

## INNOVATIONS EN SANTÉ, DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX ET CHANGEMENT SOCIAL : UN RENOUVELLEMENT PAR LE BAS DE L'ACTION PUBLIQUE LOCALE DE SANTÉ

La Case de Santé de Toulouse (France)

Nadine Haschar-Noé et Jean-Charles Basson

De Boeck Supérieur | « Innovations »

2019/3 N° 60 | pages 121 à 144

ISSN 1267-4982

ISBN 9782807392809

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/vue-innovations-2019-3-page-121.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

---

# Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé

## La Case de Santé de Toulouse (France)

**Nadine HASCHAR-NOÉ**

*CRESKO (EA 7419), LaSSP (EA 4175)  
IFERISS (FED 4142), Université de Toulouse  
hascharnoe@orange.fr*

**Jean-Charles BASSON**

*IFERISS, (FED 4142), CRESKO (EA 7419)  
LEASP (UMR INSERM 1027), Université de Toulouse  
jean-charles.basson@univ-tlse3.fr*

### RÉSUMÉ

L'évolution des modes d'action publique en santé est réaffirmée dans la loi de 2016 et la Stratégie nationale de santé par la place importante accordée à l'innovation, l'expérimentation-évaluation et la démocratie sanitaire. Lauréate d'un appel à projets du Ministère portant sur l'accompagnement à l'autonomie en santé (2017-2021), La Case de Santé de Toulouse, composée d'un Centre de santé de premier recours et d'un Pôle Santé-Droits, met en œuvre des dispositifs et pratiques de médiation à même de cristalliser les problématiques sociales et sanitaires des populations les plus vulnérables. Les médiateur.trice.s contribuent à construire les conditions favorables à des innovations selon une dynamique ascendante, collective et participative ancrée dans son contexte local et une version démocratique de la santé. Ce faisant, ils.elles combinent une posture professionnelle fondée sur les critères

éthiques de la médiation et un positionnement politique à visée de changement social construit sur un retournement de la commande institutionnelle.

**MOTS-CLÉS** : Médiation en santé, Accompagnement, Autonomie, Inégalités sociales de santé

**CODES JEL** : I140

ABSTRACT

**Innovations in Health, Experimental Measures and Social Change: Bottom-up Renewal of Local Public Health Policy. La Case de Santé in Toulouse (France)**

The development of modes of public health policy is reaffirmed by the law of 2016 and by the national health strategy as demonstrated by the important role given to innovation, experimentation-evaluation and health democracy. Laureate of a call for projects, launched by the French Ministry (2017-2021), focusing on the support provided for health autonomy, “La Case de Santé” in Toulouse (which is made up of a primary care Health Centre and a Health-Rights Pole) exemplifies measures and mediation practices which focus on the social and sanitary questions and problems of the most vulnerable populations. Mediators contribute in building those conditions favorable to innovations by using a participative, collaborative, bottom-up approach, rooted in a local context and a democratic version of health. By doing so, they combine a professional position based on the ethical criteria of mediation and a political positioning aimed at social change which is built upon a reversal of the institutional request.

**KEYWORDS**: Health Mediation, Support, Autonomy, Social Inequality in Health

**JEL CODES**: I140

Les modes de gouvernement des corps et des politiques de santé publique ont singulièrement changé et se sont diversifiés depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle sans toutefois que l'on puisse en dégager un mouvement d'ensemble et saisir le sens des recompositions de l'action de l'État en matière de santé publique (Fassin, Memmi, 2004 ; Bergeron, 2010 ; Honta *et al.*, 2018). On peut cependant dégager quelques grands traits du renouvellement de l'action publique sanitaire contemporaine dans un contexte de développement des maladies chroniques, de persistance des inégalités sociales de santé (Honta, Basson, 2015, 2017b ; Haschar-Noé, Lang, 2017 ; Basson, Honta, 2018), de déploiement de l'ambulatorio hospitalier, de fortes contraintes budgétaires et d'usages gestionnaires de la qualité des soins (Ogien, 2009). En ouvrant progressivement la voie à des politiques incitatives et contractuelles prônant le partenariat public-privé et la mutualisation des ressources, encourageant les innovations technologiques

et/ou sociales, la prévention des risques individuels, la promotion de la santé érigée en bien commun ou encore la participation active des citoyen.ne.s, usager.ère.s ou patient.e.s, le renouvellement des modes d'action publique s'appuie sur des instruments différenciés – réglementaires et législatifs, financiers et économiques, incitatifs et contractuels (Lascoumes, Le Galès, 2004) – plus ou moins contraignants appelant les individus à devenir *in fine* autonomes et acteurs de leur propre santé.

L'évolution des modes d'action publique dans les champs sanitaire et social est réaffirmée dans la loi de 2016<sup>1</sup> et la Stratégie nationale de santé par la place importante accordée à l'innovation et à la démocratie sanitaire (Honta, Basson, 2017a). L'axe 4, « *Innover pour renforcer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers* », propose de soutenir l'expérimentation et l'évaluation de dispositifs innovants devant servir d'appui aux acteurs et à la participation des usager.ère.s<sup>2</sup>. Suite au rapport Saout (2015), ce duo expérimentation-évaluation (Okbani, 2014) se concrétise dans un appel à projets<sup>3</sup> pour la mise en œuvre de projets-pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé. C'est dans ce contexte encourageant des expérimentations comme instruments de changement social et d'innovations à visée de généralisation que nous focalisons notre contribution autour de deux questions générales. Quelles sont les conditions favorables à des pratiques d'innovations sociales permettant l'accompagnement à l'autonomie en santé ? Comment les acteurs locaux impliqués dans ces processus s'en emparent-ils et répondent à ces préconisations institutionnelles ?

Nous proposons d'exploiter les premiers résultats d'une recherche engagée en 2017 sur l'un de ces projets-pilotes, dans le cadre de son volet recherche-évaluation. Porté par La Case de Santé de Toulouse, ce projet-pilote s'intitule « *Médiation en santé et santé communautaire combinées à un service de santé de premier recours pour une plus grande autonomie en santé des personnes* » (2017-2021), son titre-programme annonçant ses ambitions. Combinant un Centre de santé communautaire de premier recours et un Pôle Santé-Droits, La Case de Santé promeut une approche globale de la santé et des activités de médiation visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Si la médiation en santé constitue un instrument de modernisation de l'action publique de santé, son développement se heurte au défaut d'intersectorialité entre les mondes sociaux de la santé et du social (Haschar-Noé, 2017), séparation actée lors de la création des Agences régionales de santé (Pierru, 2012).

1. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé parue au *Journal Officiel de la République Française* (JORF) du 27 janvier 2016 ; Stratégie nationale de santé (2018-2022), Ministère des Solidarités et de la Santé.

2. Stratégie nationale de santé (2018-2022), *op. cit.*, p. 62.

3. Arrêté du 17 mars 2016 paru au JORF du 24 mars 2016.

Nous montrerons que les dispositifs et pratiques de médiation de ce projet-pilote contribuent à construire les conditions favorables à des innovations sociales à même de renouveler les façons de faire de la santé publique (Fassin, 2008) en cristallisant les problématiques sociales et sanitaires des populations vulnérables. En privilégiant la médiation comme instrument d'accompagnement à l'autonomie en santé selon une dynamique ascendante, collective et participative ancrée dans son contexte local (Richez-Battesti *et al.*, 2012) et une version démocratique de la santé (Laville, 2014), les médiateur.trice.s combinent une posture professionnelle fondée sur un engagement basé sur les critères éthiques de l'accompagnement des personnes et un positionnement politique à visée de changement social construit sur un retournement de la commande institutionnelle.

