



# PRATIQUES DE MÉDIATION EN SANTÉ À MONTPELLIER

Rapport d'enquête 2024 - 2025



# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	3
--------------------	---

LES POSTES DE MÉDIATEURS ET MÉDIATRICES EN SANTÉ .....	5
---	---

• Formation .....	6
• Profil des publics accompagnés .....	6
• Dates de prises de poste .....	7
• Temps de travail .....	7
• Financement du poste .....	7
• Besoins auxquels le poste vient répondre .....	8

DESCRIPTION DES MISSIONS DE MÉDIATION EN SANTÉ .....	9
--	---

• Le référentiel HAS (2017) .....	9
• Objectif de la médiation .....	10
• Description des missions .....	11
• Rôle, posture et cadre déontologique .....	17
• Exemples d'accompagnements réalisés .....	23

RÉSEAU LOCAL .....	25
--------------------	----



# INTRODUCTION

## Contexte

Dans le cadre de l'axe 5 du Contrat Local de Santé (CLS) de Montpellier « Santé des populations en situation de précarité », le CODES 34 a été mobilisé pour la réalisation d'une **enquête sur les pratiques de médiation en santé à Montpellier**.

Les objectifs de la démarche étaient les suivants :

- Illustrer les pratiques de médiation en santé à Montpellier en présentant qui sont les médiateurs et médiatrices et en quoi consiste leur fonction.
- Sonder l'intérêt des personnes ayant une mission de médiation en santé pour participer à un réseau animé dans le cadre du CLS, qui permettrait l'échange de pratiques et la montée en compétences.

## Méthode

Pour ce faire, le CODES 34 a sollicité un entretien semi-directif auprès de structures identifiées par le CLS et par la délégation de l'Hérault de l'Agence Régionale de Santé comme ayant soit un poste de médiateur ou médiatrice en santé, soit assurant une mission qui s'apparente à de la médiation en santé.

Les 14 entretiens se sont déroulés entre décembre 2024 et avril 2025. Les personnes interviewées sont les suivantes :

STRUCTURE	PERSONNES
Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Delphine VISSAC, médiatrice santé
Médecins du Monde	Victor DUPERRET, Coordinateur du programme Rosela Clémentine ETIENNE, Coordinatrice du centre d'accueil de soins et d'orientation Marie FERRE, Coordinatrice Régionale Sylvie MARCHAND, Bénévole responsable de la mission santé-habitat
Dispositif santé globale, Regain (Adages)	Catherine CELDRAN et Fleur CASTELNAU, Infirmières de santé globale Antonio DA SILVA, Médecin
SAMU Social	Elodie TERNAT, Infirmière coordinatrice
CODES 34	Esther JANSMA, Médiatrice santé
Human Santé	Matthys ASCOLA et Nasser AMADOU, Médiateurs en santé accueillants
Quartier Santé Lemasson	Jérémy MALEK-LAMY, Coordinateur



STRUCTURE	PERSONNES
La Cimade	Camille COUTURIER, Coordinatrice
Ecole des Parents et des Educateurs de l'Hérault	Kelly Ramondou, Médiatrice en santé mentale
AREA	Laure SANCHEZ, Assistante sociale Tania BONVIN, Educatrice spécialisée
Centre APAJ	Jennifer PIQUET, Médiatrice santé sur les quartiers Marels/Montaubérou et Référente du Programme de Réussite Éducative
Maison de Santé Pluriprofessionnelle Montpellier Sud	Camille BOUQUILLON, Médiatrice de santé
Envie	Victor GALARRAGA-OROPEZA, Médiateur en santé / Interprète médico-social
Gammes Santé	Dimitri COURNEDE, Directeur du Pôle Autonomie à Domicile - Santé Delphine PERRE, Infirmière en Pratiques Avancées

D'autres structures ont été contactées mais il n'a pas été possible d'organiser un entretien.

## Ce rapport

Le présent document s'organise en fonction des questions posées lors de l'entretien :

### Informations générales sur les contours du poste

- Dénomination du poste
- Dates de prises de poste
  - Temps de travail
- Financement du poste
  - Profil des publics accompagnés
  - Formation
- Besoins auquel le poste vient répondre

### Description des missions de médiation

- Objectifs
- Types de missions
- Rôle du médiateur·rice en santé
  - Exemples d'accompagnement
- Appropriation du référentiel HAS
- Articulation avec d'autres services

### Réseau local

- Lien avec d'autres structures
- Attentes vis-à-vis du réseau/groupe de travail animé par le CLS

En Octobre 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a produit un « **Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques sur la médiation en santé** pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. ».

Les données des entretiens sont mises en perspectives vis-à-vis de ce référentiel, dont certaines parties sont extraites dans les **bulles en rose** comme celle-ci.



# LES POSTES DE MÉDIATEURS ET MÉDIATRICES EN SANTÉ

Il y a plusieurs approches de la médiation en santé dans les pratiques :

- Est partie intégrante des missions, de façon transversale
- Est une partie des missions en parallèle d'autres missions
- Se retrouve dans les pratiques sans être nommée comme telle
- Est faite par défaut car personne d'autre ne le fait (auprès de ce public/dans ce contexte)

Les entretiens ont permis de rencontrer **9 personnes** (3 hommes, 6 femmes) ayant une fonction de médiateur ou médiatrice en santé à Montpellier, issues des structures diverses :

- Centre de santé Human santé
- Centre de santé GAMMES
- Centre Apaj
- CODES 34
- Envie
- Ecole des parents et des éducateurs
- MSP Les Cévennes
- MSP Montpellier Sud.



D'autres structures sont identifiées comme faisant de la médiation de santé sans qu'il y ait un poste dédié de médiateur ou médiatrice santé. Les postes sont alors soit des infirmières, des travailleurs sociaux ou des coordinateurs-coordinatrices.

Pour ces autres structures ou dispositifs, la médiation en santé se retrouve dans les pratiques sans être nommée comme telle et/ou en étant une partie des missions en parallèle d'autres missions telles que l'accompagnement social. Médecins du Monde considère, par exemple, que « *la médiation en santé est partie intégrante de nos missions, c'est transversal* ». La Cimade indique porter cette mission « *par défaut car personne d'autre ne le fait* » auprès des publics accompagnés par l'association.

