
ENQUETE ET PRECONISATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DE LA MEDIATION EN SANTE EN BRETAGNE

2025

Camille Barbier-Bouvet

Chargée de mission santé-précarité et inégalités sociales de santé
ARS Bretagne

Emilie Rey

Chargée de mission santé
FAS Bretagne

Les auteurs vous invitent à partager leur travail et à le diffuser tout en n'oubliant pas d'en citer la source.

Cet ouvrage est sous licence Créative Commons : attribution-pas d'utilisation commerciale - partage dans les mêmes conditions 4.0 international.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Février 2025

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes qui ont accepté de donner de leur temps pour la réalisation de ce travail, que ce soit au travers des réponses au questionnaire, des entretiens individuels et/ou collectifs, ou de la participation aux temps de travail collectif ; à savoir :

- Les professionnels (médiateurs et médiatrices en santé, paires ou non, ainsi que leurs collègues),
- Les délégués et déléguées du CRPA,
- Les professionnels de structures n'ayant pas au sein de leurs effectifs des médiateurs en santé.

Merci pour leur disponibilité et leur participation à ce travail.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	16
I. LA MEDIATION EN SANTE SOURCE DE NOMBREUX IMPACTS POSITIFS.....	16
II. DE QUELLE(S) MEDIATION(S) EN SANTE TRAITE CETTE ENQUETE ?	17
OBJECTIFS DES TRAVAUX.....	21
METHODOLOGIE	23
I. RECUEIL DES MATERIAUX	23
I.1. <i>Recueil par questionnaire</i>	23
I.1.1 Recueil de matériaux par questionnaire auprès des médiateurs et médiatrices en santé.....	23
I.1.2 Recueil de matériaux par questionnaire, auprès des équipes.....	23
I.2. <i>Recueil par entretiens semi-directifs</i>	24
II. ANALYSE DES DONNEES ET EDITION DES PRECONISATIONS	25
III. CONSULTATION DES DELEGUES ET DELEGUEES DU CONSEIL REGIONAL DES PERSONNES ACCUEILLIES ET ACCOMPAGNEES (CRPA)	26
IV. GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL	26
V. AJUSTEMENT DES PRECONISATIONS INITIALES.....	27
VI. ANALYSE ET LIMITES DE LA METHODOLOGIE.....	27
FREINS, LEVIERS ET PRECONISATIONS EN VUE DE LA REDACTION D’UN CAHIER DES CHARGES PORTANT SUR LE DEPLOIEMENT DE LA MEDIATION EN SANTE EN BRETAGNE	29
I. UNE MEDIATION EN SANTE INTEGREE DANS UNE EQUIPE ET PRESENTE SUR LES LIEUX FREQUENTES PAR LE PUBLIC CIBLE	29
I.1. <i>Dans quelles équipes ?</i>	29
I.2. <i>Dans quels endroits ?</i>	33
II. DIVERSES POSSIBILITES DE PROFILS DES MEDIATEURS EN SANTE	34
II.1. <i>Quels profils ?</i>	34
II.1.1 La médiation en santé paire.....	35
II.1.2 La médiation en santé non paire : l’apport d’un profil complémentaire aux compétences déjà présente dans l’équipe	37
II.2. <i>Quelles compétences ?</i>	39
II.2.1 Les savoir-être (compétences comportementales)	39
II.2.2 Les savoir-faire (compétences techniques)	42
II.2.3 Des savoirs (connaissances)	44
II.3. <i>Quelles formations ?</i>	45
III. LA MEDIATION EN SANTE : DES MISSIONS VARIEES.....	48
III.1. <i>Quelles missions socles ?</i>	49
III.1.1 Créer la rencontre et un lien de confiance avec les populations vulnérables du territoire, par des actions <i>d’aller-vers</i> et une présence active auprès des publics cibles.	49
III.1.2 Réaliser des accompagnements individuels sur les déterminants de la santé (déterminants sociaux et/ou environnementaux)	50
(a) Accompagnements sur l’accès aux droits, qu’ils soient de santé, ou sociaux	50
(b) Faciliter l’accès aux soins ; éviter le non-recours et les refus de soins	51

III.1.3	Informier et sensibiliser les professionnels de santé aux contraintes, besoins et spécificités des publics accompagnés, à leurs facteurs de vulnérabilité.....	53
III.1.4	Soutien aux professionnels du secteur social.....	54
III.1.5	S’ancrer dans un territoire : développement et entretien d’un réseau partenarial.....	54
III.2.	<i>Quelles missions optionnelles ?</i>	56
III.2.1	Actions collectives et actions de promotion de la santé	56
III.2.2	Identifier les dysfonctionnements systémiques dans la prise en charge des personnes et les discriminations dans le soin	58
IV.	UN PROCESSUS PARTICULIER ET COLLECTIF DE DEFINITION DES CONTOURS DU POSTE	61
IV.1.	<i>En amont du recrutement : préparer, sensibiliser les équipes et décider collectivement</i>	61
IV.2.	<i>Une définition collective des contours du poste et des missions</i>	62
IV.3.	<i>Une prise en compte des particularités des territoires et des publics accompagnés pour bien dimensionner le poste</i>	66
V.	ASSURER UN SOUTIEN AU MEDIEUR EN SANTE RECRUTE	69
VI.	UN IMPORTANT TRAVAIL DES LIENS PARTENARIAUX	72
VII.	ASSURER DES BONNES CONDITIONS D’EXERCICE AU MEDIEUR EN SANTE	78
VII.1.	<i>Quelles conditions de travail matérielles ?</i>	78
VII.2.	<i>Quel(s) temps de travail ?</i>	79
VII.3.	<i>Quel salaire ?</i>	80
VII.4.	<i>Quels liens entre pairs, du même groupe professionnel ?</i>	81
	FREINS, LEVIERS ET PRECONISATIONS AU NIVEAU NATIONAL	84
I.	TRAVAILLER A LA RECONNAISSANCE DE LA FONCTION DE MEDIEUR EN SANTE, PAIRS ET NON PAIRS.....	84
I.1.	<i>Dans les formations initiales de médecine et de travail social</i>	84
I.2.	<i>Sensibilisation des élus locaux et nationaux : vers une reconnaissance nationale du métier de médiateurs en santé</i>	86
II.	STABILISER UNE ARCHITECTURE FINANCIERE PERENNE POUR LES POSTES DE MEDIEURS EN SANTE, QUI PERMETTE A LA FOIS SA RECONNAISSANCE ET SON DEPLOIEMENT.....	87
III.	PENSER LA MEDIATION EN SANTE DANS LE DROIT COMMUN POUR FACILITER SA MISE A L’AGENDA POLITIQUE, SA RECONNAISSANCE EN TANT QUE PROFESSION ET STABILISER UN MODELE DE FINANCEMENT SOLIDE, MAIS SELON UNE « APPROCHE UNIVERSELLE PROPORTIONNEE ».	90
IV.	DESENGORGER LE DROIT COMMUN	92
	BIBLIOGRAPHIE	95
	ANNEXES.....	98
I.	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDIEURS ET MEDIATRICES EN SANTE	98
II.	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES EQUIPES	105
III.	ANNEXE 3 : GUIDE D’ENTRETIEN – MEDIEUR ET MEDIATRICE EN SANTE.....	110
IV.	ANNEXE 4 : GUIDE D’ENTRETIEN – EQUIPE	113
V.	ANNEXE 5 : GRILLES D’ANALYSE CONCERNANT LES MISSIONS ET MOYENS D’ACTIONS DES MEDIEURS EN SANTE, LEURS PROFILS ET COMPETENCES	116
VI.	ANNEXE 6 : GRILLE D’ANALYSE CONCERNANT LES ATTENTES, LES BESOINS ET LES EFFETS REMARQUES.....	117