## **L'expérimentation-évaluation et l'innovation sociale comme instruments de changement social**

De façon générale, l'injonction publique à l'innovation permanente s'inscrit, comme d'autres dispositifs<sup>4</sup> expérimentaux ou qualifiés d'innovants dans le champ sanitaire ou social, dans une visée d'amélioration des modes d'agir public (Grenier, Guitton-Philippe, 2010). Toutefois, elle s'apparente aussi à une manière d'élaborer, de légitimer et de conduire l'action publique en activant le duo expérimentation-évaluation comme instrument privilégié (Serverin, Gomel, 2012 ; Okbani, 2014).

Si plusieurs formules d'expérimentations sont concevables, l'une d'elles est « *utilisée de manière à tirer parti de la capacité d'innovation de la société civile [...] afin d'officialiser et d'étendre certaines pratiques nouvelles développées par les acteurs sociaux* » (Chevallier, 2005, p. 390). C'est sur ce type d'expérimentation que porte notre contribution. Comme le précise le Directeur général de la santé du Ministère des solidarités et de la santé, l'expérimentation doit être « *garantie par un double mécanisme d'évaluation [afin de promouvoir une] nouvelle vision du rôle du système de santé [ainsi que] les démarches innovantes qui viennent du terrain et des usagers eux-mêmes* »<sup>5</sup>. Quelle que soit la formule, l'expérimentation est bien conçue par la puissance publique comme

---

4. Nous choisissons une définition volontairement large de la notion de dispositif entendu comme « *un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques bref, du dit aussi bien que du non dit* » (Foucault, 1994, p. 299).

5. CAP 92, *La Newsletter du comité d'animation de l'appel à projets « Accompagnement à l'autonomie en santé »*, n°1, avril 2018, p. 1.

un levier de promotion et d'apprentissage du changement social (Chevallier, 2005). Elle constitue une façon d'interroger l'expérimentation comme innovation instrumentale et ses justifications en tant qu'elles sont porteuses de valeurs combinant recherche d'efficacité et geste politique (Lascoumes, Le Galès, 2004). Sont aussi encouragées dans ces projets-pilotes des innovations sociales entreprises par le bas, entendues comme des initiatives locales, ascendantes, non gouvernementales, à visées expérimentales et prenant appui sur des processus collectifs fondés sur l'association des parties prenantes et leur participation (Bouchard, 2006). En visant à répondre à des besoins sociaux non satisfaits ou non encore perçus par le marché, l'État ou tout autre acteur collectif (Hillier *et al.*, 2004), ces innovations s'inscrivent dans une perspective de changement des rapports sociaux et des arrangements institutionnels mais aussi de renforcement des capacités d'agir des personnes selon une logique participative et coopérative entre acteurs ancrés dans un même territoire d'action (Richez-Battesti *et al.*, 2012). C'est ainsi que des caractéristiques communes aux espaces favorables aux innovations organisent en partie La Case de Santé : capacités à se distinguer, voire à rompre avec des pratiques dominantes, à développer une ingénierie méthodologique et collective propre, tout en maintenant une frontière qui la protège, sans l'isoler, d'un environnement qu'il s'agit de transformer (Grenier, Denis, 2017).

## **Médiation et accompagnement à l'autonomie en santé : des enjeux sociaux et politiques**

Le développement récent de la médiation en santé a fait l'objet d'une proposition de référentiel par la Haute autorité de santé (HAS, 2017) marquant une étape dans les tentatives de définition de ses contours. Alternativement nommée « hospitalière », « sanitaire » ou « médicale » et majoritairement polarisée sur le règlement des différends entre patients et institutions ou professionnel.le.s de santé (Guillaume-Hofnung, 2009), la médiation en santé « *n'a rien à voir avec la médiation sanitaire telle qu'elle est conçue dans un établissement de santé pour approcher un litige* » (Saout, 2015, p. 19). Elle renvoie à des enjeux plus larges de prise en charge des différences qui peuvent se transformer en inégalités sociales de santé. Soeur jumelle de la médiation sociale dont elle s'est largement inspirée des démarches d'intervention et de leurs critères éthiques (Haschar-Noé, Bérault, 2019), elle se caractérise par un processus triadique, nécessitant la présence d'un médiateur-tiers, au statut non décisionnel (Faget, 2015). Interface de proximité pour informer, orienter

et accompagner les populations vulnérables, mais aussi pour sensibiliser les acteurs du système de santé aux obstacles qu'elles rencontrent, elle vise, d'une part, à faciliter leur accès aux droits, à la prévention et aux soins, d'autre part, à renforcer leur autonomie et capacités d'agir (Blanc, Pelosse, 2010) selon une visée d'équité en santé.

Dans le projet-pilote étudié, la médiation en santé est pensée comme un « *levier de l'autonomie en santé* », autonomie pour le moins incertaine (Baszanger, 2010) que Herzlich et Pierret (1991) analysent comme le passage pour les patients du droit à la santé au devoir de santé. En effet, depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, émerge une nouvelle figure contemporaine du patient : un individu auto-soignant et partenaire, acteur et auteur de son parcours de soins, voire de ses propres soins (Klein, 2012). Cette nouvelle figure devenue centrale en médecine se situe au cœur du processus d'innovation et s'inscrit dans « *la perspective d'une nouvelle forme individualisante de biopolitique dont la particularité est de gouverner à distance les conduites de santé par la promotion de l'autonomie et de la responsabilité individuelle* » (Noury, 2010, p. 317). Ces formes de gouvernement de soi d'inspiration néolibérale ont des conséquences majeures lorsqu'il s'agit de lutter contre les inégalités sociales de santé et plus particulièrement d'accompagner des populations dites à risques qu'il conviendrait de responsabiliser (Paul, 2012). Analyser les dispositifs et pratiques de médiation de La Case de Santé dans une visée d'autonomie en santé suppose de préciser les approches scientifiques mobilisées pour saisir leurs usages sociaux et politiques ainsi que les entraves qui limitent leur mise en œuvre.

## **Analyser les dispositifs et pratiques de médiation : des enjeux scientifiques**

La polysémie du terme « médiation » et le développement récent de pratiques institutionnelles et sociales qualifiées de « médiatrices » s'accompagnent d'une pluralité de définitions et d'une grande variété d'usages sociaux et politiques. Ce qui ne facilite pas l'analyse scientifique. Quatre entraves principales se font jour : objet social mal identifié, la médiation s'est constituée comme un univers de « croyants », donne lieu à des usages multiformes et enchevêtrés et se heurte à des visions sectorielles et nationales plus ou moins favorables à sa diffusion (Faget, 2015). Tant dans les discours publics que les pratiques sociales, Jacques Faget distingue la superposition de trois approches de la médiation : selon une option « nominaliste », la médiation est ce que l'on baptise ainsi et correspond le plus souvent à une stratégie de labellisation

permettant de qualifier le caractère novateur des projets ; selon une perspective « substantialiste », elle est définie par ses objectifs et désigne toutes les formes non verticales de régulation sociale visant à produire un monde commun et faciliter la production de nouvelles règles ou critères d'action pour sa transformation ; enfin, selon une approche « normative », sont qualifiées de médiations, les pratiques sociales qui correspondent à des critères éthiques élaborés par des praticiens dont la spécificité repose sur la posture de tiers. Définie par ses méthodes, la médiation résulte alors d'un « *processus contractuel de construction ou de réparation du lien social* » (Faget, 2015, p. 35). Pour saisir les caractéristiques des dispositifs et pratiques de médiation de La Case de Santé, nous proposons de combiner approches « normative » et « substantialiste » en les considérant comme complémentaires et indissociables.