Une structure (Quartier Santé Lemasson) a porté ponctuellement un poste de médiation en santé mais ne le porte plus aujourd'hui faute de financements.

L'AREA a également porté un poste de médiation en santé qui n'existe plus aujourd'hui, toutefois l'association porte une action de médiation en santé financée par l'ARS, qui se formalise par la mise en place d'ateliers collectifs sur des sujets liés à la santé.



# Formation

Parmi les médiateurs et médiatrices santé en poste, trois ont un DU médiation. Les autres ont des formations en neuropsychologie, santé publique, travail social, aide à domicile, anthropologie.

## Profil des publics accompagnés

### De façon générale

- Personnes en situation de précarité
- Personnes en rupture de droits
- Personnes isolées
- Situations complexes
- Toute personne qui semble ne pas être autonome
- Toute personne éloignée du système médical
- Familles, à partir de la situation des enfants
- Personnes qui sont en difficultés dans leurs démarches de santé et/ou qui sont très éloignées du soin

### Par les médiateurs et médiatrices en poste

- Personnes de la communauté gitane
- Femmes
- Personnes âgées
- Mères
- Allocataires du RSA
- Personnes en situation irrégulière
- Personnes en situation de handicap
- Retraités ou sans emploi
- Patient·es du centre de santé ou de la MSP
- Jeunes, habitants du quartier Mosson
- Personnes vivant avec le VIH
- Personnes allophones ou illettrées

### Par les autres structures

- Personnes vivant à la rue
- Personnes vivant en bidonvilles ou squat
- Personnes en situation irrégulière
- Demandeurs d'asile
- Travailleurs et travailleuses du sexe

### Publics concernés :

La médiation en santé s'adresse :

- **aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité.** Ces facteurs de vulnérabilité peuvent être multiples : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé en France, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique.  
Notamment : habitants des zones urbaines sensibles et départements d'outre-mer, populations immigrées ou descendants d'immigrés, les « travailleuses pauvres » en situation de vulnérabilité sociale, les enfants et les jeunes, les personnes âgées de 55-85 ans en situation de difficulté financière, les populations sans logement personnel, le milieu carcéral ;
- **aux institutions/professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations.**

Dans le référentiel HAS : on parle plutôt de **vulnérabilité**, ce qui inclut les personnes en situation de précarité, mais pas que.



## Date de prise du poste actuel des personnes interviewées

STRUCTURE	DATE DE PRISE DE POSTE	CRÉATION OU REPRISE DE POSTE
Human Santé	mars 2022	Création de poste
Envie	oct. 2023	Poste existant depuis plusieurs années
Centre de santé Gammes	juin 2023	Création de poste
MSP Cévennes	déc. 2023	Poste existant depuis 2020
CODES 34	févr. 2024	Poste existant depuis 2020
EPE 34	sept. 2024	Création de poste
MSP Sud	nov. 2024	Création de poste
Human Santé	déc. 2024	Poste existant depuis plusieurs années
APAJ	oct. 2023	Poste existant depuis 2020

## Temps de travail

3 temps pleins, 2 mi-temps, 1 à 10%, 2 à 60% et un 80% non salarié.

## Financements du poste

- CODES 34 : DRETS 80 %, Ville de Montpellier 10 %, Fonds propres 10 %
- Human Santé : SECOPA géré par la CNAM
- EPE : Conseil Régional
- MSP Cévennes : Etat + Métropole + Ville dans le cadre du Contrat de Ville. Compléments par fonds propres de la MSP (ACI) bien qu'ils ne soient pas fléchés pour ça initialement.
- MSP sud : fonds propres
- Ancien poste AREA : FNASAT
- Envie : crédits SIDACTION
- Centre Apaj : Fonjep + Ville de Montpellier
- Centre de santé GAMMES : ARS.





## En quoi le poste vient répondre à un besoin ? Comment est né le poste ?

### **CODES 34**

La création de postes adultes-relais via la DRETS coïncidait avec le projet de l'association de soutenir ce type de mission, notamment suite à la réalisation d'un diagnostic en santé mentale sur quelques QPV de Montpellier. Les adultes-relais font tous de la médiation mais pas sur la santé (scolaire, social, loisirs...).

### **Human Santé**

Il y avait un besoin croissant au niveau de l'accueil pour de la médiation et le souhait d'un binôme de médiateurs. L'expérimentation SECPA a permis de recruter (financement du ministère pour 3 ans prolongés 1 an).

### **EPE**

Il s'agit d'une action expérimentale dans le cadre de la cité éducative de la Mosson, de septembre 2024 à juin 2025, sur un mi-temps ; en complément des dispositifs existants. Le but est de faire de "l'aller vers" en ciblant les collèges et lycées pour faciliter l'orientation des jeunes et de leur entourage vers différents dispositifs existants (dont PAEJ, MDA, Zinc, structures de soin...).

### **MSP Cévennes**

La volonté de l'équipe médicale d'avoir un poste de médiation en santé existait avant que la MSP soit créée. Il y avait une médiatrice avant même que la MSP existe, le poste était porté par le cabinet médical. Une agence de conseil a accompagné la MSP pour construire le poste de médiation.

### **MSP Montpellier Sud**

Le poste vient en complément de la mission des médecins généralistes, qui n'ont pas la possibilité ni la connaissance pour orienter les patient-es vers le réseau. Il y avait aussi le besoin de faciliter la communication avec les patient-es. Au démarrage, une réunion avec les professionnels de santé de la MSP a permis de recueillir leurs besoins et ce qu'ils imaginaient du poste.