VII.	ANNEXE 7 : MATRICE SWOT.....	118
VIII.	ANNEXE 8 : COMPTE-RENDU DES ECHANGES AVEC LES DELEGUES ET DELEGUEES DU CRPA.....	128
	<i>VIII.1. Les missions</i>	<i>128</i>
	<i>VIII.2. Compétences.....</i>	<i>129</i>
	<i>VIII.3. Profils.....</i>	<i>130</i>
	<i>VIII.4. Conditions de travail.....</i>	<i>130</i>
	<i>VIII.5. Type de structures.....</i>	<i>131</i>
IX.	ANNEXE 9 – COMPTE-RENDU DU GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL	135
	<i>IX.1. Restitution de l’atelier 1 : Quel(s) profil(s) des médiateurs et médiatrices en santé ?.....</i>	<i>135</i>
	IX.1.1 Les profils	135
	IX.1.2 Les compétences	136
	IX.1.3 Les formations.....	137
	<i>IX.2. Restitution de l’atelier 2 : Quelles missions des médiateurs et médiatrices en santé ?.....</i>	<i>138</i>
	IX.2.1 A propos des missions socles	138
	(a) Créer et entretenir un lien de confiance :	138
	(b) Accompagnement individuel sur les déterminants de la santé :.....	138
	(c) Informer et sensibiliser les professionnels de santé aux contraintes, besoins et spécificités des publics accompagnés, à leurs facteurs de vulnérabilités (auprès de leurs collègues, auprès des autres professionnels du territoire, auprès des futurs professionnels) :.....	139
	(d) Soutien aux professionnels du social :.....	139
	(e) S’ancrer dans un territoire : développement et entretien d’un réseau partenarial.....	139
	IX.2.2 A propos des missions optionnelles :	139
	(a) Actions collectives et promotion de la santé :.....	139
	IX.2.3 Identifier les dysfonctionnements dans la prise en charge (PEC) :	140
	IX.2.4 Représentation de la médiation en santé et de la structure :	140
	<i>IX.3. Restitution de l’atelier 3 : Quelles conditions de travail ?.....</i>	<i>140</i>
	IX.3.1 Les conditions matérielles de travail	140
	IX.3.2 L’intégration dans une équipe et le soutien du ou de la médiatrice en santé	141
	IX.3.3 Le temps de travail	142
	IX.3.4 Autres éléments ressortis des échanges sur cet atelier	143
	<i>IX.4. Restitution de l’atelier 4 : Quelles conditions de faisabilité ?</i>	<i>144</i>
	IX.4.1 Préparer, sensibiliser les équipes et décider collectivement	144
	IX.4.2 Définition collective des contours du poste et des missions	144
	IX.4.3 Une prise en compte des particularités des territoires et des publics accompagnés pour bien dimensionner le poste	146
	IX.4.4 Travail en réseau.....	146
	IX.4.5 Autres.....	146

SYNTHESE DES PRECONISATIONS

PRECONISATIONS – NIVEAU REGIONAL		
Une médiation en santé intégrée dans une équipe et présente sur les lieux fréquentés par le public cible	<u>Préconisation 1</u> : le médiateur en santé doit être salarié et intégré dans une équipe, qu'elle soit une équipe du secteur de la santé, une équipe du secteur social, ou une équipe pluriprofessionnelle. L'équipe recruteuse doit déjà posséder des espaces d'échange collectifs avant le recrutement d'un ou d'une médiatrice en santé.	Page 32
	<u>Préconisation 2</u> : Une médiation en santé qui peut être portée par un binôme ou en multi-référence (par une équipe entière).	Page 33
	<u>Préconisation 3</u> : Un médiateur en santé intégré dans une équipe portant une vision de la santé globale, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé	Page 33
	<u>Préconisation 4</u> : Les médiateurs en santé doivent être présents sur les sites de fréquentation du public cible ainsi que sur les lieux de travail de ses collègues.	Page 34
Quels profils ? Diverses possibilités de profils des médiateurs en santé	<u>Préconisation 5</u> : Afin de tendre vers la pluridisciplinarité de l'équipe recruteuse et d'apporter à celle-ci des compétences et des connaissances complémentaires à celles existantes dans l'équipe, il est recommandé de recruter un profil non existant ou minoritaire dans l'équipe	Page 39
Quelles compétences ?	<u>Préconisation 6</u> : Un certain nombre de savoir-être (compétences comportementales / « soft-skills ») sont indissociables de la pratique de médiation en santé (voir Tableau 3).	Page 41
	<u>Préconisation 7</u> : Différentes compétences techniques (savoir-faire) sont plus ou moins nécessaires en fonction de l'environnement et des conditions d'exercice des médiateurs en santé (composition de l'équipe, territoires d'action, etc) ainsi que des spécificités des publics qu'ils accompagnent (voir Tableau 4)	Page 43
	<u>Préconisation 8</u> : Un certain nombre de connaissances (savoirs) facilitent la pratique des médiateurs en santé (voir Tableau 5) en fonction de leurs environnements et conditions d'exercice, ainsi que des spécificités des publics qu'ils ou elles accompagnent.	Page 45
Quelles formations ?	<u>Préconisation 9</u> : Le recrutement de médiateurs en santé, pairs ou non, ne doit pas être conditionné à la possession d'un diplôme spécifique ou d'une formation spécifique à la médiation en santé, qu'elle soit paire ou non	Page 46

