Capitalisation des expériences en promotion de la santé

Fiche de capitalisation

Médiation en santé en zone rurale

En Haute Vallée de l'Aude

Médecins du Monde

Résumé

Le projet de médiation en santé a été créé en 2016 par Médecins du Monde pour apporter une réponse à la problématique d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité sur le territoire rural de la Haute Vallée de l'Aude. Durant 10 ans, ce programme a développé 5 volets pour favoriser l'accès à la santé sur ce territoire : l'aller-vers, l'accompagnement individuel, l'approche communautaire, le réseau partenarial et le plaidoyer. Les actions de chaque axe ont été déployées en prenant en compte les spécificités de ce territoire rural et ses contraintes.

Cette capitalisation porte sur la mise en œuvre de ces volets sous l'influence de ce milieu de vie et met en valeur l'impact que ce programme, axe par axe, a eu sur ce territoire pour les personnes partageant ce bassin de vie.

Capitalisation accompagnée par Anaëlle GOURMELON [Avril 2026]

Carte d'identité de l'intervention

Intervention	Médiation en santé en zone rurale en Haute Vallée de l'Aude
Porteur	Médecins du Monde
Thématique	Médiation en santé
Population cible	Personnes en situation de précarité
Dates du projet	2016 - 2026
Milieu d'intervention	Haute Vallée de l'Aude (HVA) (11)
Région	Occitanie
Niveau géographique	Intercommunale
Principaux partenaires	Le Contrat Local de Santé (CLS), la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) et l'ensemble des professionnel·les de santé libéraux, l'Assurance Maladie, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), le centre de santé sexuelle du Département, la Maison des Solidarités du Département, les associations caritatives (Restos du cœur, Secours Catholique, Petits Frères des Pauvres, …) etc.
Objectifs	Améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité dans la Haute Vallée de l'Aude, en luttant contre les inégalités sociales et territoriales de santé sur ce territoire rural.
Stratégies mobilisées	Aller-vers Accompagnement individuel Approche communautaire Réseau de partenaires Plaidoyer

Contributrices	**Flavienne MAZARDO-LUBAC** Coordinatrice du programme « précarité et accès à la santé en Haute Vallée de l'Aude » *flavienne.mazardo-lubac@medecinsdumonde.net* *languedoc-roussillon@medecinsdumonde.net* www.medecinsdumonde.org **Huguette DUBOIS** Responsable de Mission bénévole
Accompagnatrice	**GOURMELON Anaëlle** Indépendante *gourmelonanaelle@gmail.com*

Méthodologie	Fiche réalisée sur la base d'entretiens de capitalisation conduits en 2026, en présentiel.

Présentation de l'intervention

Présentation de la structure

L'association Médecins du Monde (MdM) est une organisation non gouvernementale créée en 1980. Indépendante, l'association mène dans un premier temps des missions à travers le monde avant de mettre également en place des programmes en France en 1986. A l'origine, l'objectif des programmes de Médecins du Monde en France est d'améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables et stigmatisées (usager·es de produits psychoactifs, migrant·es, travailleur·euses du sexe) et de témoigner de l'impact des conditions de vie sur la santé des personnes. Début des années 2010, conscient de la précarisation des populations vivant en milieu rural, travailleur·euses pauvres ou sans emploi, vivant parfois dans des logements insalubres et subissant la désertification médicale et la disparition des services publics, MdM décide de mettre en place des programmes en milieu rural. Dans ces projets, l'approche n'est plus alors populationnelle mais devient territoriale et se base sur les déterminants de la santé. MdM doit alors s'adapter pour prendre en compte le territoire et ses enjeux dans sa méthodologie de projet[1].

Contexte

Le projet de MdM de médiation en santé en milieu rural, s'inscrit dans le territoire du Languedoc-Roussillon et plus spécifiquement en Haute Vallée de l'Aude. Situé au Sud-Ouest du département de l'Aude, limitrophe de l'Ariège et des Pyrénées Orientales, ce territoire de moyenne montagne regroupe la communauté de communes des Pyrénées Audoises et l'ex Pays de Couiza, désormais intégré à la communauté de communes du Limouxin.

Les enjeux du territoire de la Haute Vallée de l'Aude :

Ce territoire est composé de 85 communes. Les communes principales sont Quillan qui compte près de 3000 habitant·es et Espéraza, Couiza et Chalabre qui comptent plus de 1000 habitant·es. L'ensemble des 85 communes est réparti sur 1 222 km² et rassemble 17 953 personnes en 2020. Cela correspond à une densité de population de moins de 15 habitants au km².

Les différents diagnostics[2] et la mission exploratoire de MdM ont mis en évidence des facteurs de vulnérabilité :

- un isolement géographique dû au relief et à l'enclavement
- une mobilité compliquée qui repose surtout sur l'usage de la voiture, le réseau de transports en commun ne permettant pas de déplacement fluide entre les communes du territoire
- une précarité financière forte avec un taux de pauvreté de 28,1% (en 2021) dans la communauté de communes des Pyrénées Audoises, des revenus faibles puisque 66,9% des ménages fiscaux de ce territoire sont non imposés (en 2021) et un taux de chômage élevé (21,1% en 2018)
- une population vieillissante, avec 47% des habitant.es des Pyrénées audoises ayant 60 ans et plus en 2022.