# DESCRIPTION DES MISSIONS DE MÉDIATION EN SANTÉ

## 1. Référentiel HAS (2017)



### Le référentiel HAS est-il connu ?

- **Non connu** : Adages, Samu social, La Cimade, EPE, AREA, Centre Apaj, CDS Gammes.
- **Modérément connu** : Médecins du monde
- **Connu** : CODES 34, Human santé, Quartier Santé Lemasson, MSP Cévennes, MSP SUD, Envie



### En quoi le référentiel HAS est-il utile ? Est-il représentatif de la réalité des missions ?

La majorité des médiateurs et médiatrices en santé connaissent bien le référentiel. Il est considéré par la plupart d'entre eux comme une base qui permet de constituer les contours des missions, clarifier une fiche de poste. Le référentiel donne l'état d'esprit et les recommandations de bonnes pratiques pour la médiation en santé ; les missions pouvant être adaptées, ajustées en fonction de la structure qui porte le poste.

Le fait que ce référentiel existe contribue à la reconnaissance du métier. Mais il faudrait le remettre à jour.

La même année, le référentiel HAS pour la fonction d'interprète est sorti. Ils sont très similaires et ont été conçus en parallèle pour clarifier les deux métiers.



## 2. Objectifs de la médiation



### Définition

Issue de L'article D. 1110-5 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 :

« 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. »

La médiation est un processus temporaire de « **l'aller vers** » et du « **faire avec** » dont les objectifs sont de renforcer :

- l'équité en santé en favorisant le 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 désigne la fonction d'interface, 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.


La médiation en santé, en facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions à (18) :

- la complexité du système de santé (dispositifs et des conditions d'accès) pour leurs bénéficiaires potentiels ;
- la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes ;
- la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits qui provoquent non-recours et retards des soins ;
- la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiels.

### La médiation en santé contribue aux objectifs suivants, d'après les répondant-es :

- Amener les populations vulnérables vers le soin et faire en sorte qu'elles puissent rester dans le parcours de soin
- Amener les personnes vers la santé au sens plus large
- Intégrer les questions de santé dans l'accompagnement
- Amener vers le droit commun ; accompagner les démarches administratives
- Faciliter l'orientation vers les dispositifs existants
- Faire de "l'aller-vers"



- 
- Accompagner vers l'autonomie en santé
  - Prendre en compte les déterminants de santé
  - Lutter contre les inégalités d'accès aux soins
  - Accompagner les personnes qui ont une demande et qui ont envie d'être accompagnées
  - Parvenir à inscrire le soin dans la continuité, tout en permettant à la personne que ça ait du sens pour elle
  - Gérer les situations complexes
  - Faire la jonction entre santé et social
  - Avoir un rôle d'interface entre la personne et les professionnels de santé
  - Aider les professionnels de santé ou les travailleurs sociaux dans l'accompagnement des personnes
  - Coordonner le parcours de soins, faire du lien entre la personne et les professionnels et institutions impliquées dans son parcours
  - Faire évoluer le regard des professionnels de santé sur les personnes en situation de vulnérabilité
  - Favoriser le lien social

### 3. Description des missions



#### **Axe 1 :** (Re)Créer la rencontre avec les populations concernées

- Aller vers les professionnels de santé/institutions, et autres partenaires
- Aller vers les publics-cibles

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

- Ouverture des droits en santé
- Information et orientation
- Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé

#### **Axe 3 :** Proposer des actions collectives de promotion de la santé

**Axe 4 :** Participer aux actions structurantes du projet : Alerter et assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques : vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale, vers les concepteurs de politiques de santé, etc.

Parmi les personnes interrogées :

- **Axe 1 :** l'aller-vers les publics prend des formes très variées. Il s'agit principalement de permanences avec ou sans RDV, sur orientation ou en libre accès. Mais aussi : maraudes dans l'espace public, visites à domicile, accueil. L'aller-vers les professionnels est surtout investi par les médiateurs ou médiatrices en poste.
- **Axe 2 :** le plus investi
- **Axe 3 :** investi à la marge / de façon plutôt ponctuelle.
- **Axe 4 :** investi à la marge ou à d'autres niveaux.



## AXE 1 Créer la rencontre

### Aller-vers les professionnels de santé/institutions, et autres partenaires

La plupart des personnes interrogées soulignent l'importance du **travail en réseau**. La connaissance des partenaires est non seulement utile pour pouvoir orienter les publics accueillis ; mais aussi pour conseiller les collègues en intra ou d'autres partenaires.

“ On fait du réseau avec les acteurs pour faire connaître les publics qu'on accompagne et faciliter leur accès aux soins ”

Le fait de **sensibiliser les professionnels du médical aux réalités de vie du public accompagné** est une mission plus investie par les médiateurs en poste que par les autres structures. Toutefois cette sensibilisation se fait principalement à l'occasion d'échanges autour de situation concrète ou d'une présence physique pendant des consultations.

Les médiateurs et médiatrices en santé relèvent communément la **méconnaissance de leur fonction** par les professionnels du monde médical ou paramédical. Il y a donc un enjeu à le faire connaître, et à créer un lien de confiance avec les professionnels aussi. Certain-es ont réalisé des documents pour décrire concrètement ce sur quoi ils ou elles peuvent agir. Mais distribuer un flyer n'est pas suffisant, il faut pouvoir investir les lieux, l'espace. L'aller-vers permet donc de se faire connaître. Participer à des réunions pluriprofessionnelles est aussi mentionné comme un bon moyen d'expliquer les missions de médiation en santé.

Le fait d'avoir les coordonnées d'un professionnel de santé rencontré, cela facilite par la suite l'orientation comme le suivi des situations. Les médiatrices en MSP notent que le fait d'interpeller les partenaires au titre de la MSP facilite le travail.

### Aller-vers les publics-cibles

La majorité des interviewé-es soit :

- reçoivent les personnes suite à une orientation de partenaires sociaux ou médicaux
- reçoivent les personnes qui viennent spontanément dans la structure.

Ceci s'organise majoritairement sous forme de **permanence** hebdomadaire à horaires fixes, avec ou sans RDV. Les permanences peuvent se faire dans les locaux de la structure ou dans les locaux de partenaires.

En parallèle, certain-es effectuent de **l'aller-vers** dans le quartier/lieu de vie du public pour se faire repérer et faire du lien.

De même, les permanences sont complétées par des **déplacements** pour se rendre là où sont les personnes : domicile, chambre d'hôtel, foyer, espace public, etc. Une seule structure (le SAMU social) fonctionne uniquement en maraude dans l'espace public.