	<u>Préconisation 10</u> : Pour outiller les médiateurs en santé, il est recommandé de leur proposer des formations continues liées aux problématiques des publics accompagnés (plutôt que de rendre obligatoire la formation initiale en médiation en santé).	Page 47
Quelles missions ?	<u>Préconisation 11</u> : Cinq missions construisent le socle commun des missions des médiateurs en santé, pairs ou non - la création et l'entretien d'un lien de confiance ; - l'accompagnement individuel des personnes sur les déterminants de santé ; - la sensibilisation des professionnels de santé sur les spécificités des publics accompagnés ; - le soutien aux professionnels du travail social ; - et le développement d'un réseau partenarial. Pour cela, ils possèdent différents outils et moyens d'action (Tableau 6)	Page 55
	<u>Préconisation 12</u> : Deux missions des médiateurs en santé optionnelles peuvent compléter les missions socles : - la mise en place d'actions collectives et/ou de promotion de la santé - l'identification des dysfonctionnements systémiques dans la prise en charge des personnes et des discriminations en santé Pour cela, ils possèdent différents outils et moyens d'action (Tableau 7). Les missions complémentaires peuvent être réalisées à la condition que les missions socles soient assurées. Elles sont vouées à intégrer, à terme, la catégorie des missions socles avec le déploiement de plus en plus de postes de médiateurs en santé.	Page 60
	<u>Préconisation 13</u> : Proposer une fiche outil aux médiateurs en santé pour les outiller sur les recours possibles lors de refus de soin ou de discrimination en santé	Page 60
	<u>Préconisation 14</u> : Organiser en région Bretagne, un processus efficace de remontée des différents dysfonctionnements systémiques entravant l'accès aux soins des publics accompagné, reposant sur l'implication d'une structure de coordination, telle que les des dispositifs d'appui à la coordination.	Page 60
Un processus particulier et collectif de définition des contours du poste	<u>Préconisation 15</u> : En amont du recrutement : réaliser une étape de sensibilisation et d'acculturation de tous les membres de l'équipe à la notion de médiation en santé (pour s'assurer que tout le monde comprenne ses enjeux, ses spécificités et ses apports)	Page 62
	<u>Préconisation 16</u> : En amont du recrutement - Une décision de recruter un médiateur en santé qui doit être collective et faire consensus	Page 62

	<u>Préconisation 17</u> : Définir les missions et les contours du poste, en adéquation avec les besoins du public et du territoire. Pour ce faire, une étude des besoins peut être réalisée auprès des publics cibles, ainsi qu'auprès des partenaires du territoire, ou bien à l'aide des différents diagnostics déjà existants	Page 65
	<u>Préconisation 18</u> : Redéfinition des contours du poste en équipe avec le médiateur en santé recruté.	Page 65
	<u>Préconisation 19</u> : Expliciter les termes du contrat au moment du recrutement.	Page 65
	<u>Préconisation 20</u> : Des missions définies par des professionnels de terrain, et non par une structure travaillant à distance des publics accompagnés (collectivités, CPAM, CLS, etc).	Page 65
	<u>Préconisation 21</u> : Prendre en compte les spécificités du territoire d'exercice du médiateur en santé, ainsi que les spécificités du public cible pour dimensionner le poste de manière à protéger la santé au travail du médiateur en santé. Eviter de surdimensionner le poste au regard d'un territoire géographique trop important. Eviter de surdimensionner le poste au regard d'une file active trop importante.	Page 68
	<u>Préconisation 22</u> : La médiation en santé ne peut, seule, influencer sur les déterminants de santé structurels inhérents aux contextes socioéconomiques et/ou politiques	Page 69
Assurer un soutien au médiateur en santé recruté	<u>Préconisation 23</u> : Soutenir le médiateur en santé, particulièrement en début de prise de poste et dégager du temps RH pour des supervisions régulières.	Page 70
	<u>Préconisation 24</u> : Systématiser des analyses de pratiques, animées par un intervenant extérieur, au sein de l'équipe	Page 71
	<u>Préconisation 25</u> : Rencontrer et échanger avec chacun des collègues, en début de prise de poste (pour présenter les missions de chacun), particulièrement en contexte de travail pluriprofessionnel et/ou en contexte de travail majoritairement libéral.	Page 71
	<u>Préconisation 26</u> : S'assurer d'avoir des professionnels disponibles pour accompagner le médiateur en santé dans sa prise de poste, particulièrement si l'équipe repose sur un exercice libéral.	Page 72
Un important travail des liens partenariaux	<u>Préconisation 27</u> : Rencontrer en début de poste, tous les partenaires potentiels, acteurs du social, du médicosocial, acteurs de la santé, et structures associatives du territoire – pour clarifier le périmètre d'action et des missions de la médiation en santé. Ces rencontres peuvent être réalisées par le médiateur en santé, par ses collègues, ou par un binôme médiateur en santé / collègue.	Page 74
	<u>Préconisation 28</u> : Afin de faciliter le travail du médiateur en santé, ses collègues médecins (s'il y en a) peuvent participer à la présentation de son rôle et de ses missions auprès des professionnels de santé du territoire car ils bénéficieront d'une plus grande légitimité accordée par ces derniers (par un mécanisme de reconnaissance entre pairs).	Page 75