[1] Revue La santé en action, Dossier « Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ? », Article « Les relations entre la santé et le territoire en épidémiologie sociale » page 11, Juin 2014, n°428

[2] Diagnostics du Contrat Local de Santé (CLS) Limouxin Pyrénées audoises, de la Communauté Professionnelle Territoriales de santé (CPTS) Moyenne et Haute vallée de l'Aude ou encore de la Convention Territoriale Globale (CTG) Pyrénées audoises

La santé dans la Haute Vallée de l'Aude

Il s'agit d'un territoire rural qui subit, comme beaucoup de territoires de ce type, une désertification médicale. En 2024, MdM estimait à 0,61 médecins généralistes exerçant en libéral sur le territoire pour 1000 habitant·es, ce qui entraîne un fort taux de population n'ayant pas de médecin traitant.

De plus, la population est éloignée de la prévention, géographiquement mais aussi du fait du non-recours lié aux déterminants de santé (précarité, conditions de vie difficiles, isolement, découragement…). Cet éloignement concerne notamment la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive. Par exemple, le taux de recours aux dépistages organisés du cancer du sein et du col de l'utérus est plus faible que celui observé au niveau régional.

Enfin, les services d'accès aux droits sont de plus en plus rares, les services de la CAF et de la CPAM n'ont plus de guichet et sont remplacés par des plateformes. Cette numérisation des services publics favorise la fracture numérique et renforce l'éloignement du recours aux services des populations les plus vulnérables malgré l'existence des espaces France services.

Un contexte favorable au projet de MdM

Au milieu des années 2010, la délégation du Languedoc-Roussillon de MdM est sollicitée à de nombreuses reprises par des associations du territoire de la Haute Vallée de l'Aude qui alertent sur un risque accru de précarisation des populations et un accès de plus en plus complexe aux droits, à la prévention et aux soins. Soutenu à cette époque par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Languedoc-Roussillon, MdM décide fin 2014 de mener un diagnostic sur le territoire. Cette mission exploratoire et par la suite la réflexion et la conception de ce programme bénéficieront d'une volonté stratégique de MdM au national de développer des programmes sur des territoires ruraux. Ce projet en HVA s'appuiera aussi sur les enseignements du programme lancé en Auvergne en milieu rural quelques années auparavant. Au niveau local, MdM profitera aussi d'un CLS[3] mis en place depuis quelques années mais encore peu développé. Enfin, le tissu associatif, avec des structures comme les restos du cœur, sera un appui fort pour la mise en œuvre du programme.

La médiation en santé comme outil pour l'accès à la santé en milieu rural

Il est bien difficile de définir le « milieu rural », ce terme englobe des territoires ruraux dont les espaces sont hétérogènes en raison de différences de réalité et de vécu. En effet, le vécu du « milieu rural » en périphérie d'une grande métropole n'est pas le même que celui d'un village en montagne. Cependant un grand nombre de ces territoires sont caractérisés par des fragilités et des enjeux spécifiques. On constate, d'une part, l'éloignement ou la désertification des pôles de services publics et d'emploi. Cet éloignement est renforcé par un accès difficile aux réseaux de transport en commun et une dépendance plus grande à la voiture. D'autre part, les niveaux de vie, globalement plus faibles, engendrent des inégalités qui sont amplifiées par un déficit ou une dispersion des ressources locales (emploi, formation, loisirs, droits sociaux). D'autres facteurs de vulnérabilité peuvent être soulignés comme l'isolement, le vieillissement, des comportements à risques (cause de surmortalité). Tous les facteurs de vulnérabilité sont accrus dans ces territoires du fait de l'éloignement géographique. Enfin, le déficit d'accès ou de non-recours à la prévention en santé et le manque d'accès aux soins hospitaliers et de proximité ont des incidences sur la santé des habitant·es de ces territoires.

[3] Revue La santé en action, Dossier « Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ? », Article « Les relations entre la santé et le territoire en épidémiologie sociale » page 14, Juin 2014, n°428

Notons bien que ces tensions autour de l'offre de soins de proximité ont non seulement un impact sur le parcours de soins des individus, mais elles tendent aussi à réduire mécaniquement la place accordée à la prévention dans l'activité des différents soignants sur le terrain.

Fragilités et enjeux spécifiques des territoires ruraux français. Y.Fayet, H.Mainet, G.Daumont. La santé en action- N°472- janvier 2026

Dans ce contexte de fragilités du territoire de la Haute Vallée de l'Aude, MdM met en place, en 2016, un projet visant l'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de précarité dans la HVA, afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé sur ce territoire rural. Pour répondre au mieux à cet objectif, MdM développe des actions de médiation en santé[4]. MdM fait le choix de la médiation en santé car cet outil permet un accès effectif aux soins pour les personnes et contribue à faciliter la réponse des professionnel·les et des institutions. De plus, la médiation en santé permet la remontée des attentes, représentations et comportement des publics spécifiques vers les professionnel·les et politiques publiques de santé[5]. Le programme de MdM durera 10 ans, le projet ayant été validé pour une temporalité définie selon la méthode de planification de projet avec un transfert finalisé en 2026.

La médiation en santé est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions aux inégalités de santé dans notre société. Visant la promotion de la santé et son accès pour tous, elle est fondée sur les principes d'action et les valeurs éthiques et sociales défendues par la Chartre internationale d'Ottawa. 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.

La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques – Rapport HAS - 2017

[4] La médiation en santé a officiellement été reconnue par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 90) et inscrite dans le code de la santé publique (article L. 1110-13)

[5] Nadine HASCHAR-NOE, Florent BERAULT, *La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoin*. Santé Publique 2019/1 Vol.31. Edition SFSP. Pages 31 à 42

Les actions de MdM sont réparties en 5 volets

La médiation en santé permet de (re)créer le lien entre le système de santé et les personnes qui en sont éloignées. Cela désigne la fonction d'interface pour d'une part favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins auprès des publics les plus vulnérables et d'autre part sensibiliser des acteur·trices du système de santé sur les obstacles rencontrés par le public dans son accès. Le programme a alors été conçu en 5 volets interconnectés afin de prendre en compte tous les axes[6] de la médiation en santé et ainsi maximiser son impact.



