

Médiation en santé à Marseille : enjeux de l'évaluation vus par les différents acteurs

Eva Legendre,

chercheuse post-doctorante en santé publique,

Hôpital européen Marseille,

Stanislas Rebaudet,

médecin infectiologue,

Hôpital européen Marseille,

chercheur en santé publique,

UMR1252 Sesstim (Aix-Marseille

Université, Inserm, IRD, ISSPAM),

coordinateur médical du projet Corhesan,

Florian Franke,

épidémiologiste,

cellule régionale Paca-Corse,

Santé publique France,

respectivement membres et coordinateur

du comité d'évaluation de 13 en santé.

Le projet 13 en santé propose une intervention de médiation en santé visant à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Il s'appuie sur une démarche de promotion de la santé, envisagée de manière holistique, auprès des habitants des quartiers défavorisés du centre-ville et du nord de Marseille, où l'on observe un recours plus faible au dépistage des cancers et à la vaccination en comparaison du reste de la ville, du département, de la région et du pays. La promotion de ces deux thématiques est ainsi privilégiée au cours des actions de médiation en santé.

Ce programme a été créé en mai 2022 à la demande de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca), en collaboration avec Santé publique France, le laboratoire de recherche Sciences économiques et sociales de la santé et Traitement de l'information médicale d'Aix-Marseille Université (Sesstim), les équipes de médiation en santé du dispositif Corhesan porté par l'Hôpital européen Marseille et l'association

Prospectives et Coopération, et l'association Santé environnement pour tous (Sept) – partenaires établis durant la pandémie de Covid-19 [1].

Une évaluation partenariale coordonnée par un comité

La médiation repose à la fois sur des actions d'« aller-vers », telles que le porte-à-porte, les stands de rue ou chez des partenaires – en dehors ou au cœur des lieux de soins –, permettant d'atteindre un public large, y compris celui éloigné du système de santé. Elle est complétée par des actions de « ramener-vers » voire de « faire-avec », à travers un accompagnement proportionné aux besoins de chaque individu, allant de la simple communication d'une information adaptée, à l'orientation vers le partenaire approprié, à la planification d'un rendez-vous, à l'accompagnement physique ou au suivi à moyen et long termes. Cette intervention a été plus longuement décrite dans le numéro 468 de *La Santé en action* [1].

Dès le lancement du projet, pour répondre à la volonté de l'ARS et des partenaires de tirer le maximum de données probantes de cette expérimentation, un volet évaluation a été adossé au projet. En effet, bien que les bénéfices de la médiation en santé aient été documentés en France par des approches qualitatives et des études de cas, il reste nécessaire de démontrer son efficacité à l'aide d'études à plus haut niveau de preuves, afin que la médiation en santé évolue du statut d'intervention « prometteuse » à celui d'intervention « efficace » [2]. Par ailleurs, en France, la médiation en santé varie selon les publics ciblés, les thématiques abordées, le profil des médiateurs impliqués, les structures porteuses ou les modalités de financement. Il est donc

L'ESSENTIEL

■ **Pour améliorer l'accès à la vaccination et au dépistage des cancers, le projet 13 en santé déploie des actions de médiation en santé dans des quartiers défavorisés de Marseille. Une évaluation est en cours pour en mesurer les effets, en comparant quartiers bénéficiaires et témoins. Si les apports de la médiation en santé sont documentés, des études à haut niveau de preuves sont nécessaires pour qu'elle soit reconnue « intervention efficace ». Cette démarche présente de nombreux enjeux que relatent, dans ces trois premiers articles du dossier, les protagonistes : l'équipe scientifique, l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) et l'association Sept.**

capital de décrire les modalités d'intervention de 13 en santé et de les évaluer afin de préparer son éventuelle mise à l'échelle et sa transférabilité vers d'autres territoires, d'autres populations-cibles ou d'autres thématiques.

Un comité technique d'évaluation (CTE), réunissant les différents acteurs précités, coordonne l'évaluation, mobilise des partenaires institutionnels et académiques, conçoit les protocoles, s'assure de leur application, interprète les résultats et les diffuse. Il permet d'enrichir le pilotage opérationnel du projet avec les données produites au fil de l'eau.

Plusieurs axes de recherche

L'évaluation de 13 en santé comprend trois axes : la description de l'intervention ; le suivi de sa mise en œuvre au cours du temps ; et l'évaluation de son efficacité. Le premier consiste à définir et à décrire le

socle commun de l'intervention, ses paramètres adaptables, ainsi que son ancrage conceptuel *via* un processus de co-construction avec les membres du comité technique d'évaluation. En second lieu, la collecte de données en routine, recensant les actions réalisées, les personnes accompagnées et les partenaires mobilisés, permet de détailler la pratique sur le terrain et de mettre en évidence de potentiels décalages avec la théorie d'intervention sous-jacente au projet ; cette collecte présente également un intérêt opérationnel, constituant un outil précieux pour le suivi, la planification des actions de médiation en santé et le pilotage des équipes sur la durée.