	<u>Préconisation 29</u> : Maintenir et entretenir le réseau partenarial auprès des différents types d'acteurs du territoire (sociaux, sanitaires, médicosociaux, institutionnels de santé)	Page 77
	<u>Préconisation 30</u> : Réaliser des rencontres régulières, particulièrement avec les partenaires acteurs sociaux du territoire pour pallier l'instabilité du secteur social (et le turn-over des travailleurs sociaux)	Page 77
Assurer des bonnes conditions d'exercice au médiateur en santé	<u>Préconisation 31</u> : Fournir ou mettre à disposition du médiateur en santé les équipements nécessaires à l'exécution de son travail (bureau, outils informatiques et bureautiques), et de manière adaptée aux spécificités du territoire et des publics accompagnés (véhicule en territoire rural par exemple)	Page 79
	<u>Préconisation 32</u> : Privilégier les temps pleins réalisés au sein d'une seule et unique structure pour les postes de médiateurs en santé. Des temps partiels peuvent paraître pertinents dans deux cas de figures : 1/ lorsqu'il est sollicité par le ou la médiatrice en santé et 2/ dans le cas d'une médiation en santé exercée par un pair lorsque le caractère de pairité repose sur une expérience douloureuse dont la sollicitation récurrente peut potentiellement mettre le médiateur en santé pair en difficulté.	Page 80
	<u>Préconisation 33</u> : Dans la mesure du possible, les médiateurs ou médiatrices en santé intégrées dans des équipes doivent percevoir un niveau de rémunération équivalent aux travailleurs sociaux et/ou infirmiers salariés dans la structure.	Page 81
	<u>Préconisation 34</u> : Créer un réseau de médiateurs en santé bretons. Ce réseau permettra de réaliser des analyses de pratiques et d'échanger sur les difficultés rencontrées par les médiateurs en santé.	Page 83
	<u>Préconisation 35</u> : Si une trop grande diversité des réalités professionnelles des médiateurs bretons persiste, créer plusieurs réseaux permettant de regrouper les médiateurs en santé dont les conditions d'exercice sont similaires	Page 83
PRECONISATIONS - NIVEAU NATIONAL		
Travailler à la reconnaissance de la fonction de médiateur en santé, pair ou non pair	<u>Préconisation 36</u> : Intégrer la médiation en santé et la médiation en santé paire dans les formations initiales de médecine et de soins infirmiers.	Page 85
	<u>Préconisation 37</u> : Généraliser l'intégration des notions de médiation en santé et de médiation en santé paire dans les formations initiales du travail social	Page 85
	<u>Préconisation 38</u> : Sensibiliser les élus locaux et nationaux pour faire de la médiation en santé un objet politique, pour in fine, accéder à une reconnaissance du métier au niveau national	Page 87

Stabiliser une architecture financière pérenne pour les postes de médiateurs en santé, qui permette à la fois sa reconnaissance et son déploiement	<u>Préconisation 39</u> : Assurer des financements pérennes et suffisants pour couvrir les besoins du territoire permet de sécuriser les accompagnements des personnes et les rendre efficaces ; sécuriser la santé au travail des médiateurs en santé ; sécuriser les liens partenariaux avec les acteurs du territoire ; et permet les orientations vers le médiateur en santé par les partenaires	Page 89
	<u>Préconisation 40</u> : Inclure les accompagnements de médiation en santé dans les prestations prises en charge par l'assurance maladie. Intégrer les actions de médiation en santé dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ou dans l'accord national des centres de santé.	Page 90
Penser la médiation en santé dans le droit commun	<u>Préconisation 41</u> : Développer la médiation en santé dans le droit commun, selon un principe d'universalisme proportionné – permettant une intensification de celle-ci à destination des publics qui en ont le plus besoin	Page 92
	<u>Préconisation 42</u> : Désengorger le droit commun, pour éviter que la saturation des services de santé entraîne une saturation des dispositifs de médiation en santé	Page 94

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Synthèse des matériaux recueillis</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 2 : Différents profils de médiateurs et médiatrices en santé non pairs ayant répondu au questionnaire ou ayant fait un entretien individuel, en fonction des contextes d'exercice</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 3 : Les savoir-être (compétences comportementales ou « soft-skills ») nécessaires pour la bonne exécution de la fonction de médiation en santé.....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 4 : Savoir-faire (compétences techniques) nécessaires pour la bonne exécution des missions de médiation en santé</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 5 : Connaissances (savoirs) nécessaires à la bonne exécution des missions de médiations en santé</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 6 : Missions socles, constituant la base de la fonction de médiation en santé, et moyens et outils de mise en œuvre</i>	<i>55</i>
<i>Tableau 7 : Missions optionnelles et complémentaires pouvant être réalisées par les médiateurs et médiatrices en santé dans le cadre de leurs fonctions, et moyens et outils de mise en œuvre.....</i>	<i>61</i>

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Recueil des compréhension, représentations et réflexions des délégués et déléguées du CRPA au sujet de la médiation en santé.</i>	<i>132</i>
<i>Figure 2 : Missions et compétences pour exercer le métier de médiateur en santé, identifiées par les délégués du CRPA</i>	<i>132</i>
<i>Figure 3 : Avantage et inconvénient des différents profils de médiateurs en santé, identifiés par les délégués du CRPA...</i>	<i>133</i>
<i>Figure 4 : Type de structure dans lesquelles les délégués du CRPA jugent utiles d'intégrer des médiateurs et médiatrices en santé.....</i>	<i>133</i>
<i>Figure 5 : Conditions de travail essentielles pour la fonction de médiation en santé, selon les délégués du CRPA.....</i>	<i>134</i>

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel	DREETS : Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
ALD : Affection longue durée	EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
AME : Aide médicale d'Etat	EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
ARS : agence régionale de santé	ETP : Equivalent temps plein
ASE : Aide sociale à l'enfance	FAS : Fédération des acteurs de la solidarité
ATSEM : Agent territorial spécialisé des écoles maternelles	GT : Groupe de travail
CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	HAS : Haute autorité de santé
CAF : Caisse d'allocations familiale	IGAS : Inspection générale des affaires sociales
CCAS : Centre communal d'action sociale	IPA : Infirmier en pratique avancée
CDAS : Centre départemental d'action sociale	MDD : Maison du département
CDI : Contrat à durée indéterminée	MS : médiateur en santé
CESE : Conseil économique social et environnemental	MSA : Mutualité sociale agricole
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
CLS : contrat local de santé	OMS : Organisation mondiale de la santé
CMP : Centre médico-psychologique	PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique	PMI : Protection maternelle et infantile
CMU : Couverture maladie universelle	PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
Comede : Comité pour la santé des exilés	Psanté : Professionnel de santé
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie	Psocial : Professionnel du social
CPH : Centre provisoire d'hébergement	QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé	RDV : Rendez-vous
CRPA : Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées	RH : Ressources humaines
CSS : Complémentaire santé solidaire	RSA : Revenu de solidarité active
DAC : Dispositif d'appui à la coordination	SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement	SWOT : Strengths, weaknesses, opportunities and threats (Forces, faiblesses, opportunités et menaces)
	UCSA : (dispositif) Un chez soi d'abord
	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Afin d'en faciliter la lecture, les autrices ont choisi de ne pas utiliser l'écriture inclusive dans ce rapport.

Toutefois il convient de rappeler ici que la fonction de médiation en santé est majoritairement portée par des femmes, au même titre que la majorité des métiers du social et du soin¹.