L'aller-vers est partie intégrante de la médiation en santé mais n'est pas sa seule composante. Ainsi, toute structure qui fait de l'aller-vers n'a pas nécessairement une mission de médiation en santé.



## AXE 2 Faciliter la coordination du parcours

La coordination du parcours est **au cœur de la mission** de médiation en santé. Il ne s'agit cependant pas que de coordination de soins, ni de coordination administrative : au-delà des process, la coordination des parcours passe par une complémentarité d'actions qui sont détaillées ci-après.

Pour certaines personnes accompagnées, le problème médical est la porte d'entrée, pour d'autres il y a d'abord des problématiques sociales à régler avant que l'accès au soin soit possible.

### Ouverture des droits en santé

L'ouverture des droits en santé et l'accompagnement dans les démarches administratives de santé sont effectués par la grande majorité des personnes interviewées comme un acte « de base ». Si certain-es n'assurent pas directement les démarches pour l'ouverture de droits, ils orientent à minima vers les services sociaux compétents.

### Information et orientation

La transmission d'information peut concerner : les droits, le fonctionnement du système de santé, des effets secondaires de traitements, la compréhension des traitements et protocoles de soin, les RDV de prévention et de dépistage, la réduction des risques, etc.

Deux structures donnent directement accès à du matériel de réduction des risques.

L'information passe aussi par le fait d'aborder des **sujets de prévention** : hygiène bucco-dentaire, vaccination, santé sexuelle masculine, la rééducation du périnée, la supplémentation en vitamine D pour les enfants, etc.

L'accès à la prévention est un enjeu dans la mesure où les personnes peuvent avoir des droits ouverts, avoir outrepassé le refus de soins, mais parallèlement n'ont pas accès à l'information ni aux actes de prévention.

Certain-es utilisent des **outils de vulgarisation / facilitation de la compréhension**, comme le FALC, médi-picto, santé-BD ou des documents traduits en diverses langues.

Le travail d'information passe aussi par **faire verbaliser** ou réexprimer aux personnes les choses qu'elles n'auraient pas comprises.

Au-delà de la simple transmission d'informations, il s'agit de rechercher la compréhension et le consentement sur les démarches de soin.

L'information est complétée par **l'orientation vers les partenaires compétents** pouvant répondre aux besoins de la personne.



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

Cela passe par :

- **Prendre le temps de passer les appels téléphoniques** nécessaires à la prise de rendez-vous comme au suivi médical ou social : comprendre une prescription, récupérer un compte-rendu, expliquer la situation de la personne au professionnel, etc. De nombreuses personnes ne sont pas à l'aise pour passer elles-mêmes des appels téléphoniques, par exemple parce qu'elles ont des difficultés à s'exprimer, à expliquer leurs problèmes et besoins, etc.

“ Pour la personne, parfois juste écrire un mail c'est une angoisse. Prendre une photo c'est compliqué. Appeler pour prendre RDV c'est compliqué ”

- **Accompagner physiquement les personnes à leur RDV**, qu'il soit médical ou administratif (CPAM, Préfecture, etc.), qui peut se décliner de plusieurs façons :
  - Faire le trajet avec la personne puis la laisser seule pour son RDV
  - L'attendre pour l'accompagner aussi à la fin du RDV
  - Participer à la consultation / à l'entretien avec la personne, si elle le souhaite : soit pour être une « simple présence de soutien », soit pour aider à communiquer et faire valoir le vécu de la personne. Parfois c'est de la traduction en langue française, bien que la traduction ne fasse pas partie des missions selon le référentiel HAS.
- Raccrocher tous les maillons du parcours ; et **coordonner tous les professionnels** qui gravitent autour de la personne
- **Déconstruire les représentations** autour des troubles psychiques et leur prise en charge
- Permettre à la personne **d'exprimer ce qui ne lui convient pas** dans un protocole de soins ou dans la façon de travailler d'un professionnel de santé ; afin de l'accompagner à **faire valoir ses volontés** auprès du médecin prescripteur, ou d'un autre professionnel si nécessaire.
- **Aider les professionnels de santé ou du social** en réalisant des tâches qu'eux-mêmes n'ont pas le temps de faire, ou pour lesquelles ils n'ont pas la compétence : solliciter la médiatrice ou le médiateur en santé leur permet donc de proposer un accompagnement global aux personnes. La médiation permet aussi **d'apporter des clés à des situations complexes**.
- **Créer un lien de confiance**, en tant que médiatrice ou médiateur santé, avec les professionnels de santé aussi. Ceci facilite ensuite les orientations et le suivi.



## AXE 3 Actions collectives

Pour deux médiatrices en santé (EPE & Gammes Santé), le temps se découpe à peu près à part égale entre les entretiens individuels et les ateliers collectifs.

Pour l'AREA, la médiation en santé passe exclusivement par des ateliers collectifs. En parallèle, les personnes peuvent bénéficier d'un accompagnement individuel social global.

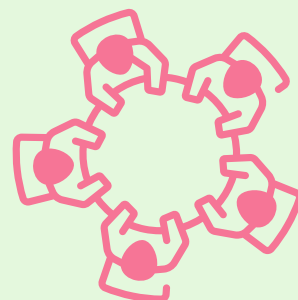
Pour les autres, la mise en place et/ou l'animation d'ateliers collectifs se fait de **façon ponctuelle, à la marge**. Certain-es n'en réalisent pas du tout, soit parce que cela ne fait pas partie de leur mission (SAMU social), soit n'ayant pas la possibilité d'accueil dans les locaux (MSP Sud).

Les ateliers sont proposés soit :

- aux personnes bénéficiant déjà d'un accompagnement en médiation
- à des personnes pouvant potentiellement bénéficier de cet accompagnement, permettant ainsi de faire connaître la mission.

