difficultés d'accès à l'offre de soins ;
- difficultés d'accès liées à la barrière numérique ;
- manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes ;
- manque de recours à l'interprétariat professionnel ;
- difficultés à prendre en charge les personnes en situation de précarité ;
- discrimination rencontrée à l'encontre du public-cible et refus de soins (racisme, vision culturaliste) ;
- absence de professionnels de santé sur le territoire.

Obstacles liés au public-cible :

- manque d'information ou méconnaissance sur l'existence des dispositifs de droit commun, des offres de soins et de prévention présentes sur le territoire mais aussi des ressources disponibles pour les aider à y accéder ;
- difficultés d'accessibilité (distance, mobilité et raisons financières) ;
- difficultés à se repérer dans le temps pour honorer les rendez-vous ;
- difficultés de communication (langue étrangère, illettrisme) et difficultés à exprimer ses besoins (incompréhensions d'ordre linguistique ou culturel) ;
- méfiance dans les rapports avec les professionnels de santé et le système de soins (crainte d'effets induits, de stigmatisation de discrimination) ;
- manque de priorisation de la part du public cible en défaveur de leur santé (non-adhésion aux principes de l'offre, intérêt divers, manque d'intérêt pour l'offre coût/avantage, estime de soi).

ANNEXE 4 : PRINCIPAUX ACTEUR-TRICES ANGOUMOISIN-ES EN LIEN AVEC LE PROJET

Nom du partenaire	Type de partenariat
Financiers	
ARS	Soutien financier
CPAM	Soutien financier
Département de la Charente	Soutien financier
Ville de Jarnac	Soutien financier
Fondation Agir en Charente-Périgord	Soutien financier
Fondation Solidarité et Développement du Crédit Agricole	Soutien financier
Institutionnels	
PASS Angoulême	Accès aux soins
CLAT	Accès aux consultations de dépistage de la tuberculose
CEGGID	Accès aux contrôles de prévention VIH, hépatites
CPAM	Accès aux droits des personnes à une couverture maladie
Ville d'Angoulême	Participation au Contrat Local de Santé
Médicaux / Paramédicaux	
Médecine de proximité	Accès aux soins
Associatifs	
ISM Interprétariat	Interprétariat payant
Ensemble du réseau associatif intervenant dans le domaine médico-social : Eclaircie, Oméga, Afus16, Croix-Rouge française, Secours Catholique, Secours Populaire, Banque Alimentaire...	Toutes les aides non médicales et médicales (hébergement, accès aux droits, repas, vestiaires, prothèse, etc.)

ANNEXE 5 : PRINCIPAUX COMITÉS DE PILOTAGE, COLLECTIFS, RÉSEAUX ET CONSEILS D'ADMINISTRATION

COPIL
Groupe de travail Parcours prévention Mineurs Non-Accompagnés (MNA)
Comité de Pilotage de la Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS) d'Angoulême
Comité de Pilotage des Lits Halte Soins Santé (LHSS)
Contrat Local de Santé d'Angoulême
Contrat Local de Santé Mentale d'Angoulême
Comité Départemental de Veille Sociale (CDSV) - (Angoulême Solidarité, AFUS16, OMEGA, Eclaircie, le CCAS, DDETSPP...)
Collectifs / Réseaux
Réseau de la Maison des Peuples et de la Paix (MPP)
Comité de soutien des sans papiers
Réseau de prévention des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés de Charente (RMF16)
Etat Généraux des Migrations 86
Conseils d'Administration
Membre du Conseil d'Administration de l'Eclaircie
Membre du Conseil d'Administration de l'AADMIE

BOÎTE À OUTILS

PROJET MÉDIATION EN SANTÉ



AXE INDISPENSABLES

- Fiche "La médiation en santé par la H.A.S"
- Fiche pratique "L'aller-vers"
- Fiche pratique "Promotion de la santé et démarche communautaire en santé"
- Fiche pratique "Les postures de l'intervenant à MdM"
- Modules de formations médiation en santé (Diapos)
- Schéma "Parcours d'une personne en médiation en santé"
- Vidéo Ebriefing médiation en santé (<https://360.articulate.com/review/content/8f88fea5-0431-4767-897c-cb5b380b4fbd/review> - Code d'accès : MDM)
- Parcours bénévoles
- Grille d'analyse de la pratique

AXE 1 : (RE)CRÉER LA RENCONTRE AVEC LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Plan modulable du local (Photos)
- Tableau de suivi "Aller-Vers"