¹ Selon le rapport du CESE sur les métiers de la cohésion sociale, il existe une « division du travail sexuelle » au sein du secteur du travail social : « Les femmes sont plus présentes dans les activités de soin ou qui concernent l'hygiène alors que les hommes sont relativement plus nombreux dans les activités éducatives » ainsi que dans les postes hiérarchiques (les femmes représentent plus de 90% des effectifs de travailleurs sociaux et les hommes 60% des responsables de services) (CESE, 2022). Dans le secteur du soin, une lente féminisation des postes de médecins s'est produite depuis les années 2010, faisant que près de 1 médecin sur 2 est une femme (49,3%) (Arnault, 2024). En revanche, les autres professions, restent à majorité féminine depuis les mêmes années, par exemple, plus de 8 infirmières sur 10 sont des femmes et 9 aides-soignants ou soignantes sur 10 sont des femmes (Babet et al., 2024).

I. La médiation en santé source de nombreux impacts positifs

Née dans les années 1990 durant l'épidémie de VIH, la médiation en santé s'est d'abord structurée autour d'associations de patients. Elle s'est par la suite diversifiée (médiation par les pairs, médiation transculturelle, médiation en santé mentale, etc...) et a commencé peu à peu à être reconnue, l'amenant vers une lente institutionnalisation (Bouchaud et al., 2022).

Selon la Haute autorité de santé (2017) et un rapport de l'IGAS (2023), la médiation en santé vise à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en favorisant le retour vers le droit commun ; en accompagnant les populations vulnérables vers le système de prévention et de soins ; et en facilitant leur intégration dans le parcours de santé. Elle est un processus, qui, au moyen de « *l'aller vers* » et du « *faire avec* », permet de renforcer l'équité en santé en favorisant le retour des personnes éloignées du soin vers le droit commun ; le recours à la prévention et aux soins ; l'autonomie en santé des personnes ; leur encapacitation ; et « la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public » (Berkess et al., 2023; HAS, 2017). Ainsi, la médiation est une fonction d'interface qui favorise l'accès aux droits et aux soins des personnes vulnérables et qui sensibilise les acteurs de la santé sur les obstacles que rencontre le public dans son parcours d'accès aux soins (HAS, 2017), et par la même, permet de « garantir l'accès effectif aux services de santé » (Berkess et al., 2023). En effet, celle-ci « contribue à garantir l'effectivité des soins, que ce soit au travers l'accompagnement physique de la personne à ses différents rendez-vous (garantissant ainsi la continuité du parcours de soins ou prévenant des refus de soins ou discriminations) ou par une intermédiation culturelle et/ou linguistique sans laquelle l'expression du besoin, la prise en compte de la dimension holistique de la personne, la compréhension du langage médical ou l'observance thérapeutique seraient compromises » (Berkess et al., 2023). La médiation en santé agit également sur d'autres déterminants de la santé, notamment en permettant l'accès aux droits, qui « conditionne l'entrée et le maintien dans la filière des soins » (Berkess et al., 2023).

La médiation en santé peut intervenir aux différentes étapes du parcours d'un individu afin de prévenir les ruptures de soin tout en produisant des externalités bénéfiques à l'ensemble du système de soins selon le rapport de la mission IGAS (Berkess et al., 2023). En effet, celle-ci peut agir dès la rencontre avec la personne en dehors des lieux de soin et peut participer à lever les barrières d'accès aux soins (accès aux droits, droit au logement, recréer la confiance dans le système de soin, accompagnement à des RDV, coordination de parcours de soins, etc).

Les effets de la médiation en santé ne se cantonnent pas à des impacts individuels sur les personnes accompagnées, elle présente également des impacts positifs sur le système de soin en lui-même. En effet, elle permet « de réduire la pression pesant sur les ressources du système de santé » en « permettant de dégager du temps médical et paramédical », ainsi qu'en « réduisant le nombre de passages inappropriés aux urgences » (Berkess et al., 2023).

Elle participe également à changer les représentations des professionnels sur les publics accompagnés et à mieux les comprendre et les prendre en compte.

II. De quelle(s) médiation(s) en santé traite cette enquête ?

Le terme médiation est un terme polysémique².

Il peut être pensé sous la forme d'une *approche normative*, caractérisée par la posture du tiers impartiale, indépendant et sans pouvoir décisionnel afin de jouer un rôle de pacification des relations entre institutions et usagers, voire entre individus ; ou bien dans une *approche substantialiste* dans laquelle le terme de médiation est « utilisé de façon générique pour désigner toutes les façons non verticales de réguler des conflits ou d'établir la communication » (Faget, 2010).

Le terme de médiation est utilisé dans de nombreux secteurs : le secteur social, le secteur culturel, le secteur sanitaire, le secteur judiciaire, mais également dans le numérique, etc.

Soleymani et al proposaient en 2022 un recensement des différentes formes de médiation existantes :

- La **médiation sociale** est apparue dans les années 1980-1990, dans un contexte de premières émeutes urbaines conduisant à la création d'une « politique de la ville ». La médiation sociale a donc consisté à intervenir dans les quartiers classés comme prioritaires, ainsi que dans les transports en commun. Aujourd'hui, le médiateur social, « repère les difficultés des personnes à accéder aux droits et aux services dématérialisés afin de leur permettre d'y remédier. En position de tiers impartial, il contribue à faciliter les échanges ou à rétablir le dialogue entre les personnes, ou entre les personnes et les institutions » (Soleymani et al., 2022). La médiation sociale peut porter, comme la médiation en santé sur l'accès aux droits et l'accompagnements dans le système de santé (selon les besoins des individus), mais son but premier n'est pas de faciliter l'accès aux soins des personnes, mais de « concourir au maintien d'un « ordre social » » (Boucher, 2023).

La médiation sociale a d'abord été exercée par des « femmes-relais »³ qui ont, par la suite, inspiré les postes d'adultes-relais⁴ que l'on retrouve aujourd'hui. Ces derniers peuvent intervenir dans différents domaines, dont la santé et l'accès aux droits. « En l'absence de statut officiel pour les postes de médiateurs en santé, ce dispositif d'adulte-relais est fréquemment mobilisé pour recruter et rémunérer des médiateurs en santé » (Soleymani et al., 2022).

- La **médiation en santé**, est apparue dans les années 1990, au moment de l'épidémie de sida. Elle a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé. Elle se place dans une vision globale de la santé – c'est-

² C'est-à-dire qu'elle peut revêtir plusieurs définitions

³ « La dynamique des « femmes-relais » dans les années 1980-1990 a également initié la médiation sociale : en mettant à profit leur expérience personnelle et leur connaissance des parcours d'immigration, des habitantes se sont peu à peu organisées pour faciliter la compréhension entre des familles et les administrations et services de l'État (préfecture, PMI, écoles...) » (Soleymani et al., 2022).