Exemples de thèmes d'ateliers :

- Vaccination (Regain & Institut Bouisson Bertrand)
- Café santé de la femme (MSP Cévennes)
- Usages des écrans (Centre Apaj & CESAME)
- Prostitution (EPE & UFOLEP)
- Education à la vie affective, relationnelle et sexuelle (Human Santé & collègue Simone Veil)





## **AXE 4** Actions structurantes / retour d'information vers les professionnels et politiques

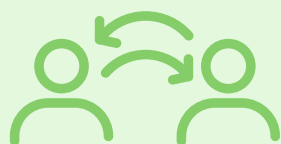
Comme évoqué dans le paragraphe sur l'aller-vers les professionnels de santé/institutions (Axe 1), le fait de sensibiliser les professionnels du médical aux réalités de vie du public accompagné est une mission plus investie par les médiateurs en poste que par les autres structures. Toutefois cette sensibilisation se fait principalement **à l'occasion d'échanges autour d'une situation concrète** ou d'une présence physique pendant des consultations.

Dans le référentiel HAS, cet axe 4 se traduit par le fait d' « Alerter et assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques : vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale, vers les concepteurs de politiques de santé, etc. ».

La fonction de **plaidoyer** auprès des institutions et concepteurs de politique de santé n'est pas portée par les personnes interrogées. En revanche, certaines structures assurent cette mission en parallèle, telles que le centre Apaj ou Médecins du Monde, dont les homologues d'Auvergne ont réalisé une infographie pour expliquer la médiation en santé en milieu rural.

Il existe par ailleurs un regroupement des médiateurs en santé via le **réseau national des centres de santé**, qui a pour ambition de réaliser une mission de plaidoyer. Il existe aussi un **collectif national pour la promotion de la médiation en santé** qui œuvre en ce sens.

Enfin, c'est souvent à travers les bilans de convention que les remontées de terrain peuvent se faire auprès des institutions financeurs.





## 4. Rôle, posture et cadre déontologique

### Domaine de compétences 1 : compétences techniques

- Techniques de l'« aller vers »
- Communication (ex : techniques d'entretien, techniques d'animation en éducation pour la santé)
- Aider à diagnostiquer un problème et trouver des solutions
- Connaître les éléments de constitution d'un dossier administratif (ex : droits dans le domaine de la santé, pièces justificatives, conditions, personnes ressources, délais, etc.)
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire son réseau
- Techniques de distanciation (ex : savoir prendre de la distance)

### Domaine de compétences 2 : connaissances de l'environnement

#### Connaissance du public-cible :

- des systèmes de valeurs, codes et pratiques, culturels
- des problématiques médicales et médico-sociales rencontrées
- de son environnement socio-économique, sanitaire.

#### Connaissance de l'environnement médico-social :

- des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur
- des institutions présentes sur le territoire (acteurs locaux en éducation pour la santé et secteur associatif intervenant auprès du public usager du service)
- des parcours de soins dans le système de santé local

### Domaine de compétences 3 : savoir-être

- Respecter la confidentialité
- Ne pas être dans le jugement
- Être à l'écoute et dans l'empathie
- Capacité à connaître les limites de son rôle, et savoir les expliquer aux usagers/patients comme aux professionnels, devant des multiples sollicitations
- Savoir se remettre en question et remettre en question sa pratique



## DOMAINE DE COMPÉTENCES 1

### Compétences techniques

#### Techniques de l'« aller vers »

Voir paragraphe « Aller-vers les publics-cibles » page 12.

#### Communication

En matière de communication, ce qui est relevé par les interviewé-es comme compétences essentielles est de :

- Pouvoir **vulgariser** l'information médicale, faciliter la compréhension
- Utiliser la **reformulation** pour s'assurer de la compréhension mutuelle
- S'autoriser à **poser des questions** en matière de santé
- Pouvoir **rassurer** les personnes quand il y a appréhension à consulter, tendre à **désacraliser** certains lieux (comme l'hôpital) ou professions (comme le psychologue).
- **Prendre le temps** de discuter des appréhensions, des questions.

Mais les compétences en communication ne s'appliquent pas seulement auprès des personnes accompagnées. Il y a aussi un enjeu à pouvoir **communiquer efficacement auprès des professionnels de santé**, notamment en partageant le vécu, les appréhensions, les questions et les besoins spécifiques que les personnes peuvent avoir ; tout en prenant en compte les contraintes professionnelles et limites d'accueil de chaque structure partenaire.

#### Aider à diagnostiquer un problème et trouver des solutions

Dans la rencontre avec le public, il y a en première intention une « sorte de diagnostic des besoins ». Parfois, les personnes viennent pour une simple aide administrative ou pour une demande précise et c'est à travers la discussion que d'autres besoins peuvent être exprimés. C'est donc en **prenant le temps de la rencontre** qu'il peut y avoir une **prise de conscience des besoins**. Le travail de médiation en santé consiste donc à chercher ce sur quoi les personnes pourraient être accompagnées ; et si elles ont **envie** de l'être. L'évaluation se fait de façon globale, et non pas exclusivement sur des sujets liés au soin.

Par ailleurs, ce recueil des besoins se réalise tout au long de l'accompagnement en étant régulièrement questionné, puisque **les besoins peuvent évoluer** au fil du temps. Cela requiert donc de la souplesse et de l'adaptation pour accueillir des demandes.

Dans ce diagnostic initial, un enjeu complémentaire est de pouvoir repérer d'éventuels dysfonctionnements dans les prises en charge : par exemple, des doublons d'ordonnance.

Le temps de la discussion peut permettre de repérer des informations qui pourraient être importantes à prendre en compte dans le suivi médical ; que le médiateur ou la médiatrice pourra conseiller à la personne de partager à son médecin généraliste.



Enfin ce temps d'écoute permet aussi de **connaître les ressources existantes de la personne** et les stratégies déjà mises en place. De plus, recueillir ces stratégies vient enrichir la banque d'idées que le médiateur ou la médiatrice peut proposer aux autres personnes accompagnées.

## Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire son réseau

Au-delà de la constitution d'un réseau de partenaires (Voir paragraphe Aller-vers les professionnels p.12), la possibilité de travail en équipe pluridisciplinaire est relevée comme un **atout** pour une majorité de personnes interviewées.