## Terrain et méthodes

### La Case de Santé de Toulouse ou l'institutionnalisation d'un système d'innovation sociale en santé

La Case de Santé est créée en 2006 à l'initiative d'un médecin généraliste (Hambourg, 2005), qui en pose les principes fondateurs dans sa thèse. Selon une approche de santé communautaire inspirée de la Charte d'Ottawa, d'initiatives québécoises et belges, La Case de Santé repose sur deux entités, un Centre de santé de premier recours et un Pôle Santé-Droits, constituant un système d'innovation sociale en santé territorialisé, inclusif et participatif (Haschar-Noé, Lang, 2018). Son quartier d'implantation est un ancien *barri* formé au XIII<sup>e</sup> siècle, quartier populaire de Toulouse situé tout près du centre historique, caractérisé par une certaine autonomie urbanistique, géographique et sociale et nourri de plusieurs vagues d'immigrations successives (Brouat-Thillet, 1981).

Selon une visée de santé globale, incluant la prévention et la promotion de la santé, privilégiant l'*empowerment* de ses usager.ère.s-patient.e.s<sup>6</sup> et la dimension politique de la santé, La Case de Santé se définit comme un modèle alternatif de pratiques de « *médecine générale avancée* » et communautaire à contre-courant du modèle « *traditionnel et biomédical* » de la médecine libérale<sup>7</sup>. S'attachant à prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux de santé, elle « *visé à améliorer l'état de santé de populations particulières d'un*

6. Les deux publics majoritaires de La Case de Santé sont des usager.ère.s venant chercher des informations sur leurs droits en santé et des patient.e.s venant pour un rendez-vous médical. Les deux types se cumulent couramment, nous les avons regroupés sous le terme d'usager.ère.s-patient.e.s.

7. Extrait du carnet de terrain.



*territoire donné et à contribuer au développement de la collectivité en lui offrant un ensemble de services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires dont elle a besoin* » (Hambourg, 2005, p. 99). Se positionnant comme un système ouvert sur son environnement, La Case de Santé milite pour une santé de proximité, intégrée et participative reposant sur un travail en interprofessionnalité, une organisation autogestionnaire, la participation des usager.ère.s-patient.e.s et l'accroissement de leurs capacités d'agir individuellement et collectivement pour améliorer leur santé et leurs conditions de vie.

En 2018, La Case de Santé emploie vingt personnes : cinq médecins généralistes, deux psychologues, une sage-femme, quatre assistant.e.s de service social, trois médiateur.trice.s en santé, un coordonateur administratif et deux assistantes, une chargée de projet et un agent d'entretien. Deux infirmières sont en voie de recrutement auxquelles il faut ajouter des stagiaires, des internes en médecine et des juristes bénévoles. Le Centre de santé, agréé par la préfecture de Haute-Garonne en 2008, est conventionné avec l'Assurance maladie en tant que Centre de santé polyvalent. Ce qui implique le remboursement des actes médicaux, l'obligation du tiers payant et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation en santé. Parallèlement, La Case de santé a négocié des conventions de financement annuel ou pluri-annuel avec l'Agence régionale de santé, le Conseil départemental et la Caisse primaire d'assurance maladie. Pour compléter ses financements, elle fait également appel à des dons ou à des soutiens issus d'autres organismes publics ou associatifs, répond à des appels à projet expérimentaux et propose des formations. Seule lauréate pour la région Occitanie de l'appel national à projets-pilotes sur l'accompagnement à l'autonomie en santé, La Case de Santé est ainsi financée pour cette expérimentation par le ministère pour une durée de cinq années (2017-2021). Tous les dispositifs mis en œuvre dans ce cadre sont gratuits pour les usager.ère.s. Son projet-pilote repose sur trois axes complémentaires : une dynamique de santé communautaire considérée comme un accélérateur d'autonomie en santé ; la médiation en santé conçue comme levier de cette autonomie ; la formation et la participation à la construction d'un référentiel pour un « nouveau » métier de médiateur.trice en santé de premier recours.

## **Méthodologie**

En position de chercheur.e.s en charge du volet recherche-évaluation de ce projet-pilote, notre enquête a débuté en janvier 2017. Empruntant à une méthodologie ethnographique située au plus près des acteurs (Dubois, 2012), nous avons recueilli et analysé plusieurs types de données : des documents de travail produits par La Case de Santé ; des observations participantes lors

des réunions de travail avec l'équipe du projet-pilote (soit 57 heures consignées dans un carnet de terrain ethnographique) ; des observations de dispositifs mis en œuvre. Par ailleurs, nous avons mené des entretiens individuels semi-directifs avec les trois médiateur.trice.s en santé et douze professionnel.le.s des champs social, sanitaire et administratif (d'une durée cumulée de 44 heures) à l'aide d'un guide comportant cinq thématiques : trajectoire personnelle et parcours professionnel ; conception des dispositifs et pratiques professionnelles ; organisation et coordination en co et interprofessionnalité et avec des partenaires extérieurs ; dimensions innovantes du travail ; formation antérieure et continue et perspectives professionnelles.

## **Une extension des dispositifs de médiation en santé et une posture professionnelle fondée sur les critères éthiques de l'accompagnement**

Les pratiques de médiation de La Case de Santé sont fondées sur une posture de tiers, une façon d'être en relation à autrui dans un espace et un moment donnés (Paul, 2012), qui accompagne « *l'expérience et rend possible sa transformation en éléments de socialisation* » (Fourdrignier, 2011, p. 13). Une revue de la littérature sur la médiation en santé (Haschar-Noé, Bérault, 2019) et le référentiel de la HAS (2017) retiennent deux critères éthiques (Faget, 2015) cadrant ses pratiques : « l'aller vers » les publics, les institutions et les professionnel.le.s du social et de la santé ; « le faire avec » les personnes selon une logique d'*empowerment*. Cependant, les professionnel.le.s de La Case de Santé les considèrent comme insuffisants et proposent deux critères supplémentaires : le « être avec » les personnes et le « faire ensemble », marquant ainsi leurs « *points de désaccord* » avec les propositions de la HAS. D'une part, la médiation en santé ne doit pas seulement concerner les publics vulnérables, mais la population de façon générale car « *elle est un moyen de répondre à divers dysfonctionnements du système de santé et elle s'adresse à tous* »<sup>8</sup>, même si les usager.ère.s-patient.e.s de La Case de Santé sont en grande majorité issu.e.s de populations défavorisées. D'autre part, opposés à « *l'injonction à la neutralité de la médiation en santé* », ils défendent l'idée que les médiateur.trice.s en santé doivent se situer « *du côté des personnes accompagnées afin de contrebalancer le rapport de pouvoir existant entre elles et les institutions* »<sup>9</sup>.

8. Comité de projet *Accompagnement à l'autonomie en santé*, Case de Santé, 13 décembre 2017.

9. *Ibid.*

Selon une approche normative (Faget, 1995), nous proposons de catégoriser les dispositifs et pratiques de médiation à partir de ces quatre critères éthiques sur lesquels se fondent La Case de Santé. Cette catégorisation construite pour les besoins de l'analyse ne rend que partiellement compte des mises en œuvre, ces critères se cumulant, se combinant ou s'articulant au fur et à mesure des étapes du processus d'accompagnement des usager.ère.s-patient.e.s et de leur trajectoire singulière au sein des différents dispositifs. À cette étape de la recherche, nous présentons une analyse des dispositifs et des pratiques de médiation centrés sur les usager.ère.s-patient.e.s de La Case de Santé.