⁴ L'adulte-relais doit avoir une situation socio-économique la plus proche possible du public-cible et résider dans le même quartier. Des conditions liées à l'âge s'appliquent également. L'employeur doit être une administration, une association ou une entreprise privée chargée de la gestion d'un service public.

à-dire prenant en compte les déterminants de santé – et consiste « à créer des interfaces entre les différents acteurs du système et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention du fait de diverses vulnérabilités » (Soleymani et al., 2022), ainsi qu'à lever les différents freins d'accès aux soins des personnes. Elle vise à aider ces personnes à s'engager dans des parcours de soins et à les mener à bien, tout en tenant compte de leur environnement de vie. Pour cela, elle participe au changement des représentations et des pratiques, à la fois des professionnels du système de soin, et à la fois de la population. Haschar-Noé et Basson (2019) la définissent ainsi : « 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 ».

- Les « **médiateurs de santé pairs** » (MSP) ont émergé dans plusieurs domaines sanitaires, et sont aujourd'hui notamment présents dans les équipes de psychiatrie. Leurs pratiques professionnelles et leurs interventions se fondent sur leurs *savoirs expérientiels*, pour accompagner et soutenir des personnes vivant des expériences similaires (une pathologies chronique par exemple dans le secteur du soin) (Demailly & Garnoussi, 2015). Les médiateurs en santé pairs, intégrés dans des services hospitaliers (la plupart du temps), « du fait même de leur présence physique dans les services, [ont] une influence sur les pratiques des équipes ainsi que sur la manière dont les soignants parlent des patients. Au-delà de leur simple présence, les médiateurs développent des pratiques d'accompagnement spécifiques qui ont un impact sur les usagers et sur les équipes. Relevant de la pair-aidance, ces médiateurs de santé pairs proposent une "aide cognitive, émotionnelle et informative initiée par une personne, membre d'une communauté sociale, à destination d'une autre personne de la même communauté" » (Soleymani et al., 2022).
- **La médiation transculturelle** est apparue dans le champ de la psychiatrie « pour améliorer la prise en charge clinique des personnes migrantes ». Le médiateur est alors « considéré comme un expert de la culture du patient ». Elle est ponctuelle et est, dans la majorité des cas, limitée à une unique intervention qui « permet de fournir de nouveaux éléments de compréhension sur le sens donné par le patient à sa pathologie » pour permettre une adaptation du projet de soin (Bouznah & Minassian, 2024) « L'intervention du médiateur transculturel est en pratique moins large que celle du médiateur en santé, car elle n'inclut pas l'accompagnement et l'accès aux droits » (Soleymani et al., 2022). Elle est un outil d'aide pour les équipes médicales « pour faire face à un blocage thérapeutique ou une non-adhésion aux soins et notamment quand il apparaît que des éléments culturels [sont] un facteur déterminant de ceux-ci »⁵.

A ces formes de médiation, nous ajoutons également d'autres fonctions qui peuvent être assimilées à de la médiation à santé :

- **La médiation interculturelle** : « La médiation interculturelle est une démarche favorisant une bonne prise en charge médicale. Pour le soignant, c'est notamment la garantie d'un échange éclairé avec le patient. »

⁵ <https://centre-babel.fr/centre-babel-presentation/>

Interculturel » signifie la capacité à décoder culturellement la communication non-verbale du patient, à soutenir son niveau de littératie en santé (c'est-à-dire lui permettre de comprendre pour pouvoir exercer son libre choix après avoir accédé à l'information), à donner sens à son vécu et à déconstruire sa position minoritaire face au soignant. La médiation interculturelle va par conséquent bien au-delà d'un simple interprétariat. Toutefois, elle n'intervient que très exceptionnellement en soutien à l'accès au droit commun, contrairement aux médiateurs en santé ou *community health workers*, qui justement, vont à la rencontre de la communauté pour identifier les personnes ayant des besoins en santé et/ou en droit commun » (Soleymani, 2022).

- **Travailleurs pairs** : Comme les médiateurs en santé pairs, la pratique professionnelle et l'intervention du travailleur pair se fondent sur ses *savoirs expérientiels* (d'une pathologie ou d'un parcours de soin lorsqu'il est travailleur pair en santé, ou d'une situation de vie difficile lorsqu'il est travailleur pair dans le secteur social, voire les deux) pour accompagner et soutenir des personnes vivant des expériences similaires. Sa double *proximité, relationnelle et expérientielle* (Provencher et al., 2012) avec les personnes accompagnées, lui permet de créer un lien de confiance et privilégié avec ces dernières. Il peut ainsi créer des liens interpersonnels entre les personnes accompagnées et les professionnels traditionnels dont il est le collègue. Les rôles des travailleurs pairs (de traduction, de médiation, *d'aller-vers*, de facilitation, etc.) et les attendus des équipes peuvent être multiples et se basent donc sur leurs *savoirs expérientiels* ainsi que sur le vécu qu'ils partagent avec les personnes accompagnées ou usagères d'un service. Par leurs méthodes d'action informelles et de *compréhension empathique*, grâce à leur maîtrise du « bilinguisme » ainsi que par leur posture de proximité, les travailleurs pairs apportent un nouveau regard au sein de leurs équipes, qui, par complémentarité avec celui des professionnels traditionnels, permet un accompagnement global des personnes suivies (Rey, 2022b). Ainsi, suivant l'équipe dans laquelle il est intégré, et les missions qui lui sont confiées, un travailleur pair peut être amené à exercer une fonction ou des missions de médiation en santé, du moment que son objectif est de lever les freins d'accès aux soins des publics accompagnés.
- **Les patients experts** : Le patient-expert désigne, selon la Haute autorité de santé, « celui qui a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état de santé » (HAS, 2024). Ainsi, de la même manière qu'un travailleur pair, le patient expert mobilise son *savoir expérientiel* (dans ce cas sur la gestion d'une pathologie voire son parcours de soin) afin d'accompagner des personnes vivant avec la même pathologie. Celui-ci intervient souvent lors d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient ou de formations des professionnels. Si les patients experts participent ainsi à sensibiliser les professionnels, à modifier les postures et pratiques des professionnels de santé, et à accompagner les personnes dans leur gestion de leur pathologie, ils ne sont pas (ou très rarement) amenés à travailler les différents freins à l'accès aux soins, notamment ceux dépendants de déterminants sociaux de la santé.