« Et finalement, chacun des volets s'est nourri des autres. Si on n'avait pas fait « d'aller-vers », on aurait fait moins d'entretiens individuels. Si on n'avait pas les entretiens individuels, on n'aurait pas noué tous ces contacts et on n'aurait pas entendu tous les besoins alors on n'aurait pas réussi à faire du collectif et du communautaire. Et si on n'avait pas toutes les données issues des parcours des gens, on n'aurait pas pu faire remonter les dysfonctionnements au réseau de partenaires. Donc en fait, tout est lié et tout se tient. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC
Coordinatrice

La mise en œuvre de ces 5 volets a été travaillée en prenant en compte l'expérience d'un autre programme de médiation en santé développée en 2013 par MdM dans les Combrailles, en Auvergne[7].

[6] Le Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques de la HAS sur la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins (Octobre 2017) définit 4 axes d'intervention de la médiation en santé : Axe 1 :(Re)créer la rencontre avec les personnes concernées, Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de santé, Axe 3 : Proposer des actions collectives de promotion de la santé, Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet

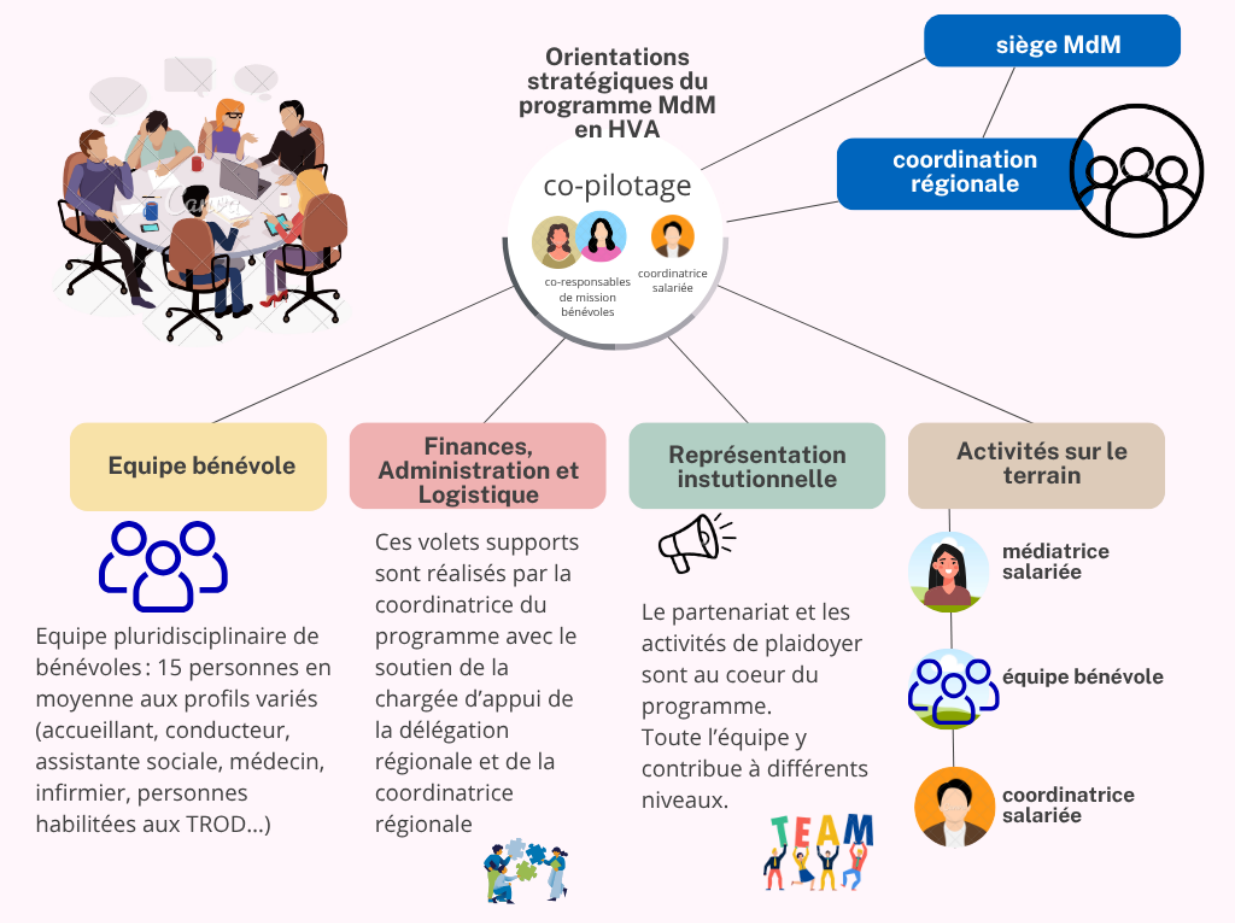
[7] Malette pédagogique issue de la capitalisation du programme de médiation en santé de MdM en Auvergne, 2019

La médiation en santé 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 pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques – Rapport HAS - 2017

Organisation et fonctionnement de l'équipe



La formation est un enjeu majeur[8] dans un programme de médiation en santé afin de permettre la montée en compétences mais aussi l'harmonisation des pratiques. Les membres de l'équipe, qu'ils soient bénévoles ou salariés, ont accédé tout au long du programme à de nombreuses formations, sur l'approche même de la

[8] Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est & Groupe de travail PRAPS Grand Est. Guide de la médiation en santé, 2025. Page 20

médiation en santé mais aussi sur des thématiques de santé ainsi que des techniques d'entretien ou des enjeux de posture.