### **« Être avec » : l'accueil comme point d'entrée des usager.ère.s dans les dispositifs de médiation et une permanence ouverte pour mieux les écouter**

Le premier dispositif de médiation installé à La Case de Santé depuis sa création est l'accueil des usager.ère.s par des médiateur.trice.s – pair.e.s. Constituant la « *première ligne de la première ligne et le point d'entrée à La Case de Santé* » (Hambourg, 2005, p. 123), cet accueil se veut actif, positif, inconditionnel et bienveillant selon une logique de sollicitation et pas seulement de sollicitude (Paul, 2012). De plus, un dispositif de déambulations exploratoires dans l'espace public du quartier est mis en œuvre dès le lancement du projet-pilote et se double de la mise en place d'une « *permanence médiation* » ouverte une demi-journée par semaine et sans rendez-vous programmé. Y sont proposés des entretiens individuels approfondis pour, selon les propos des médiateur.trice.s, « *prendre le temps de créer un lien de confiance avec de nouveaux usagers* » et écouter leurs demandes « *sans exclusive* »<sup>10</sup>. Les relevés de ces permanences indiquent qu'elles portent essentiellement sur l'accès aux soins et aux droits sociaux, mais aussi sur des problèmes plus généraux de logement, de prévention et de réduction des risques, d'accès aux loisirs ou de gestion de situations violentes.

### **« Aller vers » : engager une médiation dans l'espace public, se faire repérer par les habitant.e.s et les acteur.trice.s du quartier et les mobiliser sur la santé**

Dans la phase initiale du projet-pilote, trois dispositifs de « *aller vers* » sont engagés par les médiateur.trices.

---

10. Extrait d'entretien : femme, médiatrice (cinq ans d'ancienneté).

### ***Des parcours de repérage à la rencontre des habitant.e.s du quartier***

Suite aux déambulations exploratoires, des parcours réalisés par les médiateur.trice.s constitué.e.s en binôme consistent à silloner régulièrement le quartier d'implantation de La Case de Santé pour en « *avoir une meilleure connaissance* »<sup>11</sup>, (re)définir le périmètre d'intervention pertinent, repérer les « *zones de vie* », mais aussi créer du lien et échanger avec les habitant.e.s sur leurs ressentis du quartier, son ambiance, ses activités et les problèmes qu'il.elle.s y rencontrent. Ce dispositif vise également à rendre visibles les médiateur.trice.s doté.e.s de fonctions d'écoute et d'accompagnement ainsi qu'à équiper par le recueil de données de terrain, la phase de « *diagnostic participatif en santé* » du quartier. Une méthode de travail pour entrer en contact et ajuster sa posture lors des rencontres avec les habitant.e.s est collectivement construite : elle porte sur la façon d'engager la conversation, de se présenter, de les informer sur La Case de Santé et son projet. Une fiche de terrain renseignée après chaque parcours permet de constituer un recueil de la parole des habitant.e.s. Dans un deuxième temps, un questionnaire leur est proposé. Il porte sur leurs conditions de vie (logement, travail...), leurs représentations du quartier et de leur santé et leurs besoins dans ce domaine.

### ***Des entretiens avec des acteur.trice.s et professionnel.le.s du social et de la santé***

Des parcours sont aussi organisés dans le quartier pour aller à la rencontre des commerçant.e.s, des associations et des professionnel.le.s de santé ainsi que du Centre de loisirs associé à l'école, de la directrice et de la psychologue de l'école primaire, de la Halte-garderie, du comité de quartier, du Centre d'accueil de jour du Secours catholique, etc.<sup>12</sup>. Conçues comme un travail de veille et un observatoire du quartier, ces rencontres, parfois équipées d'un questionnaire spécifique, visent aussi à « *impulser l'introduction des problématiques de santé dans les discussions sur l'aménagement de l'espace public* »<sup>13</sup> en cours dans le quartier en phase de gentrification.

Ces deux dispositifs de médiation dans l'espace public alimentent un premier diagnostic des besoins, un repérage de nouvelles ressources partenariales et la définition de parcours de veille pérennes et réguliers.

---

11. Navette équipe-projet n°1 du 17/01/2017.

12. Navette équipe-projet n°4 du 9/03/2017.

13. Navette équipe-projet n°3 du 16/02/2017.

### ***L'organisation de « points fixes » et d'un « diagnostic participatif en santé » dans l'espace public du quartier***

Installés sur la place centrale du quartier, ces dispositifs s'appuient sur diverses animations et installations – murs d'expression, ateliers photo, micro-trottoirs, chaises et tables pour remplir des questionnaires – qui visent à encourager la prise de parole des habitant.e.s sur leur santé et à les informer sur le projet-pilote<sup>14</sup>. Stoppés suite à l'intervention de la police municipale pour « *délit d'occupation illégale de la voie publique* »<sup>15</sup> en relation avec le plan Vigipirate, la poursuite de ces « *points fixes* » n'a été autorisée qu'après de longues négociations et demandes écrites d'autorisation à la mairie. Est aussi lancé sur cette même place publique « *un diagnostic participatif en santé* » accompagné d'affiches et de banderoles portant le slogan suivant : « *L'injustice sociale nuit gravement à la santé. Gérons notre santé en collectif* ». Ici aussi, différentes animations engagent les habitant.e.s du quartier à participer au diagnostic : exposition sur la santé globale, forum, stands tenus par les habitant.e.s, barnum avec des animations inspirées de l'éducation populaire, ballades photographiques, pièce de théâtre, animations musicales et sportives<sup>16</sup>.

Les connaissances acquises sur le quartier, les paroles recueillies et les besoins exprimés par les habitant.e.s lors de ces trois dispositifs sont répertoriés dans une base de données. Instrument de suivi et d'évaluation, elle permet de recenser et de qualifier les activités des trois médiateur.trice.s selon les types d'actions, de prises de contact et de motifs d'échanges et d'anticiper les réponses à y apporter. Un des effets attendus de ces dispositifs de « l'être avec » et de « l'aller vers » dans les premiers mois du projet-pilote est également d'alimenter la conception et la mise en place de nouveaux dispositifs du « faire avec » et du « faire ensemble » ajustés aux plus près des besoins exprimés.

### **« Faire avec » : accompagnements individuels et espaces collectifs en santé communautaire**

Avancé par le rapport Saout (2015) et la HAS (2017) comme une recommandation centrale de la médiation en santé, le « *faire avec les personnes et non à leur place* » est justifié par l'argument selon lequel seules leur autonomie et leur responsabilisation permettraient de trouver des solutions durables aux problèmes qu'elles rencontrent. À La Case de Santé, l'autonomie s'écarte de cette injonction à la responsabilité individuelle (Noury, 2010) en l'abordant

---

14. Navette équipe-projet n°5 du 29/03/2017 et n°7 du 14/06/2017.

15. Navette équipe-projet n°5 du 29/03/2017.

16. Navette-équipe projet n°7 du 14/06/2017.

comme un levier de soutien personnalisé et d'action collective. Cette autonomie est définie comme « *un processus d'acquisition de pouvoir d'agir sur la santé pour sortir d'un sentiment d'impuissance et prendre conscience des ressources disponibles. Il s'agit de créer les conditions pour que les personnes agissent sur les déterminants de santé via une dynamique communautaire et une mise en œuvre de projets partagés* »<sup>17</sup>. Deux nouveaux dispositifs de médiation en santé sont conçus à cet effet et constituent autant d'étapes-clefs du parcours des usager.ère.s-patient.e.s vers l'autonomie en santé.