Exemples :

- Pour la médiatrice en santé mentale de l'EPE, il est possible d'**interpeller directement une collègue** psychologue sur certaines situations complexes
- Les équipes en maraude de Médecins du Monde prévoient à chaque sortie un **temps de débrief collectif** pour aborder la façon d'interagir et d'accompagner les personnes
- Toute l'équipe du dispositif de santé globale de Regain **se réunit une fois par mois**, soit huit infirmières, une coordinatrice et un médecin.
- Le PRE organise quatre fois par an des **réunions pluriprofessionnelles** avec notamment le STS et les écoles, pour échanger sur les accompagnements en cours (orientations possibles, modalités de poursuite, etc.). La médiatrice du centre APAJ y participe.
- Pour l'association Envie, bien qu'il y ait un poste de médiateur en santé, c'est **l'ensemble de l'équipe** qui est considéré comme un dispositif de médiation dans la mesure où l'association propose un accompagnement global des personnes.
- A Human Santé sont organisées régulièrement des **réunions de coordination** avec les autres professionnel·les de la structure. De plus, du fait d'être deux médiateurs, cela permet d'échanger directement sur les pratiques.
- Les médiatrices santé en MSP participent aux **réunions internes pluridisciplinaires**. Cela peut permettre de mieux comprendre la situation de certaines personnes, de poser des questions directement aux médecins, de discuter des options possibles, ou encore d'interroger les limites de la médiation en santé. Ces réunions contribuent aussi à une **meilleure interconnaissance** : meilleure appropriation du vocabulaire et des logiques médicales par la médiatrice, et meilleure compréhension et connaissance du tissu partenarial et des besoins des personnes pour les professionnels du soin.



## DOMAINE DE COMPÉTENCES 2

### Connaissances de l'environnement

#### Connaissance du public cible :

- des systèmes de valeurs, codes et pratiques, culturels
- des problématiques médicales et médico-sociales rencontrées
- de son environnement socio-économique, sanitaire

Le paragraphe « Aider à diagnostiquer un problème et trouver des solutions » (p.18) explique en quoi il est essentiel d'apprendre à connaître la personne dans son fonctionnement, ses savoirs expérientiels et compétences existantes.

Il s'agit de repérer qu'est-ce qui peut faire **frein dans l'accès aux soins** : une méconnaissance du système ou de ses droits, une appréhension à s'en saisir, des difficultés d'observance de traitements, un environnement de vie défavorable, une situation familiale complexe, une instabilité administrative ? La situation s'envisage donc **dans sa globalité**. Cela peut aller jusqu'à enclencher aussi **un accompagnement pour d'autres membres de la famille**.

En parallèle, il peut y avoir un travail d'appropriation des codes culturels des populations accompagnées. Par exemple, la médiatrice santé du CODES 34 a pu s'imprégner de la littérature existante pour comprendre le rapport à la santé des communautés des gens du voyage, qui constitue une grande partie des personnes qu'elle accompagne.

#### Connaissance de l'environnement médico-social :

- des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur ;
- des institutions présentes sur le territoire (acteurs locaux en éducation pour la santé et secteur associatif intervenant auprès du public usager du service) ;
- des parcours de soins dans le système de santé local.

Pour faire de la médiation en santé, il faut avoir une connaissance fine du fonctionnement système de santé et des droits en vigueur. En parallèle, la connaissance du réseau d'acteurs permet d'appréhender plus subtilement les **mécanismes du système local** de prise en charge.

Cela implique d'être confronté aux **failles de ce système**, notamment les délais de RDV, la complexité des démarches administratives, les difficultés d'accès à certains spécialistes, etc.

Si le médiateur ou la médiatrice n'est pas spécialiste d'un champ, son expertise se situe dans la connaissance des spécificités des acteurs de divers champs : social, médical, juridique, éducatif, culturel, etc.



## DOMAINE DE COMPÉTENCES 3

### Savoir être

#### Le respect de la volonté des personnes et de leur liberté de choix ; le non-jugement

Lors des entretiens avec une personne, la médiatrice ou le médiateur santé repère des problèmes de santé, mais qui ne sont pas forcément ceux sur lesquels porte la demande de la personne. Le rôle est donc de s'intéresser à la demande de la personne en première intention et d'accepter de ne pas pouvoir accompagner sur tous les plans.

“ Pour certains la santé c'est une accroche, mais d'autres en sont très loin. ”

Les demandes de soins viennent **quand la personne est prête**. Cela peut prendre beaucoup de temps. C'est le temps nécessaire à instaurer ou réinstaurer une confiance : avec le monde médical, avec le secteur social, avec l'être humain en général, en soi-même... Ce temps est celui de quelques semaines comme parfois, de plusieurs années.

Si la personne manque des RDV, pouvoir être tolérant et avancer au rythme de la personne.

**Le temps** est souvent cité comme un **atout** de la médiation en santé, par opposition à d'autres professions (sociales, médicales) qui n'en disposent pas assez. C'est un atout pour :

- Comprendre la personne et faire émerger des besoins et demandes
- Construire une relation de confiance
- Déployer les stratégies nécessaires à la situation

“ Certains travailleurs sociaux sont réduits à remplir des dossiers, des formulaires. Leur file active est énorme. Ils n'ont pas le temps d'accompagner les personnes à gagner en autonomie. Dans la médiation en santé, on a l'avantage d'être en complément des dispositifs de droit commun. Je peux faire des entretiens d'une heure, je peux voir les gens toutes les semaines. J'ai le luxe de pouvoir être dans la relation humaine avec les personnes. ”

Le respect de la volonté des personnes est de leur liberté de choix passe aussi par la constante **recherche de l'envie et du consentement** de la personne dans les **démarches qui la concerne**. Il s'agit pour cela de **l'intégrer dans les processus décisionnels** et de s'assurer que chaque étape **fait sens** pour la personne.

“ Faire avec, faire ensemble ”



La médiation en santé requiert une aptitude à **s'adapter** aux demandes, aux capacités et à la temporalité de la personne. Cela demande aussi de pouvoir accepter que les personnes fassent des choix pour elles-mêmes qui pourraient ne pas sembler être « les bons » d'un point de vue sanitaire ou social. Ne pas être dans le jugement et être tolérant.