Les résultats observés

MdM a mené une évaluation intermédiaire externe du programme d'accès à la santé en Haute Vallée de l'Aude en 2021, 5 ans après le début de ce projet. Basée sur des entretiens de personnes concernées, de partenaires, de bénévoles et salarié·es, cette évaluation à mi-parcours a montré entre autres que :

- Le dispositif permet de refaire émerger une demande de la part de personnes qui vivent en situation de précarité et qui avaient décroché du soin ou abandonné leurs droits.
  Ainsi, l'évaluation intermédiaire pointe que la totalité des 23 personnes concernées interrogées affirme avoir effectivement des **droits ouverts** grâce à l'accompagnement de MdM.
  Et parmi ces 23 personnes concernées interrogées, 21 affirment que MdM leur a permis d'**accéder aux soins** de manière très satisfaisante (17) ou satisfaisante (4) (2 n'ont pas répondu à la question).
- Les méthodes d'accompagnements proposées favorisent auprès des personnes accompagnées une amélioration de leur accès aux droits, à la prévention et aux soins, un meilleur état de santé, un développement de leurs compétences pour accéder à la santé, une remobilisation et une plus grande autonomie.
  L'évaluation intermédiaire note que 15 personnes concernées interrogées sur les 23 estiment que l'accompagnement de MdM leur permet d'**améliorer leur santé sur le plan physique** et en sont satisfaites.
  L'analyse souligne que MdM joue de l'avis des bénéficiaires un rôle de soutien psychologique important auprès des personnes. Parmi les 16 personnes concernées interrogées ayant exprimé une détresse psychosociale au moment de leur entrée dans le programme, **la quasi-totalité affirme que MdM les aide sur le plan psychique** en améliorant leur bien-être général, en leur redonnant espoir et en améliorant leur moral.
  L'un des facteurs importants d'autonomie par rapport à l'accès aux soins, est la question de la **maîtrise du réseau local d'acteurs de santé**. Parmi les personnes interrogées, **trois sur quatre** se montrent très satisfaites sur ce point.
- La création du réseau santé précarité HVA a renforcé les liens entre les partenaires et la fluidité des orientations.
  Dans l'évaluation intermédiaire, environ de 20 à 30 partenaires sont présents à chaque fois aux réunions plénières, ce qui est considérable et montre à quel point **ce réseau est précieux pour les acteurs.**

Question de capitalisation

Cette capitalisation porte sur la mise en œuvre de ce projet de médiation en santé sur le territoire rural de la Haute Vallée de l'Aude.

En lien avec les spécificités du territoire de la HVA, territoire rural, comment les différents volets de la médiation en santé ont été mis en œuvre ? Et quels ont été les impacts de ces actions sur le territoire ?

Principaux éléments saillants

L'aller-vers

Comment mettre en place l'aller vers ?

- *Mise en place de stand d'information*

- Au début pour se faire connaitre, en ciblant des lieux fréquentés par le public cible comme les fins de marchés ou certains évènements locaux

- *Déambulation près de lieux stratégiques*

- En ciblant des lieux où se retrouvent des personnes en situation de précarité (dans ce projet : des terrains de pétanques, abords de rivière, endroits de stationnement de vans)

- *Déplacements ponctuels sur invitations de « relais pairs »*

- En étant introduit par des personnes précédemment accompagnées auprès d'autres personnes vivant en squat ou dans des logements indignes

- *Arrêt le long de la route*

- A l'occasion de trajets prévus par l'équipe, en prenant des personnes faisant du stop et en profitant de ce temps pour échanger et entamer un accompagnement

- *Mise en place de permanences délocalisées et régulières en différents points du territoire*

- En fonction des habitudes de vie du public et non des convenances institutionnelles
- Sur les mêmes créneaux que les distributions et permanences d'autres associations caritatives sur le territoire
- Lorsque le public ne vient pas sur la permanence, ne pas rester dans son bureau mais sortir pour rencontrer des relais potentiels que ce soit des habitant·es ou des services (pharmacie, commerce, associations locales…).

Spécificités du territoire :

-un isolement des personnes en situation de précarité et abandon de leur santé
- un territoire vaste
- plusieurs vallées distinctes
- des déplacements complexes
- un public vulnérable qui parfois ne sollicite pas les services.

L'aller vers a contribué à :

La connaissance du public du projet et des lieux de permanences.

L'instauration d'un lien de confiance qui favorise la venue sur le dispositif de personnes réticentes au départ.

A éviter :

Les maraudes selon un circuit systématique car les rues des villages ne sont pas forcément fréquentées.

L'installation d'une permanence avec un camion au milieu de la place sans aller vers le public car les personnes les plus précarisées ne vont pas venir d'elles-mêmes vers le dispositif.

« L'aller-vers, ça sert justement à aller repérer ces gens qui renoncent et qui ne viennent pas solliciter. C'est vraiment l'enjeu de créer la rencontre avec des personnes qui ont abandonné leur santé, totalement ou partiellement. Certaines vont s'occuper d'un problème aigu, comme une grippe, mais ne vont pas avoir des habitudes de vie favorables à la santé. Ils ne vont pas oser ou même penser parler par exemple de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé. Ça m'a un peu surprise que presque 50% des personnes accompagnées aient un médecin traitant. Et effectivement, les personnes en précarité peuvent avoir besoin de médiation en santé même lorsqu'ils ont un médecin traitant. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

L'accompagnement individuel

Comment mettre en place l'accompagnement individuel ?