### ***Des accompagnements individualisés pour prendre en compte les personnes dans leur globalité***

Suite aux parcours de veille, aux permanences-médiation et au diagnostic participatif de quartier, les médiateur.trice.s de santé proposent des accompagnements individualisés à de nouveaux.elles usager.ère.s. Ils visent à répondre à des besoins de diverses natures : information sur leurs droits, accompagnement physique à une consultation ou un examen médical, prise de rendez-vous avec un.e professionnel.le de santé ou une institution, interprétariat, aide à la constitution d'un dossier d'accès aux droits, fournitures de matériel de prévention, solutions d'hébergement, etc. Ces actions constituent un « *accompagnement-maintien* » (Paul, 2012) à dominante sociale, sanitaire et relationnelle assurant une présence et un soutien à des personnes dans une situation difficile. Ainsi 3000 personnes sont reçues en 2017 à La Case de Santé, soit deux fois plus qu'en 2014 : les 3/4 d'entre elles sont de nationalité étrangère ; 50% sont détentrices de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) et la majorité sont des femmes<sup>18</sup>. Ce premier type d'accompagnement social, juridique et sanitaire engage la construction d'une relation de confiance interpersonnelle basée sur la capacité des médiateur.trice.s et professionnel.le.s de La Case de Santé à résoudre au mieux les problèmes auxquels ces personnes sont directement exposées.

### ***Des espaces collectifs en santé communautaire « accélérateurs » de l'autonomisation des personnes***

Ces espaces collectifs s'appuient sur la conception et la mise en œuvre de cycles d'ateliers qui visent à renforcer les capacités et pouvoir d'agir des usager.ère.s-patient.e.s ainsi que leur niveau de littératie en santé (Richard, Lussier, 2009). Conçus en interprofessionnalité (chargée de projet, médiateur.trice.s, médecin, assistant.e de travail social y participent), ces ateliers sont

17. Comité de projet, *op. cit.*

18. Le projet-pilote de La Case de Santé, *Séminaire national accompagnement à l'autonomie en santé*, DGS, Ministère de la Santé, Paris, 6 avril 2018.

précisément formalisés par écrit quant à leurs principes de fonctionnement, les modes de recrutement des participant.e.s, leurs thématiques et contenus, les techniques d'animation. Sont aussi conçus des livrets d'accompagnement et des grilles d'évaluation remis à tou.te.s les participant.e.s. Les ateliers animés par des médiateur.trice.s donnent lieu à des observations *in situ* par la chargée de projet. Suite à ces ateliers, un *debriefing* collectif vise à ajuster, chemin faisant, les contenus et modes d'intervention pour tenir compte des questions, remarques ou attentes des participant.e.s et de leurs maîtrise de la langue, connaissance du système de santé et niveau de littératie.

Le premier cycle d'ateliers se veut généraliste et se nomme tout d'abord « *Tronc commun* » puis « *Autonomie en santé* ». Après que plusieurs versions et modes d'organisation aient été envisagés et expérimentés, *in fine* le choix se porte sur la « *santé globale* » pour un public hétérogène qualifié de « *tout venant* » : patient.e.s de la Case ou non, personnes en situation d'errance ou de mal logement, habitant.e.s du quartier ou non. Y sont abordées les questions portant sur les inégalités de santé et leurs déterminants sociaux, les discriminations et les droits en santé, la dignité, les relations avec les soignant.e.s. Cet atelier vise ainsi à favoriser chez les participant.e.s « *une conscience critique et politique de la santé et à inscrire la santé dans une vision globale, en s'appuyant sur des situations vécues par les participant.e.s* »<sup>19</sup>. Les médiateur.trice.s utilisent des techniques d'animation issues de l'éducation populaire basées sur des jeux de plateaux ou de rôles, des *interviews* mutuels entre participant.e.s, des échanges et débats collectifs, des mises en situation de résolution de problèmes, etc. Cet atelier entend également faire émerger des thématiques pour alimenter des projets collectifs en santé. Pour renforcer l'ancrage territorial de ce dispositif, il est envisagé de transporter « *des bouts de ce Tronc commun* »<sup>20</sup> hors les murs et plus particulièrement au Centre d'accueil de jour du Secours catholique et au Café des parents de l'école primaire du quartier.

Un second cycle de deux ateliers qualifiés de « *thématiques* » ou « *spécifiques* » portes sur l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques : l'un sur le diabète et l'autre sur les maladies cardiovasculaires. Choisi.e.s par les médecins de La Case de Santé, des « *patient.e.s-intervenant.e.s* » avec lequel.le.s une charte a été coconstruite, sont mobilisé.e.s pour leur conception et leur animation. Des livrets d'accompagnement titrés « *Autonomie en santé, mais pas seul-e* » sont formalisés et distribués à l'ensemble des participant.e.s. Leurs contenus, mis en animation lors des ateliers collectifs selon une dimension participative et se voulant accessibles à tous, sont déclinés selon la trame suivante : connaître sa maladie chronique et ses particularités, se situer dans

---

19. Comité de projet, *op. cit.*

20. Carnet de terrain.

son « *processus d'acceptation* », expliquer sa maladie à ses proches, repérer ses habitudes quotidiennes, les obstacles et solutions à la « *journée idéale* », connaître les droits des personnes ayant une pathologie chronique, construire sa posture dans sa relation avec les soignant.e.s<sup>21</sup>.

Généralistes ou spécifiques à des maladies chroniques, ces ateliers constituent un « *accompagnement-visée pour dynamiser la personne dans la réalisation d'un projet* » (Paul, 2012, p. 15) et visent à équiper de façon active son *travail de santé* dans sa triple dimension biographique, liée à la maladie et à la vie quotidienne, tel que dégagé par Corbin et Strauss (1985). Ces ateliers constituent à la fois une instance de socialisation politique aux inégalités de santé et à leurs déterminants sociaux et une instance d'éducation, ou plutôt de formation thérapeutique à l'autogestion de leur santé (Tourette-Turgis, Thievenaz, 2014) pour les usager.ère.s-patient.e.s et « patient.e.s-intervenant.e.s ». Ces dernier.ère.s sont ainsi préparé.e.s à s'investir dans les dispositifs du « faire ensemble », étape suivante du parcours au sein de La Case de Santé.

### « Faire ensemble » : les projets collectifs en santé

Le dispositif le plus récemment mis en œuvre consiste, à partir de thématiques choisies par les participant.e.s de l'atelier généraliste « *Tronc commun* », à organiser des groupes de travail « *autonomes* » permettant de mobiliser et de recruter des usager.ère.s-patient.e.s volontaires pour s'engager dans des projets collectifs de plaidoyer en santé. Animés par des « *patient.e.s-intervenant.e.s* », ces projets collectifs sont centrés sur les conditions de vie et leurs effets sur la santé. La définition de leurs contenus, leur rythme et modalités de mise en œuvre sont discutés en réunions collectives entre les « patient.e.s-intervenant.e.s » et le soutien méthodologique d'un.e médiateur.trice en santé et de la chargée de projet. A ce jour, quatre projets collectifs sont en phase de construction et un est mis en œuvre sur le thème « *Discriminations et santé* ». Les autres concernent la préparation d'un théâtre-forum sur les « *Relations entre soignant.e.s et patient.e.s en situation de précarité* », et de projets collectifs « *Santé et bien être* », « *Parents d'enfants en situation de handicap* », « *Logement et santé* » et « *Douleurs chroniques* ». Ces animations sont conçues en collaboration avec deux associations toulousaines. L'une est en charge d'appartements de coordination thérapeutique qui hébergent, à titre temporaire, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical. L'autre a pour objet de promouvoir la citoyenneté et la démocratie et organise des actions, animations et formations autour des

21. Case de santé, *Livret d'accompagnement « Autonome en santé mais pas seul-e »*, Groupe Diabète 2018 ou Groupe Hypertension artérielle (HTA), 2018.



questions sociales, des pratiques à risques et des comportements discriminatoires.