Dans le présent travail, est considérée comme de la médiation en santé toute forme de médiation qui a pour finalité de lever les barrières d'accès aux soins et d'éviter les ruptures des parcours de soins. Ainsi, sera considérée comme médiateur en santé toute personne (qu'elle soit définie dans l'équipe comme médiateur en santé pair, médiateur en santé, médiateur social, travailleur pair, etc.) dont la fonction est d'accompagner les personnes vers le soin, à agir sur le système de soins et de l'accompagner sur les déterminants de santé individuels et/ou collectifs.

Ce travail s'est donc focalisé sur la médiation en santé, quel que soit sa forme, permettant d'aller vers les personnes éloignées du système de soin et, au travers d'une vision globale/holistique de la santé, permettant de lever les freins à l'accès aux soins.

Nous n'avons donc pas pris en compte par exemple, les médiateurs en santé pairs exerçant au sein de services hospitaliers ne faisant pas de démarches *d'aller vers* les publics qui ne seraient pas encore pris en charge par le service. Nous n'avons pas pris en compte non plus les patients experts qui réalisent des actions ponctuelles à travers des ateliers d'éducation thérapeutique.

OBJECTIFS DES TRAVAUX

L'ARS Bretagne souhaite soutenir les démarches de médiation en santé car celles-ci constituent un levier majeur pour lutter contre les inégalités sociales de santé en favorisant une plus grande équité en santé.

Aussi l'ARS a identifié cet enjeu à la fois dans le Projet Régional de Santé (« Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé ») et dans le PRAPS⁶ 2023-2028 (axe 4, objectif n°2 « Soutenir les approches communautaires et de médiation en santé »).

A ce jour, il existe une littérature importante sur la médiation en santé (publications scientifiques en sciences sociales et humaines, référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS), rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), littérature grise, ouvrages...) mais pas de cadre de déploiement, d'autant que ce nouveau métier n'est pas encore reconnu juridiquement.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'établir un socle commun pour structurer et faciliter la mise en œuvre de la médiation en santé en Bretagne, sous la forme d'un cahier des charges régional. Ce cahier des charges répondra aux questions suivantes :

- Quelles sont les missions de la médiation en santé : accompagnements individuels, collectifs, plaidoyer, relations partenariales ?
- Quels sont les profils des médiateurs et médiatrices en santé : formation, profils (issu de l'expérience et/ou de profession sanitaire / sociale) ?
- Quelles sont les compétences nécessaires à l'exercice de la médiation en santé ?
- Quelles sont les conditions de travail des postes de médiateurs et médiatrices en santé : type de contrat, quotité temps de travail, salaires, rattachement ?
- Existe-t-il des spécificités propres aux publics, aux territoires ?
- Comment penser l'intégration des médiateurs en santé dans leurs environnements de travail et leur articulation avec l'équipe ?
- Quelles sont les conditions de réussite en amont de la création du poste ?
- Est-il pertinent de créer un réseau de médiateurs et médiatrice en santé ?

Afin d'élaborer ce cahier des charges, l'ARS Bretagne s'est associée à la FAS Bretagne pour mener une enquête (restituée dans le présent document) sur les pratiques de médiation en santé actuellement réalisées en en Bretagne, au moyen d'entretiens semi-directifs, de questionnaires et de focus groupe, auprès de différents acteurs du territoire (voir Méthodologie) :

- Les médiateurs et médiatrices en santé, pairs ou non

⁶ Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

- Leurs collègues professionnels du social ou professionnels de la santé
- Les représentants des personnes accueillies et accompagnées (délégués du CRPA)
- Autres acteurs sociaux et de la santé (de structures sociales ou de santé n'ayant pas encore recruté de médiateurs en santé)

Ce travail a permis de dresser 42 préconisations qui pourront être toutes ou en partie reprises dans le cahier des charges.

Enfin, ce travail a également pour objectif d'alimenter les réflexions sur la médiation en santé au niveau national, tout en contribuant à la valorisation et à la visibilité de ce métier.

Après une présentation détaillée de la méthodologie, la première partie de ce document discutera des différents freins et leviers relevés dans cette enquête concernant le déploiement de la médiation en santé et son efficacité sur le territoire breton

De cette première analyse ressortent 35 préconisations (qui sont pour chacune, détaillées), sur les conditions d'exercice de la médiation en santé, ses missions, les profils des médiateurs en santé et les conditions de faisabilité. Ces préconisations peuvent être activées à l'échelon régional et permettront d'alimenter le cahier des charges régional.

La seconde partie de ce document discute les freins et leviers au déploiement de postes de médiateurs et médiatrices en santé, relevant du niveau national. 7 préconisations sont proposées, concernant la reconnaissance de la fonction de médiation en santé, les stratégies de financements pérennes, ou encore le désengorgement du droit commun.

I. Recueil des matériaux

I.1. Recueil par questionnaire

Deux questionnaires en ligne ont été ouverts sur la période de juin à novembre 2024.

Ces questionnaires ont permis de recueillir des données concernant les différentes missions des médiateurs et médiatrices en santé, leurs conditions de travail, leurs compétences, les apports de leur travail aux équipes et aux personnes accompagnées, les modes de collaborations entre médiateurs en santé et équipes, les différents freins et leviers à leur intégration dans les équipes, les modèles de financement du poste (pérenne ou non), etc.

I.1.1 Recueil de matériaux par questionnaire auprès des médiateurs et médiatrices en santé

Le premier questionnaire, à destination des médiateurs en santé, pairs ou non, comportait 37 questions, organisées en 6 sections (Annexe 1) :

- « Le poste de médiateur en santé »
- « Conditions de travail »
- « Intégration dans l'équipe et prise de poste »
- « Compétences et valorisation »
- « Compléments »
- « Contact »

Le questionnaire a permis de recueillir 10 réponses de médiateurs et médiatrices en santé, qu'ils soient pairs ou non (Tableau 1).

I.1.2 Recueil de matériaux par questionnaire, auprès des équipes

Le second questionnaire, à destination des collègues des médiateurs en santé, comportait 22 questions organisées en 8 sections (Annexe 2) :

- « Les contours du poste de médiateurs en santé »
- « Recrutement »
- « Apports pour les usagers, personnes accompagnées, concernées »
- « Accueil au sein de l'équipe »
- « Relations au sein de l'équipe »
- « Valorisation »
- « Compléments »
- « Contacts »

Le questionnaire a permis de recueillir 7 réponses de collègues de médiateurs et médiatrices en santé (Tableau 1).

I.2. Recueil par entretiens semi-directifs

9 entretiens semi-directifs (Tableau 1) ont été réalisés par deux analystes différentes (l'une travaillant à l'ARS Bretagne, l'autre à la FAS Bretagne) auprès de médiateurs en santé (pairs ou non), ainsi qu'auprès de leurs collègues, selon deux guides d'entretiens prédéfinis (Annexes 3 et 4).