- *Un accompagnement global adapté à la personne*

- En le graduant et l'adaptant aux besoins de la personne et à sa temporalité (sans fixer de rdv systématique)
- En prenant en compte la demande de la personne et son contexte de vie (accès aux droits, logement, alimentation santé sexuelle, addictions, isolement social...)
- En ayant la possibilité d'accompagner physiquement à des RDV
- En informant et en expliquant les droits, le système de santé et le rôle des professionnel·les
- En abordant des sujets divers en santé que la personne n'ose pas ou ne pense pas aborder avec le personnel médical

- *Une orientation adaptée aux besoins et au territoire*

- En ayant une connaissance fine des professionnel·les et des structures pour orienter selon les besoins, les attentes et le vécu de la personne (exemple orienter vers un·e professionnel·le à l'aise avec la thématique de l'addiction pour une personne en situation de dépendance)
- En orientant vers les structures du territoire pour favoriser le lien social, lorsque la personne n'adhère pas encore à une orientation médicale

- *Un renforcement du lien avec le milieu du soin*

- En préparant la future consultation avec la personne, en balayant le contexte et recueillant les appréhensions
- En travaillant sur la relation soignant/soigné pour adopter un positionnement sans soumission et oser dire ses contraintes et ses questionnements

- *Les modalités de cet accompagnement*

- L'accueil avec des informations et les actualités santé du territoire ainsi que la présentation des missions de MdM sur le territoire
- Une posture d'écoute, de bienveillance, de non jugement des bénévoles et salarié·es dans une volonté d'échange et de bâtir la confiance avec les personnes accompagnées
- L'utilisation d'un questionnaire, d'un logiciel de recueil de données pour suivre avec la personne les étapes de son parcours et être attentif aux difficultés d'une rencontre à l'autre, et d'un répertoire des partenaires
- L'instauration de temps de prévention avec des outils spécifiques (Test Rapide d'Orientation de Diagnostic ou le CO testeur) permettant d'aborder des thématiques diverses.

Spécificité du territoire :

- un éloignement symbolique et physique de la santé renforçant les retards de prise en charge
- des vécus d'expériences difficiles avec le corps médical
- une méconnaissance du système de santé
- des difficultés d'accès aux droits et aux soins
- une fracture numérique
- une désertification médicale et une embolisation des patientèles
- une absence de recours à la prévention.

L'accompagnement individuel a contribué à :

Une remobilisation et une responsabilisation des personnes concernées.

Une prise de conscience de la santé globale et un accès à la prévention.

Une réduction des rendez-vous non honorés auprès des professionnel·les de santé.

Des consultations plus aisées auprès des professionnel·les de santé.

A éviter :

Se substituer au droit commun et aux partenaires.
Confondre médiation en santé et travail social.

« La médiation en santé permet un temps d'écoute. Donc finalement, ce besoin de considération est pris en compte. Et on essaie de faire prendre conscience à la personne que le médecin n'aura pas une heure à consacrer, que ça risque d'être court et que dans ce temps imparti, il faut exposer les points à aborder. On travaille en amont pour optimiser les consultations et éviter de mauvais ressentis des personnes. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

« Au cours de l'accueil et de l'entretien, quand on remarquait que les personnes étaient vraiment éloignées des lieux de consultation, qu'elles n'avaient pas les moyens de transport, cela arrivait dans certains cas qu'on les accompagne avec la voiture de MdM. En moyenne, cela arrivait 2 fois par mois. Dans cette démarche de responsabilisation quand on remarquait qu'ils étaient à même de remplir leur dossier, on leur donnait les moyens pour le faire, on les invitait aussi à aller voir le travailleur social pour poser d'autres questions relevant de son champ de compétence et d'action. »

Huguette DUBOIS, bénévole

Le réseau partenarial

Comment mettre en place un réseau partenarial ?

- En rencontrant les professionnel·les pour expliquer le projet de MdM
- Avec la participation des directions des structures en permettant la disponibilité de leurs salarié·es de terrain lors des rencontres
- Par l'organisation de réunions trimestrielles pour échanger sur l'actualité des différentes structures
- En adoptant une posture volontariste et proactive vis à vis des partenaires pour favoriser le lien
- En étant attentif aux besoins des partenaires et en connaissant de façon détaillée leurs activités (lieu, horaire, public...)
- En rencontrant les professionnel·les à l'occasion d'accompagnement physique de personnes
- En communiquant et en faisant des rappels par mail et par téléphone pour fédérer lors des rencontres prévues
- En adaptant ses actions en fonction des actions des autres partenaires
- En rencontrant les partenaires sur des temps informels (pause déjeuner...)
- En participant à diverses réunions auprès du département, de la communauté de communes, de l'ARS, aux comités de pilotage de projets en lien avec la santé globale
- En créant un répertoire détaillé et actualisé des partenaires et de ce qu'ils proposent.

Spécificité du territoire :

- des partenaires basés hors du territoire et peu disponibles
- des structures qui réalisent des permanences sur un seul lieu du territoire mais peu fréquentées car peu identifiées
- une méconnaissance des partenaires du soin et de la solidarité entre eux
- peu de structures présentes sur le territoire.

Le réseau partenarial a contribué à :

Une confiance et une interconnaissance fine entre les partenaires qui bénéficient à l'orientation des personnes.

Une journée santé « parlons santé » regroupant un grand nombre de partenaires.

Un réseau santé précarité qui réunit les structures intervenant sur la Haute Vallée de l'Aude.

« Ma grande satisfaction c'est lorsque les partenaires disent, suite à la réunion, j'ai découvert qu'il y avait tel ou tel dispositif et comme par hasard, deux jours après, j'avais besoin pour une orientation, on a pu s'appeler. Ou alors des partenaires qui se sont rencontrés au sein du réseau et qui ont monté après des projets ensemble. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

L'Approche communautaire

Comment mettre en place l'approche communautaire ?