La posture professionnelle d'accompagnement des médiateur.trice.s en santé qui traverse l'ensemble de ces dispositifs de médiation repose sur les quatre critères éthiques (Faget, 2015) choisis par les professionnel.le.s de La Case de Santé. Ils renvoient à une définition générique du terme « accompagner », soit « *se joindre à quelqu'un, pour aller où il va, en même temps que lui* » (Paul, 2012, p. 14). Dans ces différents dispositifs, les médiateur.trice.s combinent une manière d'être en relation avec autrui dans des espaces et des moments donnés et font office d'agents socialisateurs en santé (Fourdrignier, 2011) à partir de l'expérience des usager.ère.s-patient.e.s qu'il.elle.s accompagnent. Toutefois, cette posture professionnelle d'accompagnement ne se cantonne pas à cette seule dimension individuelle du *care* mais se double d'un positionnement politique en regard du contexte socio-politique dans lequel il.elle.s agissent, au-delà de l'institution Case de Santé.

## **Le retournement politique d'une commande institutionnelle**

Selon une approche substantialiste de la médiation en santé (Faget, 2015), comprendre l'implication politique de l'accompagnement revient à dégager les tensions vécues dans leur métier par les médiateur.trice.s et le positionnement qu'il.elle.s adoptent. Ces tensions renvoient, d'une part, à l'élaboration d'un regard critique sur ce qu'il.elle.s font « *au juste* » en tant que professionnel.le.s accompagnants (Paul, 2012), d'autre part, aux façons dont il.elle.s répondent à un accompagnement prescrit par la puissance publique pour que l'usager.ère-patient.e soit en mesure de gérer son état de santé de manière plus autonome, compétence très inégalement distribuée socialement (Baszanger, 2010). À La Case de Santé, le retournement de cette prescription en ressource pour agir résulte d'une construction collective et politique, autrement dit, d'une mise au travail dans et par l'institution au sein de laquelle cet accompagnement est mis en œuvre.

### **Accompagner les accompagnant.e.s et mobiliser les patient.e.s-usager.ère.s et les partenaires**

Cette construction collective et politique s'appuie sur une organisation de type autogestionnaire et un travail mené en interprofessionnalité, tous deux soutenus par une formalisation des pratiques qualifiées par plusieurs

professionnel.le.s de La Case de Santé « *d'exigentes et de rigoureuses* »<sup>22</sup> pour « *apporter la démonstration de notre efficacité* »<sup>23</sup> et « *faire nos preuves* »<sup>24</sup>. Combinant recherche d'efficacité et geste politique, la reconnaissance de La Case de Santé comme construction distinctive s'ancre dans la mise en débats internes, avec l'ensemble de ses professionnel.le.s, d'actions collectives de plaidoyer auprès des institutions et professionnel.le.s de santé situé.e.s hors les murs de La Case. Elle se double d'une sollicitation des habitant.e.s, usager.ère.s, patient.e.s et partenaires « *proches de nous politiquement* » précise un des médecins, afin qu'il.elle.s se mobilisent collectivement « *pour promouvoir notre modèle, encore marginal, de santé communautaire* »<sup>25</sup>. Fortement équipée d'instruments construits collectivement, discutés et évalués en termes de pertinence et d'utilité sociale lors des réunions interprofessionnelles dites « *de gestion* » organisées une fois par mois, cette mobilisation vise aussi à soutenir le travail d'accompagnement mis en œuvre pour résoudre « *mais pas seul.e.s* » les deux tensions majeures vécues par les médiateur.trice.s. en santé dans leurs pratiques professionnelles : s'engager dans un accompagnement personnalisé pour et avec des publics vulnérables, tout en replaçant leur travail dans un contexte de valorisation de l'autonomie individuelle comme norme sociale dominante (Ehrenberg, 1998).

### **Répondre à une logique sociale d'individualisation et d'autonomisation en santé sans estimer la personne comme seule responsable de son état de santé**

Considérer la médiation comme un processus de régulation sociale des différends et des différences (Guillaume-Hofnung, 2009) et forme contemporaine du lien à l'usager.ère-patient.e, « *sujet responsable* » et « *sujet de droit* », pousse aux limites la contradiction entre l'autonomie et la responsabilité du sujet de même que son accompagnement (Paul, 2012). Ainsi pour les médiateur.trice.s, réaliser un accompagnement personnalisé s'avère d'autant plus nécessaire que les usager.ère.s-patient.e.s sont vulnérables et demandent un engagement personnel dans la relation à autrui, sans toutefois faire peser sur la personne accompagnée les exigences de cette injonction à la responsabilité.

Pour soutenir ce travail de mobilisation, et non de responsabilisation des usager.ère.s-patient.e.s, La Case de Santé met en œuvre une culture organisationnelle basée sur le travail en interprofessionnalité et la formation de ces

22. Extrait d'entretien : femme, assistante de service social (dix ans d'ancienneté).

23. Extrait d'entretien : femme, chargée de projet (deux ans d'ancienneté).

24. Extrait d'entretien : homme, médecin (deux ans d'ancienneté).

25. *Ibid.*

médiateur.trice.s et « patient.e.s-intervenant.e.s ». De nombreuses réunions de réflexion et de coordination, des débats et des *debriefings* sont organisés plusieurs fois par semaine, avec la chargée de projet et les médiateur.trice.s de santé, pour réguler leurs pratiques. Il en va de même pour les « patient.e.s-intervenant.e.s » sélectionné.e.s pour élaborer et animer les projets collectifs de santé. Des formations visent à les aider à concevoir leur accompagnement comme une forme de pédagogie active auprès des personnes, non pas objets de soins mais sujets de leur santé. Des organismes de formation pertinents (Grenier, Denis, 2017) sont choisis pour la proximité de leurs valeurs et modes d'action avec ceux de La Case de Santé. Sont privilégiés ceux prônant des méthodes d'éducation populaire pour apprendre aux médiateur.trice.s et « patient.e.s-intervenant.e.s » à favoriser la prise de parole des personnes accompagnées et à les écouter sans jugement *a priori* afin qu'elles puissent se raconter, s'exprimer, connaître et mobiliser de nouvelles ressources pour accroître leur pouvoir d'agir. Plus qu'un travail sur l'autonomie, il s'agit pour les médiateur.trice.s de restaurer la confiance en soi des personnes accompagnées, condition préalable au respect de soi et donc de ses droits, et à la prise en charge de soi par soi (Paul, 2012). Ce travail de santé nécessite un temps long et l'apprentissage de méthodologies souples et fluides menées au rythme des personnes ou des collectifs accompagnés. Il est constamment questionné et reformulé au sein de La Case de Santé afin d'ajuster la pertinence des dispositifs au regard de leurs situations respectives. Il peut amener, selon les propos d'un médiateur, à se sentir « *débordé par la cadence d'enfer et le travail à faire entre l'accueil, les permanences, les animations d'ateliers, les formations...* »<sup>26</sup>.