AXE 2 : FACILITER LA COORDINATION DU PARCOURS DE SANTÉ

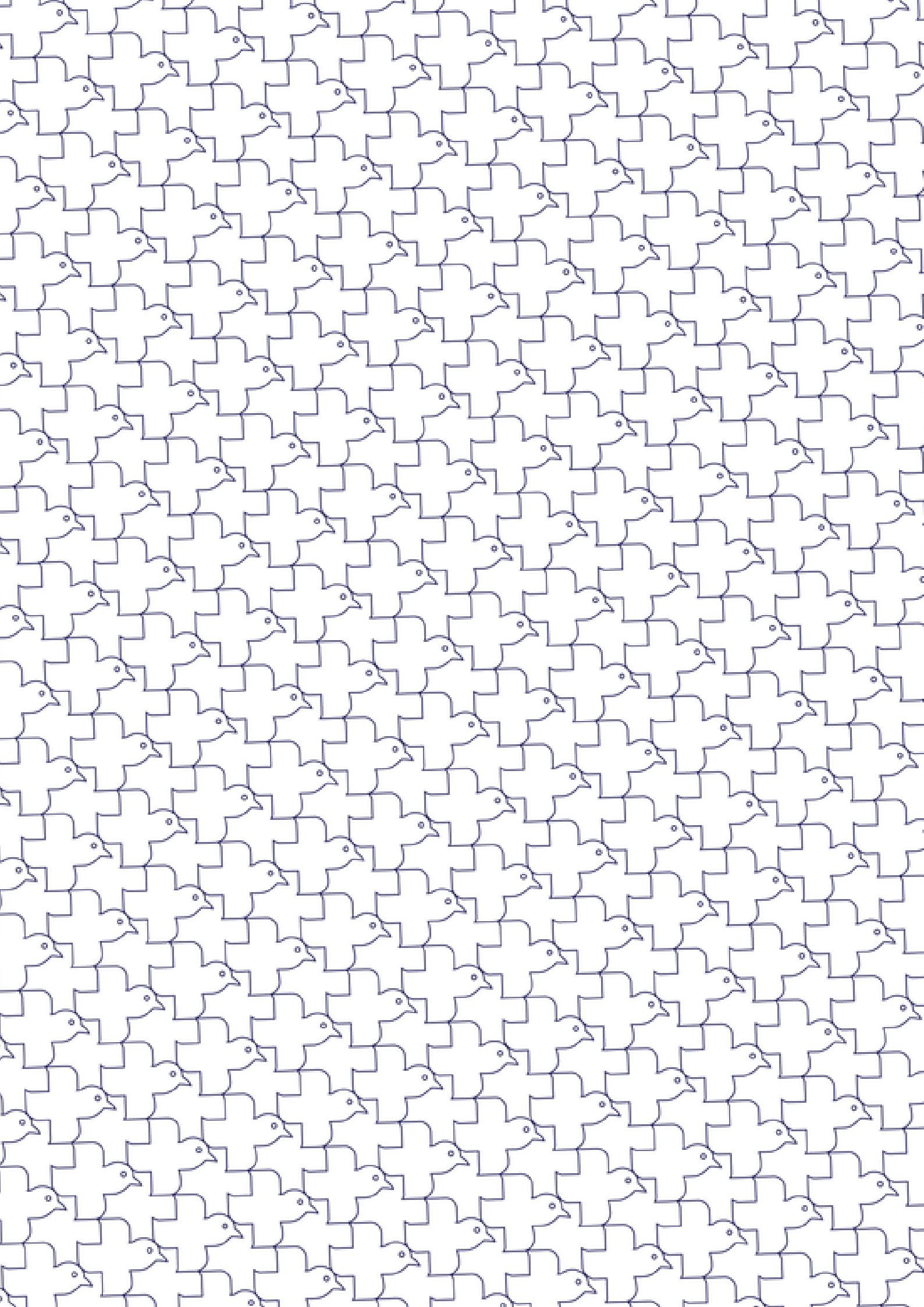
- Fiche indicateurs autonomie
- Pochette accompagnement (bleue)
- Fiche 1er entretien
- Fiche entretien de médiation
- Carnet de santé
- Carte Angoulême (réalisée par les personnes) (Photo)
- Classeur d'orientation
- Carte du Monde avec traductions salutations (Photo)
- Livret soignants du programme MNA
- Procédure d'accueil MNA primo-arrivant-e
- Notes ARS Ile de France & Pays de la Loire

AXE 3 : FAVORISER DES ACTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

- Identification des thématiques de santé par les personnes concernées
- BD Santé (Prise de sang, Radio, Vaccination)
- Boîte à jeux

AXE 4 : PARTICIPER AUX ACTIONS STRUCTURANTES DU PROGRAMME

- Tableau collecte des difficultés d'accès aux soins et aux droits
- Cartographies des orientations sociales et santé
- Annuaire acteurs-trices locales





**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**