- Par l'organisation d'une réunion participative pour la première année du projet en invitant toutes les personnes de la file active
- En étant à l'écoute et en portant une grande attention aux besoins et préoccupations
- En invitant et sollicitant régulièrement les personnes sur des actions adaptées à leurs besoins et attentes
- En créant les conditions de l'échange et de la participation avec des animations adaptées aux personnes concernées lors des rencontres
- En favorisant la participation en invitant les personnes concernées à des réunions partenariales
- En préparant et en accompagnant les personnes concernées à des rencontres avec des pouvoirs politiques
- En invitant et en accompagnant les personnes à prendre la parole et témoigner, en valorisant leurs expériences et leurs réalisations
- En accompagnant à la création de collectifs associatifs ou informels qui rassemblent des personnes du territoire.

Spécificité du territoire :

- Pas de communauté de pratique ou populationnelle préexistante
- Un isolement social et une mésestime de soi parfois ressentis par les personnes concernées.

L'approche communautaire a contribué à :

Une adhésion des personnes et un sentiment de reconnaissance.
Une interconnaissance des personnes concernées.
La création de lien social.
La création d'un groupe de soutien mutuel pour les femmes victimes de violences et participant au réseau départemental Violences IntraFamiliales (VIF).
La création d'une association gestionnaire d'un jardin partagé.
La découverte et la montée en compétence des personnes sur le montage de projet.
L'existence d'une dynamique communautaire incarnée dans différents projets très concrets sur le territoire et en faveur de la santé de tous et toutes.

« Médecins du Monde a été invité à participer à un film débat, avec une personne qui pourrait témoigner de son parcours de sans domicile fixe. J'ai demandé à Mme M. en lui expliquant le contexte et l'intérêt de sa parole, « est ce que tu accepterais de venir témoigner ? ». «Ouh là là », elle m'a dit, « je ne saurais pas parler en public » puis après un temps d'échange elle m'a dit « d'accord c'est important que les gens connaissent cette galère vécue par une femme. Mais pas toute seule, si tu viens avec moi d'accord. » Et donc, on a été à ce film, suivi du débat où elle a pu témoigner de son expérience, devant un auditoire de plus de 100 personnes. Depuis elle a décidé d'écrire son histoire et participe de temps en temps au groupe de soutien mutuel des femmes victimes de violences. »

Huguette DUBOIS, bénévole

Le plaidoyer

Comment mettre en place un plaidoyer ?

- En recueillant des données précises sur la base des actions menées afin d'objectiver la présence des inégalités sociales et territoriales en santé
- En portant une grande attention aux besoins et problématiques des personnes concernées et des professionnel·les
- En recueillant et diffusant ces besoins et problématiques aux instances décisionnelles
- En s'appuyant sur le réseau de partenaires pour faire connaître les problématiques
- En faisant connaître le vécu des personnes en situation de précarité par des témoignages ou en les soutenant dans leur accès aux instances de démocratie participative
- En s'appuyant sur les médias (presse, radios) pour mieux faire comprendre au grand public les difficultés et la réalité des conditions de vie des plus précaires
- En soutenant la participation de « porte-parole » du milieu du soin (par exemple, l'investissement au sein du projet d'une médecin généraliste en exercice).

Spécificité du territoire :

- des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les personnes en précarité
- une méconnaissance du grand public des problématiques d'accès à la santé rencontrées par les personnes en situation de précarité
-une invisibilisation des problématiques des personnes précarisées
- une mobilité très difficile notamment avec la disparition du train jusqu'à Quillan complexifiant l'accès à la santé.

« Ça les a ouverts à cette réalité, pour certains, ils ne connaissaient pas de personne en situation de précarité. Parce que les gens ne le crient pas sur les toits qu'ils n'ont plus de droits, qu'ils sont dans des difficultés. »

Huguette DUBOIS, bénévole

Le plaidoyer a contribué à :

La connaissance et la meilleure compréhension du grand public du vécu des personnes en situation de précarité.

La mise en place ou le retour de services sur le territoire.

L'adaptation par les partenaires de certaines procédures.

Les principaux freins rencontrés

Des freins, relevant de diverses catégories, ont pu être rencontrés tout au long du programme. L'équipe a mis en place des actions au sein des axes pour réduire voire contourner ces freins.

Freins liés aux partenaires	- Partenaires déjà très sollicités - Préjugés envers les personnes en grande précarité - Manque de connaissance de la médiation en santé et de ses impacts
Freins structurels du territoire	- Territoire vaste et difficilement desservi - Eloignement géographique complexifiant les possibilités d'orientations vers un professionnel du droit commun - Insuffisance de l'offre de soins et de prévention - Saturation de l'offre de soins existante et délais d'accès : rdv compliqués à obtenir, temps d'attente en salle d'attente etc - Difficultés d'accès aux dispositifs de santé mentale et de soutien psychosocial - Manque de coordination dans les parcours
Freins liés aux personnes concernées	- Hétérogénéité des problématiques rencontrées - Impact des déterminants sociaux sur l'accès aux soins : difficultés de logement ou d'hébergement, difficultés de transport etc. - Peu d'acculturation à la prévention en santé - Difficultés de compréhension et d'orientation
Freins internes liés aux Ressources Humaines	- Turn-over sur le poste de médiatrice en santé - Recrutement et disponibilité des bénévoles - Temporalité de la montée en compétences des bénévoles sur la posture de médiation en santé

Les facteurs de réussite

Le respect de la nécessaire temporalité

La notion de temps est revenue régulièrement dans le récit de la personne bénévole et de la salariée. D'une part, le temps est important pour **créer le lien** avec les personnes, cela nécessite parfois plusieurs rencontres et de prendre du temps lors de ces rencontres pour écouter. La **régularité de la présence** permet d'être identifié·e et de favoriser la compréhension du dispositif.