### **Élargir le champ d'intervention pour prendre en compte les déterminants sociaux de santé : construire une confiance organisationnelle et mobiliser des méthodes participatives**

Penser les patient.e.s comme inégaux.ales devant cette injonction à l'autonomie consiste aussi en la prise en compte de leurs modes de vie, de leur environnement matériel et familial et de leurs ressources. En ce sens, si la participation et le partenariat patient.e.s-professionnel.le.s de santé apparaissent nécessaires, ils restent le plus souvent à construire (Epstein, 1992). À La Case de Santé, l'accompagnement en santé n'est pas envisagé comme exclusivement sanitaire ou social mais selon une approche globale, participative et politique de la santé. En disant se positionner dans des relations « *égalitaires* » vis-à-vis des usager.ère.s-patient.e.s, les médiateur.trice.s ayant tou.te.s vécu

---

26. Extrait du carnet de terrain : homme, médiateur (deux ans d'ancienneté).

des difficultés sanitaires et sociales dans leur parcours de vie respectifs, s'engagent et engagent les usager.ère.s-patient.e.s dans un processus contractuel et de confiance réciproque entre pairs. Au-delà de la construction d'une relation de confiance qui ancre le principe-même du lien social dans des rôles d'accompagnant et d'accompagné, il ne s'agit pas seulement d'une confiance interpersonnelle mais aussi d'une « *confiance organisationnelle* » (Haberey-Knuessi, Obertelli, 2017). Celle-ci s'établit par des interactions vécues dans les rapports organisationnels qui prévalent au sein de La Case de Santé et repose sur un sentiment d'équité et de fiabilité des règles et processus qui régulent son fonctionnement. En permettant aux personnes accompagnées de jouer un rôle actif, cette confiance se construit sur leur participation à des formes variées de coopération et de partage, territorialement ancrées et situées dans le paradigme de la démocratie sanitaire. Ces formes visent à faire de la santé un axe de développement social et de promotion de la citoyenneté ordinaire (Basson *et al.*, 2013 ; Génolini *et al.*, 2017) et se concrétisent dans les différents dispositifs de médiation décrits en amont (diagnostic participatif de santé du quartier, partage de connaissances et d'expériences en santé, dossier d'accès aux droits, soutien au montage de projets collectifs, sollicitation de « patient.e.s-intervenant.e.s » pour les animer, organisation de revendications et de plaidoyers auprès d'institutions publiques), mais aussi dans l'organisation de moments conviviaux permettant la consolidation des liens sociaux entre habitant.e.s du quartier, usager.ère.s-patient.e.s et professionnel.le.s de La Case de Santé.

En construisant ces liens de confiance avec des populations vulnérables, la détermination à « *ne pas les décevoir en tenant nos engagements pour défendre leur accès à la santé et aux droits* »<sup>27</sup>, comme l'avancent différent.e.s professionnel.le.s de La Case de Santé, contraint en quelque sorte les médiateur.trice.s à faire la preuve de leur capacité à accroître les pouvoirs d'agir de ces populations. En bâtissant des solutions alternatives au modèle libéral dominant de la médecine générale et porteuses d'innovations sociales engagées par le bas, les professionnel.le.s de La Case de Santé expriment fréquemment le risque de ne pas être compris.es ou reconnu.e.s « *à juste titre* » par les institutions publiques de santé ou l'assurance maladie comme un modèle « *efficace pour garantir le processus autogestionnaire et soutenable au plan économique* »<sup>28</sup>. Une des tensions majeures qu'ils.elles disent devoir résoudre en permanence consiste à anticiper pour se prémunir contre les résistances et critiques institutionnelles en « *étant irréprochables et rigoureux* »<sup>29</sup> dans les mises en œuvre et

27. Extrait d'entretien : femme, médecin (sept ans d'ancienneté).

28. Extrait d'entretien : homme, coordinateur administratif (sept ans d'ancienneté).

29. Extrait d'entretien : femme, psychologue (neuf ans d'ancienneté).

l'évaluation de leurs dispositifs. Ainsi, La Case de Santé comporte-t-elle des caractéristiques communes aux espaces favorables aux innovations (Grenier, Denis, 2017), notamment en se distinguant des pratiques dominantes en santé, en décloisonnant les frontières professionnelles, en s'appuyant sur une ingénierie méthodologique et collective fortement instrumentée et en consolidant ses liens avec un environnement qu'il s'agit de modifier pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

## Conclusion

Les dispositifs et pratiques de médiation en santé mis en œuvre dans le cadre du projet-pilote par La Case de Santé se caractérisent par une posture professionnelle des médiateur.trice.s renvoyant à des valeurs de santé communautaire, des critères éthiques et un engagement personnel. Cette posture se double d'un positionnement politique à visée de changement social ancré dans des pratiques alternatives de santé communautaire opposées à la médecine libérale traditionnelle et au cloisonnement entre les mondes sociaux de la santé et du travail social. La responsabilité qui pèse sur les médiateur.trice.s en santé pour assurer leurs missions d'orientation, d'information, d'éducation et d'accompagnement vers l'autonomie en santé et répondre à la commande prescrite par l'appel d'offres du ministère est en partie prise en charge et accompagnée collectivement par La Case de Santé. Combiner posture professionnelle et positionnement politique s'appuie ainsi sur un engagement personnel et une construction collective de dispositifs et de pratiques de médiation en santé en interprofessionnalité et par le bas.

Ces façons de faire de la santé publique permettent un double retournement de l'accompagnement : d'aide aux personnes, il devient ressource pour agir contre les inégalités sociales de santé ; de commande à exécuter, il se change en « *levier à saisir* » (Paul, 2012, p. 20) pour proposer un modèle alternatif de santé de premier recours, fabriquer du lien social et concrétiser une démocratie sanitaire de proximité. En s'emparant de l'expérimentation-évaluation promue par l'appel à projet-pilote du ministère, les dispositifs et pratiques de médiation portés par La Case de Santé deviennent un biais permettant de reconfigurer l'action publique en favorisant l'expression de revendications ancrées dans une version démocratique et solidaire de la santé fondée sur l'action collective. En se positionnant comme un laboratoire d'innovations sociales et d'expertises sur la médiation en santé de premier recours et en promouvant l'accompagnement vers l'autonomie en santé, l'accès aux droits et aux soins et la formation professionnelle des médiateur.trice.s., La Case de Santé combine recherche d'efficacité, reconnaissance

institutionnelle de son mode d'action et geste politique. En visant à condenser expériences locales en santé et innovations sociales et à les rendre visibles et légitimes auprès des institutions sanitaires et des professionnels de santé libéraux, ce projet-pilote, comme toute expérimentation, conserve une part d'indétermination. Elle tient essentiellement à la difficulté d'évaluer à court terme ses effets sur l'autonomisation en santé de ses usagers-patients, processus d'autant plus long et complexe qu'il s'adresse à des populations éloignées, voire exclues, du système de santé.