## Être à l'écoute et dans l'empathie

L'écoute est une **compétence phare** pour la médiation en santé. C'est l'écoute qui permet le recueil de la parole de la personne, l'expression de ses besoins ; et qui favorise la création d'une relation de confiance.

Par exemple, quand il y a de l'angoisse, l'écoute permet de comprendre pourquoi la personne souffre, et d'identifier ce qui pourrait lui être proposé tout en la sécurisant.

Parfois, offrir une simple écoute est ce qui permet aux personnes d'avancer.

*“ L'écoute active est très importante. Il faut être authentique, disponible. Il faut que les gens se sentent écoutés : les jeunes, les familles, les professionnels aussi. Se sentir entendu. Des fois ça suffit. ”*

L'écoute est possible en prenant le temps, comme décrit dans le paragraphe précédent, et en ayant un lieu qui la favorise.

## Capacité à connaître les limites de son rôle, et savoir les expliquer aux usagers/patients comme aux professionnels, devant des multiples sollicitations

Certain-es ont créé des supports pour expliquer leur rôle. Mais cela doit souvent être complété par des explications orales et des exemples concrets. La fonction de médiation en santé est **assez peu connue, voir mal comprise**. Il peut y avoir par exemple confusion avec la médiation de conflits, ou avec un travail d'assistant-e social-e. Il peut aussi y avoir méprise sur des conflits d'intérêt éventuels : par exemple, la référente du PRE du Centre Apaj explique aux personnes qu'elle ne travaille ni pour l'hôpital, ni pour l'école.

Selon les structures d'appartenance, des actes ne sont pas assurés. Par exemple, les médiateurs d'Human Santé n'interviennent pas sur l'accès ou le maintien dans le logement : une orientation est alors faite vers les travailleurs sociaux.

Une limite du rôle relevée par plusieurs personnes est celle de la **confrontation au manque d'offre de soins et au délai des rendez-vous**.

Enfin parfois, une personne accompagnée peut demander par exemple « je n'arrive pas à décider, peux-tu prendre une décision pour moi ? » : il s'agit alors de trouver le juste équilibre entre ne pas décider à sa place et ne pas la laisser dans sa souffrance liée à l'incapacité à décider, à agir. Il faut parfois faire des compromis ; et assumer aussi une forme de responsabilité en tant que médiateur ou médiatrice en santé.



## 5. Exemples d'accompagnements réalisés



### Médecins du monde

« Pour une personne en situation irrégulière qui vit en bidonville, nous avons fait un travail d'accompagnement pendant un an et demi, qui a abouti à ce qu'il puisse aller chercher ses traitements lui-même à l'hôpital. Le travail a consisté conjointement à l'acceptation de son problème de santé et à l'accompagner physiquement à ses rendez-vous médicaux. »

### CODES 34

« Une personne a des douleurs aux genoux, mais ne peut pas se faire opérer tant qu'elle est en surpoids. La situation provoque des insomnies et probablement de la dépression. Elle aimerait perdre du poids. On a évoqué ses motivations, ses peurs de l'hôpital. Mon rôle c'était d'explorer ce qu'il y a derrière son envie de perdre du poids et d'évaluer sa motivation ; et en fonction de ça proposer des choses. C'est tout un temps de discussion. Je l'ai aidée dans les démarches pour intégrer le service de diabétologie. Il y avait beaucoup de démarches : remplir des questionnaires, faire l'inscription, bien comprendre ce qu'il allait se passer pendant l'hospitalisation, etc. Je l'ai accompagné physiquement pour sa première opération. Ensuite, j'ai été en appui pour mettre en place un mi-temps thérapeutique et penser la réorganisation de son poste de travail. Je reste en lien avec l'hôpital dans l'attente d'un rendez-vous de suivi et dans l'espoir qu'il puisse intégrer des ateliers dédiés aux personnes en surpoids. J'appelle régulièrement pour relancer. Il faut aussi une certaine méthodologie pour suivre les mails, etc. »

### MSP Cévennes

« J'ai accompagné une personne à la clinique BeauSoleil : je me suis présentée à toute l'équipe, notamment le chirurgien qui allait l'opérer. Suite à ça, la cadre du service m'a contactée pour savoir ce qu'elle pouvait faire pour contribuer à l'accompagnement de la personne. Ils avaient été sensibles aux besoins de la personne et se sont rendus compte qu'ils étaient dans des logiques qui n'étaient pas les mêmes qu'elle. La personne n'avait pas du tout les codes du fonctionnement de l'hôpital. Ça a permis de trouver un compromis entre les soins nécessaires et les contraintes de la personne. »





### **MSP Montpellier Sud**

« Il s'agit d'une personne âgée qui ne parle pas français, avec troubles cognitifs sévères, logée par la famille de son fils. Sa belle-fille est l'aidante principale, elle est épuisée. Il y a un retentissement sur la scolarité des enfants. Le fils et la fille de la personne sont en désaccord sur les types de soins à solliciter. J'ai fait le point avec tous les intervenants déjà impliqués pour comprendre leur rôle et les articulations entre eux : médecins généralistes, services hospitaliers, services sociaux, programme de réussite éducative. Mon rôle est aussi d'écouter les volontés de tous les membres de la famille, d'assurer une sorte de médiation familiale. Les demandes sont mouvantes et dissonantes entre la famille et les professionnels de santé. La sécurité de la personne âgée et l'état de santé de la belle-fille sont prioritaires. J'active une demande d'APA, de minima sociaux, d'accompagnement à domicile, d'accueil en établissement... Avec la belle-fille, je l'aide à identifier comment elle peut se dégager du temps pour traiter ses propres problématiques de santé. Elle a pu avoir un RDV avec un psychiatre via le Programme de Réussite Éducative. Ce n'est pas évident pour elle d'accepter d'y aller. »





# RÉSEAU LOCAL



## ? Quels liens avec les autres médiateurs ou médiatrices sur Montpellier ?

De manière générale : des liens avec quelques autres médiateurs car ils se sont rencontrés, ont parfois échangé, mais pas plus de liens formalisés ni réguliers.