« On y est allé pendant six mois, quasiment toutes les semaines, juste se balader le long des sources. Et puis une personne a « testé » notre accompagnement. Les autres ont pu constater à quoi nous pouvions servir et la dynamique a été lancée. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

D'autre part, le temps est une notion personnelle et propre à chacun·e, **le temps de l'accompagnement** peut être bouleversé par les préoccupations du quotidien, nombreuses et complexes parfois pour les personnes accompagnées. Il faut pour les bénévoles et professionnel·les respecter cette temporalité et tenir compte des enjeux prioritaires pour la personne. Le respect de la volonté de la personne fait partie du code de déontologie des médiateur.rices en santé.
Enfin, **le temps long** est nécessaire pour la mise en œuvre d'un projet de médiation en santé, il peut parfois se retrouver en opposition avec **un temps institutionnel.**

« Le projet a démarré, il avait été pensé pour 5 ans. L'implantation, en vrai, a duré pas loin d'un an. Le temps de constituer l'équipe, de la former, de faire des premiers partenariats, de se faire identifier par les premières personnes concernées. Là, je regardais sur les 6 premiers mois on n'a pas vu tant de monde. Mais après, c'est venu. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

Un territoire à connaître

La connaissance du territoire est essentielle à la mise en place d'un projet de médiation en santé en milieu rural. Tout d'abord, penser le territoire et savoir le délimiter dans la conception du projet est important. Les enjeux et liens entre les communes peuvent favoriser ou freiner la mise en œuvre d'un projet. **La taille du territoire** est importante. Un territoire trop vaste ne permettra pas une connaissance fine de ce dernier et empêchera une identification du projet sur tout le territoire.
La connaissance des lieux de vie, de rencontre des personnes permet de pouvoir cibler des lieux de permanences et favoriser l'aller-vers et la rencontre. De fait, ces lieux ne sont pas choisis en fonction de l'organisation de la structure mais en fonction des besoins des personnes afin de leur faciliter l'accès.
La connaissance détaillée des structures et de leurs activités permet une orientation adaptée aux besoins et contraintes des personnes.

Cette connaissance du territoire peut être alimentée par l'attention portée aux récits de vie des personnes, par le vécu et les informations données par les bénévoles et par l'échange avec les partenaires.



« C'est essentiel de savoir quels transports en commun existent : quelle ligne va où et quel jour ? Ces informations doivent contribuer à positionner son action par rapport à ce qui va être le plus facilitant possible pour les personnes qui sont éloignées. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC,

Réactivité, persévérance et flexibilité du cadre

Durant le projet, les bénévoles et salarié·es ont porté une attention particulière aux éléments remontés par les personnes accompagnées ou les partenaires, à propos de personnes isolées en situation de renoncement



« Notre stratégie c'est d'être à l'affût, il y a des endroits par exemple des petits squats qu'on a pu visiter grâce à cette stratégie. Ne pas être sur une modalité « zone de circuit », mais sur une approche un peu plus de réactivité. Donc, pour cela on a des créneaux dédiés qui nous permettent d'être réactif et de pouvoir nous déplacer rapidement. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

à la santé. Par exemple, des créneaux étaient dédiés afin de pouvoir réagir au plus vite aux différentes remontées d'information. Ainsi, pour ne pas rater l'opportunité d'une rencontre avec une personne indécise, sur invitation d'un proche ayant déjà fréquenté MdM, un échange sur le lieu de vie d'une telle personne éloignée de la santé a pu s'organiser rapidement. Cette réactivité fait partie de la stratégie de MdM afin de répondre aux spécificités du public cible et du territoire.

Comme dit précédemment, le temps long est important dans la mise en place d'un projet, ce temps doit être combiné avec une certaine persévérance. L'installation d'une permanence peut prendre du temps et il faut parfois aller au-delà des échecs, de l'absence du public cible et poursuivre en communiquant d'avantage, en informant les services de proximité. Il faut pouvoir éprouver une action avant qu'elle porte ses fruits ou de finalement l'arrêter.



« Sur Axat, on avait une permanence mensuelle qui ne fonctionnait pas trop. On a fait le tour des services... et finalement, on a touché quelques personnes. Ces personnes ne sollicitaient pas l'aide alimentaire qui se trouvait à Quillan. C'était trop éloigné pour eux. On a interpelé les Restos du cœur et par la suite, ils ont adapté leur tournée itinérante pour pouvoir venir à Axat. Et depuis, c'est une permanence qui fonctionne bien. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

Tout en ayant un cadre d'intervention clair garantissant une qualité des interventions, la sécurité des personnes accompagnées et la santé des équipes, à certains moments pouvoir être flexible est nécessaire au bon déroulement d'un projet.
Ces décisions doivent être validées en équipe et pas à un niveau individuel. Elles font évoluer le cadre des interventions, peuvent être requestionnées en équipe et engagent la responsabilité de la structure.

Par exemple, il est arrivé plusieurs fois que l'équipe prenne la décision de prendre des personnes en stop dans le cadre des activités alors que cela n'était pas recommandé initialement.