## RÉFÉRENCES

- BASSON, J.-C., HASCHAR-NOÉ, N., HONTA, M. (2013), Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». À propos de l'action municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique / Epidemiology and Public Health*, 61, supp 2, 81-88.
- BASSON, J.-C., HONTA, M. (2018), Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse, *Terrains & Travaux*, 32, 129-153.
- BASZANGER, I. (2010), Une autonomie incertaine : les malades et le système de soins, in Hirsch, E. (dir.), *Traité de bioéthique*, Toulouse, éditions Erès, 189-198.
- BERGERON, H. (2010), Les politiques de santé publique, in Borraz, O., Guiraudon, V. (dir.), *Politiques publiques*, 2, *Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 79-111.
- BLANC, G., PELOSSE, L. (2010), *La médiation en santé : un outil pour l'accès à la santé*, Rapport d'enquête, FRAES et Centre régional d'information et de prévention du sida, Région Rhône-Alpes, 22 p.
- BOUCHARD, M.-J. (2006), De l'expérimentation à l'institutionnalisation positive, l'innovation sociale dans le logement communautaire au Québec, *Annales de l'économie publique, sociale et coopérative*, 77(2), 139-165.
- BROUAT-THILLET, M. (1981), *Evolution et réhabilitation du centre ancien de Toulouse : le quartier Arnaud Bernard*, Thèse de doctorat en Urbanisme et aménagement, Université de Toulouse II.
- CHEVALLIER, J. (2005), Politiques publiques et changement social, *Revue française d'administration publique*, 115(3), 383-390.
- CORBIN, J., STRAUSS, A. (1985), Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work, *Qualitative Sociology*, 8(3), 224-246.
- DUBOIS, V. (2012), « Ethnographier l'action publique ». Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain, *Gouvernement et action publique*, 1(1), 83-101.
- EHRENBERG, A. (1998), *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EPSTEIN, S. (1992), Une science démocratique ? Le mouvement AIDS et la construction contestée des savoirs, *Futur Antérieur*, 12-13(4-5), 245-273.
- FAGET, J. (1995), La double vie de la médiation, *Droit et Société*, 29, 25-38.

- FAGET, J. (2015), *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie*, Toulouse, éditions Erès.
- FASSIN, D. (2008), *Faire de la santé publique*, Paris, éditions de l'EHESS.
- FASSIN, D., MEMMI, D. (dir.), (2004), *Le gouvernement des corps*, Paris, éditions de l'EHESS.
- FOUCAULT, M. (1994), Le jeu de Michel Foucault, in *Dits et écrits*, T.II, Paris, Gallimard, 298-329.
- FOURDRIGNIER, M. (2011), De la prise en charge à l'accompagnement : une approche socio-historique, *Journées nationales de formation et recherche-action des ITE. De la prise en charge à l'accompagnement : vers un nouvel espace professionnel*, 30 novembre-2 décembre, Reims.
- GÉNOLINI, J.-P., BASSON, J.-C., PONS, E., FRASSE, C., VERBIGUIÉ, D. (2017), Typologie de la participation en santé. La méthode de l'atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse, in Haschar-Noé, N., Lang, T. (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, 259-279.
- GRENIER, C., DENIS, J.-L. (2017), S'organiser pour innover : espaces d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique, *Politiques et Management Public*, 34(3-4), 191-206.
- GRENIER, C., GUITTON-PHILIPPE, S. (2010), Politiques publiques et innovation : proposition d'un modèle d'Agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social, *Management & Avenir*, 35, 15-30.
- GUILLAUME-HOFNUNG, M. (2009), *La médiation*, Paris, Presses universitaires de France.
- HABEREY-KNUESSI, V., OBERTELLI, P. (2017), La relation soignant-malade face au risque de la confiance, *Sociologies pratiques*, 35(2), 107-117.
- HAMBOURG, C. (2005), *À partir des différentes approches de la santé de première ligne, présentation du projet de « La Case de Santé » à Toulouse*, Thèse de doctorat en médecine générale, Faculté de médecine de Toulouse-Purpan.
- HASCHAR-NOÉ, N. (2017), Evaluation en santé publique et évaluation des politiques publiques : deux « mondes sociaux » à rapprocher, in Lang, T., Ulrich, V. (dir.), *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*, 159-175.
- HASCHAR-NOÉ, N., BÉRAULT, F. (2019), La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins, *Santé Publique*, 31(1), 31-42.
- HASCHAR-NOÉ, N., LANG, T. (dir.) (2017), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, Presses universitaires du Midi.
- HASCHAR-NOÉ, N., LANG, T. (2018), Réduire les inégalités sociales de santé. Une expérimentation en système ouvert, participatif, intégré et de proximité, *Préventique*, Dossier Santé publique, 158, 74-75.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2017), *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques*, Rapport final, 70 p.
- HERZLICH, C., PIERRET, J. (1991), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

- HILLIER, J., MOULAERT, F., NUSSBAUMER, J. (2004), Trois essais sur le rôle de l'innovation sociale dans le développement territorial, *Géographie, Economie et Sociétés*, 6(2), 129-152.
- HONTA, M., BASSON, J.-C. (2015), Healthy Cities: A New Political Territory. An Analysis of Local Health Care Governance in the City of Bordeaux, *French Politics*, 13(2), 157-174.
- HONTA, M., BASSON, J.-C. (2017a), Entreprise métropolitaine en santé et ordre public local. Les limites socio-politiques à l'innovation institutionnelle. Le cas de l'agglomération bordelaise, *Politiques et Management Public*, 34(3-4), 287-300.
- HONTA, M., BASSON, J.-C. (2017b), La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique, *Gouvernement et Action Publique*, 6(2), 63-82.
- HONTA, M., BASSON, J.-C., JAKSIC, M., LE NOÉ, O. (2018), Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé. Introduction, *Terrains & Travaux*, 32, 5-29.
- KLEIN, A. (2012), Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du *self-care* au *biohacking*, *Histoire, médecine et santé/History, medicine and health*, 1, 115-128.
- LASCOUMES, P., LE GALÈS, P. (dir.) (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- LAVILLE, J.-L. (2014), Innovation sociale, économie sociale et solidaire, entrepreneuriat social. Une mise en perspective historique, in Klein, J.-L., Laville, J.-L., Moulaert, F. (dir.), *L'innovation sociale*, Toulouse, éditions Erès, 45-80.
- NOURY, M. (2010), Entre autonomie et responsabilité. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé, *Sociologie Santé*, 31, 317-328.
- OGIEN, A. (2009), L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité, in Mayère, A., Grosjean, S., Bonneville, L., *Rationalisation des organisations hospitalières*, *Sciences de la Société*, 76, 31-52.
- OKBANI, N. (2014), Le rôle de l'évaluation dans l'expérimentation sociale, entre instrumentation et instrumentalisation : le cas de l'évaluation des expérimentations du RSA, *Politiques et Management Public*, 31(1), 31-50.
- PAUL, M. (2012), L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient, *Recherches en soins infirmiers*, 110(3), 13-20.
- PIERRU, F. (2012), La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel, in Castaing, G. (dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Les Editions Hospitalières, 77-108.
- RICHARD, C., LUSSIER, M.-T. (2009), La littératie en santé, une compétence en mal de traitement, *Pédagogie médicale*, 10(2), 123-130.
- RICHEZ-BATTESTI, N., PETTRELA, F., VALLADE, D. (2012), L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : quels enjeux et quels défis pour l'analyse ?, *Innovations*, 38, 15-36.
- SAOUT, C. (2015), *CAP SANTÉ, Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 61 p.



SERVERIN, E., GOMEL, B. (2012), L'expérimentation des politiques publiques dans tous ses états, *Informations sociales*, 174(6), 128-137.

TOURETTE-TURGIS, C., THIEVENAZ, J. (2014), L'éducation du patient : champ de pratique et champ de recherche, *Savoirs*, 35(2), 9-48.