## ? Est-ce que les structures aimeraient participer au réseau/groupe de travail local animé par le CLS :

- **OUI** : Médecins du monde, Adages, Samu social, CODES, Human santé, EPE, AREA, MSP cévennes, MSP SUD, Envie, CDS Gammes.  
Oui si poste de médiation dédié : Quartier Santé Lemasson.
- **Peut-être** : La Cimade : « Si on participe, quel signal ça renvoie sur le fait qu'on porte une mission de médiation en santé alors qu'on voudrait ne pas l'avoir ? »

## ? Quelles seraient les attentes vis-à-vis de ce réseau ?

### • Définir la médiation

Définir ce qu'on met collectivement derrière la médiation santé. C'est riche d'avoir des approches différentes, mais il faut voir comment on arrive à faire commun.

Porter communément un discours sur la fonction de médiatrice en santé.

### • Interconnaissance

Comprendre qui fait quoi, les façons de travailler. Favoriser l'interconnaissance. Quelles sont les pratiques. Savoir ce que fait chacun. Créer du lien.

Faciliter la prise de contact en dehors des temps de rencontre. Répertoire avec des numéros directs.

### • Transmission et partage sur les pratiques

Transmission d'information. Partage d'actualités des structures.

Ressources à partager. Partager, par exemple, un répertoire de partenaires, un classeur des aides à activer, la connaissance des process, etc.

Echange de pratiques, partage autour de situations, vignettes cliniques. Mise en commun des savoirs-faire.

Echanges de pratiques purs, par ex. « quand est-ce qu'on arrête un accompagnement ? Que faire de la confidentialité des données ? »

Confronter les difficultés rencontrées sur le terrain. C'est « rassurant » : on peut partager des façons de faire. Partager des idées sur des situations, voir s'il y a des solutions possibles.

Ateliers autour de thématiques décidés ensemble.



- **Projets communs**

Monter des projets communs. Mettre en place des actions communes.  
Proposer des ateliers pour le public. Créer des outils, des supports...

- **Formation**

Par exemple PSSM ; vieillir à la rue ; la RDR alcool ; la psychiatrie.

- **Plaidoyer**

Aborder des questions politiques. Pourquoi pas du plaidoyer, en se regroupant avec d'autres structures en France qui le font déjà. Porter ensemble plus largement certains combats sur l'inégalité d'accès aux soins.

Voir pour faire le lien avec le collectif national de la promotion de la médiation en santé ? (le collectif travaille, entre autres, à la création d'une fiche ROME)

## **Modalités**

- Régulier mais pas trop souvent.
- Participants qu'on retrouve d'une fois à l'autre.
- Echanges bienveillants.
- Réunion de 8h à 9h une fois par mois.
- Un grand séminaire thématique une fois par an. Une journée régionale.
- Avec apports de recherche. Faire appel à des personnes qualifiées. Des experts thématiques par ex. En faisant du lien avec la pratique. Ça permet de prendre de la hauteur.
- Le bon format, ce serait de le co-construire pour décider ensemble des meilleures modalités.
- Quelque chose de vivant.
- Se réunir en présentiel.
- Echanges formels ou informels.

*« A savoir qu'il existe des réunions « santé-social » toutes les 6 semaines, animées par le collectif santé-précarité. Environ 300 acteurs sont invités à chaque fois. En pratique il y a 30 à 40 participant-es. Ça dure 3 heures. La 1<sup>ère</sup> partie de réunion, sur 1h30 ; consiste à de l'échange d'infos (formation, colloque, nouveaux horaires, ouvertures de dispositif, etc.) sur des questions sanitaires ou sociales. La 2<sup>ème</sup> partie sur 1h30 est une sorte d'analyse des pratiques professionnelles. On évoque des situations anonymisées pour lesquelles on arrive à bout de course, dans le but d'essayer ensemble d'élaborer des pistes d'actions. Cela porte sur des situations où les personnes sont en demande d'hébergement et de soins à la fois. »*





## Autres structures identifiées qui ont une mission de médiation à Montpellier, par ordre alphabétique

(en vert = celles citées plusieurs fois)

1. AIDES - Centre de santé sexuelle
2. AREA
3. Association AVEC
4. CAARUD
5. CADA
6. CEGIDD
7. Centre APAJ
8. Centre médico sociaux
9. Centre de santé GAMMES Santé
10. Centre de santé HUMAN Santé
11. Centre de santé Quartier Santé Lemasson
12. CESAM Migration
13. Chorus
14. La Cimade
15. CLAT
16. CODES 34
17. COHEP
18. Collectif santé précarité
19. CPTS
20. CSAPA
21. DAC
22. Elever en tribu
23. Enipse
24. Envie
25. EPE
26. Fac dentaire
27. Forum réfugiés
28. Frantz Fanon
29. Halte solidarité
30. Inclusion numérique de la Ville
31. Infirmières de santé globale
32. Maladies Rares
33. La MAP de la Ville
34. Médecins du Monde
35. Médiateurs adultes-relais
36. Mission locale
37. MSP Cévennes
38. MSP Montpellier sud
39. PASS
40. Planning Familial
41. PMI : Equipe mobile de soutien aux familles MSF
42. SAMU social
43. SIAO
44. Structures d'hébergement
45. Via Voltaire
46. UMIPP
47. 3MTKD





# PRATIQUES DE MÉDIATION EN SANTÉ À MONTPELLIER

Rapport d'enquête 2024 - 2025

Document réalisé en juin 2025 par le CODES 34 pour le compte du Contrat Local de Santé de la Ville de Montpellier. La mission est financée par l'Agence Régionale de Santé Occitanie dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens avec Promotion Santé Occitanie, avec qui le CODES 34 contractualise pour la déclinaison de la feuille de route Héraultaise.

## Contacts :

### **Delphine Lavabre Mias**

Chargée de mission santé  
[delphine.lavabre-mias@codes34.org](mailto:delphine.lavabre-mias@codes34.org)

### **Céline Grimaud**

Chargée de mission santé  
[celine.grimaud@codes34.org](mailto:celine.grimaud@codes34.org)

### **Fabrice Filleron**

Coordinateur Contrat Local Santé  
[Fabrice.FILLERON@montpellier.fr](mailto:Fabrice.FILLERON@montpellier.fr)