« Comme le territoire est grand, on roulait quand même régulièrement pour des réunions ou pour aller sur des permanences délocalisées. La première fois, on a pris en stop quelqu'un qu'on suivait et dont on n'avait plus de nouvelle. Et en fait, on s'est rendu compte que l'échange durant le trajet avait permis de raccrocher la personne à ses démarches de santé. Alors, on s'est mis à prendre les gens en stop. Mais attention, on ne faisait pas des tournées exprès. On a initié de nouveaux accompagnements individuels en rencontrant des personnes sur la route. Et pour les gens qu'on connaissait déjà, ils ont pu nous dire en voiture des choses qu'ils ne disaient pas en entretien. »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

La communication

La communication est un élément clé pour un projet de médiation en santé en milieu rural, elle est utile pour informer, sensibiliser, solliciter et valoriser. Les canaux de communication doivent être variés afin de pouvoir toucher le plus grand nombre de personnes. La fréquence de communication auprès des personnes concernées mais aussi des partenaires doit aussi être élevée pour être efficace, il ne faut pas hésiter à relancer les personnes. Les canaux de communication identifiés dans ce projet sont très divers et adaptés aux contraintes : les échanges directs lors des permanences, les appels téléphoniques, les SMS, les réseaux sociaux, WhatsApp pour les personnes n'ayant pas de crédit ou de réseau téléphonique dans leur village, les mails, le relais par les maires des communes, les affiches dans les endroits fréquentés, la parution dans la presse locale, les échanges avec les différentes structures, les prises de paroles lors d'événements, la distribution de flyers, lors de stand sur la voie publique. Un canal de communication essentiel (!) en milieu rural est aussi le bouche à oreille.

« Les gens peuvent venir directement à la permanence car ils ont une demande précise. Mais le besoin de santé peut mettre du temps à s'exprimer. La personne nous voit une fois, deux fois, trois fois sur une action « d'aller-vers » avant de venir en entretien. Mais le plus efficace, c'est le bouche-à-oreille qui représente plus de 60% de nos orientations ! »

Flavienne MAZARDO-LUBAC, coordinatrice

En conclusion

Ce programme de médiation en santé en Haute Vallée de l'Aude prévu pour 5 ans à l'origine a finalement duré 10 ans. Durant ces années, l'équipe de MdM, composée de bénévoles et de salarié·es, a su se montrer proactive dans tous les volets mis en œuvre.

En moyenne, par année, 49 sorties protéiformes «hors les murs », sur les lieux où se trouvent des personnes précaires, ont permis d'établir 306 contacts de personnes éloignées de la santé. 929 personnes ont été accompagnées individuellement au cours de ces 10 années. En moyenne, 163 personnes étaient reçues chaque année au cours de 515 entretiens de médiation en santé. Les missions d'aller-vers et d'accompagnement individuel ont été transférées à l'USSAP (Union Sanitaire et Social pour l'Accompagnement et la Prévention).

La démarche de santé communautaire a permis la création par des personnes accompagnées d'un jardin partagé, qui s'est ensuite constitué en association : Le Jardin des Colibris. Le groupe de soutien mutuel pour les femmes ayant connu des violences se pérennise au sein d'une association citoyenne, Notre Vallée en Santé, qui s'est créée dans la perspective de la fermeture de MdM. L'objectif de cette association est de promouvoir la participation des habitants dans des projets de santé qui les concernent.

Le réseau santé précarité est toujours animé dans le cadre du Contrat Local de Santé.

« Je pense que le projet a servi à faire passer les invisibles à la visibilité. Déjà, il a servi à ne pas rester dans une sorte de fatalisme, dans le sens où il est possible de s'associer pour faire avancer les choses, à la fois au niveau des personnes et au niveau du collectif. On peut mettre en place des réseaux, on peut mettre en place des actions, et on peut mettre en place d'autres relations, [...] faire bouger les lignes. Là où les institutions nous disent « là c'est pas possible », en fait, de prévoir autre chose.

Le programme, en tant que tel, n'a pas éliminé la pauvreté. Donc, c'est sûr qu'elle existe toujours. Mais, il a pu, je pense, permettre grâce à la relation de confiance et de non-jugement, de ne pas subir cette exclusion comme, comment dire, en se considérant comme des sous-hommes. Je veux dire, par la confiance et par le regard, ils ont pu venir et retrouver leur dignité. »

Huguette DUBOIS, bénévole

Pour aller plus loin

- Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est & Groupe de travail PRAPS Grand Est. Guide de la médiation en santé, 2025 Lien ici
- Bouchaud O, Hamel E, Soleymani D. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. La Santé en action, Juin 2022, n°460 Lien ici
- Collectif pour la Promotion de la Médiation en santé. Disponible sur : Lien ici
- France Travail. Le métier de médiateur/médiatrice en santé Fiche ROME disponible sur : Lien ici
- La Santé de l'homme. Ruralité et santé. Septembre-Octobre 2006, n°385 Lien ici
- La Santé en action. Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations. Juin2014, n°428 Lien ici
- La Santé en action. Vers des ruralités favorables à la santé. Janvier 2026, n°472 Lien ici
- Les inégalités sociales de santé, Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2010, n°73 Lien ici
- Médecins du Monde et Le Group'. Médiation en santé, Capitalisation des programmes de Médecins du Monde dans les Combrailles et à Lille-Sud. Disponible sur : Lien ici
- Médecins du Monde. Projet de Médiation en Santé MdM 2025 - Délégation Poitou-Charentes. Disponible sur : Lien ici
- Nadine HASCHAR-NOE, Florent BERAULT, La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoin. Santé Publique 2019/1 Vol.31. Edition SFSP. Pages 31 à 42 Lien ici
- Rapport HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins- Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, 2017 Lien ici
- Richard E. Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services en santé des populations éloignées du système de santé. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 2023 : Lien ici

Capitalisation
des expériences
en promotion
de la santé

Retrouvez plus d'informations sur la capitalisation des expériences en promotion de la santé sur le portail CAPS : www.capitalisationsante.fr