L'évaluation de l'efficacité, quant à elle, repose sur deux études populationnelles. Elles visent à comparer, entre des quartiers ayant bénéficié ou non de l'intervention, l'évolution dans le temps de plusieurs indicateurs : d'une part les connaissances et les pratiques au regard de la vaccination et du dépistage des cancers en s'appuyant sur des données déclaratives recueillies en population générale [3], et d'autre part les taux de dépistage des cancers, des couvertures vaccinales et les taux de recours aux soins estimés à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie.

Les défis de l'évaluation

Cette évaluation soulève plusieurs défis. Premièrement, la médiation en santé est une intervention de santé complexe, aux multiples effets s'exerçant à différents niveaux – individuel, populationnel, systémique – qui rendent leur description et leur quantification difficiles. L'identification de ces effets, ainsi que le choix des indicateurs permettant de les mesurer représentent une question complexe. Un travail a ainsi été mené en collaboration avec les équipes de médiation en santé et le Centre Population et Développement (Ceped), afin de caractériser les retombées attendues du dispositif mis en œuvre à Marseille¹. Les indicateurs retenus portent principalement sur le recours aux soins, à la vaccination et au dépistage des cancers, thématiques privilégiées par le dispositif. Par ailleurs, si la complémentarité des axes constitue une réelle force en permettant d'évaluer l'intervention grâce à des sources de données

variées (en routine, déclaratives, médico-administratives), collectées à la fois aux échelles individuelle et populationnelle, elle introduit également une complexité dans la mise en œuvre de l'évaluation (articulation, traitement).

Un autre défi concerne l'impact de l'évaluation sur l'intervention de médiation en santé. Lors de la conception des protocoles d'étude, une attention particulière a été portée sur la faisabilité et sur l'acceptabilité du recueil des données, tant pour les médiateurs que pour les bénéficiaires, afin de minimiser son influence sur la relation de confiance, pilier fondamental de la médiation. Certains outils, jugés trop intrusifs ou peu opérationnels, ont ainsi été abandonnés (questionnaires de satisfaction, collecte de données socio-économiques détaillées...).

Enfin, la démarche d'évaluation elle-même est un processus long et complexe, avec de multiples étapes allant de la conception des protocoles à la recherche de financements, l'obtention des autorisations réglementaires, la collecte et la mise à disposition des données par les partenaires, jusqu'à l'analyse des résultats et à leur diffusion. Cette temporalité, inhérente à la recherche, s'avère parfois en décalage avec les attentes des financeurs publics, souvent en quête de résultats rapides pour étayer leur stratégie régionale de prévention. Les effets des actions de médiation en santé s'inscrivent généralement dans un temps long, alors que l'instabilité des financements alloués à la médiation en santé rend difficile la pérennisation des dispositifs et la conduite d'évaluations rigoureuses sur le long terme. Outre ce contexte de financement fragmenté et incertain, il faut également trouver les ressources humaines nécessaires, ainsi que les compétences scientifiques spécifiques indispensables pour mener à bien un projet d'évaluation ambitieux, cherchant à montrer l'efficacité de l'intervention *via* différentes sources de données.

Les premières années de déploiement de 13 en santé ont montré l'importance de définir dès le départ les objectifs et les finalités de l'évaluation. Cette démarche doit être ajustée aux ressources disponibles – qu'elles soient humaines, financières ou liées à l'accessibilité des données – afin d'en garantir la faisabilité, d'adapter son

périmètre et de hiérarchiser les questions à traiter. Le partenariat structuré autour du CTE, réunissant institutions, financeurs, chercheurs et acteurs de terrain, joue un rôle central. Il permet de maintenir les enjeux de l'évaluation en lien avec les réalités de terrain, d'assurer la continuité des travaux et de mobiliser collectivement les compétences et les ressources nécessaires.

La médiation en santé se heurte encore à un manque de reconnaissance du métier de médiateur en santé par le grand public, les professionnels de santé et les institutions, entre lesquels elle joue pourtant un rôle d'interface. Son évaluation constitue un enjeu important impliquant de mutualiser ressources et compétences afin de fournir des preuves tangibles de son impact aux pouvoirs publics et de motiver un déploiement à plus grande échelle. ■

1. Travail en cours, non publié.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention. [Interview de Stanislas Rebaudet]. *La Santé en action*, 2025, n° 468 : p. 36-39. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/article/amener-la-population-a-un-niveau-equivalent-de-soins-et-de-prevention-interview>
- [2] Berkesse A., Denormandie P., Henry É., Tourniaire E. *La Médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*. [Rapport interministériel], IGAS, juillet 2023 : 129 p. En ligne : https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf
- [3] Ramalli L., Chaud P., Franke F., Kelly D. Résultats de l'enquête transversale initiale du projet « 13 en santé » de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille. Santé publique France, Études et enquêtes, décembre 2024. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/enquetes-etudes/2024/resultats-de-l-enquete-transversale-initiale-du-projet-13-en-sante-de-mediation-en-sante-aupres-des-populations-vulnerables-de-marseille-conna>