5 médiateurs ou médiatrices en santé, pairs ou non, et 3 professionnels de leurs équipes ont fait l'objet d'entretiens individuels. 3 entretiens collectifs ont été réalisés avec un ou une médiatrice en santé, accompagnée(s) d'un ou plusieurs membres de l'équipe.

Ces entretiens, d'une durée variant entre 1h03 et 1h40, ont été enregistrés et partiellement retranscrits.

Tableau 1 : Synthèse des matériaux recueillis

QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville

Structure	Matériaux recueillis	Nombre de médiateurs en santé sur la structure	Type de structure	Type de territoire	Particularité du public
1	1 questionnaire (médiateur) 1 entretien (médiateur en santé) 1 entretien (membre de l'équipe, médecin)	1	Structure de santé	Urbain	Habitants de QPV
2	1 questionnaire (médiateur) 1 entretien (médiateur)	1	Poste isolé, rattaché à une structure sociale	Rural	Personne en situation de précarité et/ou isolées
3	1 questionnaire (médiateur) 1 questionnaire (membre de l'équipe) 1 entretien collectif	1	Structure de santé	Urbain	Habitants de QPV + alentours Personnes en situation de précarité
4	1 questionnaire (médiateur) 2 questionnaires (équipe) 1 entretien (premier médiateur) 1 entretien collectif (deuxième médiateur + membre de l'équipe, médecin)	2	Dispositif santé-précarité	Urbain	Personnes en situation de grande précarité (1 médiateur) Personnes exilées (1 médiateur)
5	1 questionnaire (médiateur) 1 entretien (médiateur)	1	Structure sociale	Urbain	Personnes en situation de précarité et isolées
6	1 questionnaire (médiateur pair) 1 questionnaire (équipe) 1 entretien (collectif – médiateur pair + plusieurs membres de l'équipes pluriprofessionnelle)	2	Dispositif santé-précarité	Rural	Personnes en situation de grande précarité et souffrant de troubles psychiatriques sévères
7	1 questionnaire (médiateur pair) 1 questionnaire (équipe) 1 entretien (médiateur pair)	2	Dispositif santé-précarité	Urbain	Personnes en situation de grande précarité et souffrant de troubles psychiatriques sévères
8	2 questionnaires (médiateur) 2 questionnaires (équipe)	2	Structure sociale	Urbain	Bénéficiaire de la protection internationale (réfugiés)
9	1 questionnaire (médiateur)	1	Structure de santé	Urbain	Habitants de QPV Personnes en situation de précarité Exclues du droit commun

II. Analyse des données et édition des préconisations

Les données extraites ont ensuite été classées dans deux grilles d'analyse différentes ainsi que dans une matrice SWOT⁷.

- La première grille d'analyse permettait de répertorier les missions, moyens et outils d'action, profils et compétences des différents médiateurs en santé, selon les représentations de ces derniers et des membres de leurs équipes et selon que les médiateurs soient pairs ou non (Annexe 5). Ainsi, cette grille permettait de déterminer quels sont les éléments communs à tous les médiateurs en santé enquêtés et de faire ressortir les éléments qui, au contraire, sont spécifiques d'un territoire, d'un profil de public accompagné, d'un profil de médiateurs en santé, ou de la typologie de la structure d'exercice et de la composition de l'équipe.
- La deuxième grille d'analyse portait sur les objectifs des médiateurs en santé, les besoins et attentes à la fois du public et des équipes, ainsi que sur les effets remarquables par les enquêtés (Annexe 6). Cette grille permettait également de dégager les éléments communs des éléments propres à une particularité du poste, du public accompagné ou du territoire d'implantation.
- Enfin, une matrice SWOT a été utilisée pour identifier différents freins et leviers aux postes de médiateurs et médiatrices en santé en région Bretagne (Annexe 7). Une telle matrice consiste à renseigner dans un tableau à quatre cases, après identification, les forces et les faiblesses des éléments étudiés ainsi que les menaces qui pèsent sur la médiation en santé, et les opportunités qui, au contraire, peuvent la favoriser.

Au regard de ces 3 grilles d'analyse et/ou matrices, 41 préconisations ont été réalisées dans un premier temps. 34 d'entre elles relèvent du champ d'action du présent travail, à savoir réaliser un cahier des charges pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne.

Les 7 autres se situent hors du champ d'action (niveau national).

⁷ Strengths, Weakness, Opportunities and Threats – Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

III.Consultation des délégués et déléguées du conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA)

A l'issue du travail de première analyse, les deux analystes ont organisé une journée de travail avec les déléguées et délégués du Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA). Ils et elles étaient au nombre de 5. Cette journée de travail collectif a été organisée le 28 novembre 2024 novembre à Saint-Brieuc.

La matinée de ce travail a consisté à interroger les délégués sur ce que leur évoquait la médiation en santé à l'aide de capsules vidéo dans lesquelles des médiateurs et médiatrices en santé, pairs et non pairs, exerçant dans différents types de structure et différents territoires français, témoignent. Ainsi il a été possible d'échanger sur ce qu'ils et elles retenaient de la fonction de médiation en santé et de son utilité, de ses missions, de ses conditions d'exercices ainsi que sur leur projection d'une telle fonction pour répondre aux besoins des différents publics accompagnés en Bretagne (Annexe 8 - Figure 1).

L'après-midi, nous avons proposé au délégués et déléguées du CRPA de réfléchir à diverses interrogations sur le poste de médiateur en santé :

- Quelles doivent être ses missions (Annexe 8 - Figure 2) ?
- Quelles sont les compétences importantes pour l'exercice de ces missions (Annexe 8 - Figure 2) ?
- Quels sont les profils les plus adéquats pour exercer la fonction de médiation en santé (Annexe 8 - Figure 3) ?
- Dans quel(s) type(s) de structures des médiateurs et médiatrices en santé devraient être intégrés (Annexe 8 - Figure 4) ?
- Quelles sont les conditions de travail essentielles pour exercer la fonction de médiation en santé (Annexe 8 - Figure 5) ?

Un compte-rendu de ces échanges est disponible en Annexe 8.

Dans la mesure du possible, les propositions, points de vigilance, et observations des délégués et déléguées du CRPA ont été intégrés à l'analyse et aux préconisations du présent travail et ont servi à enrichir voire à modifier les préconisations établies lors de l'analyse des enquêtes par questionnaires et entretiens semi-directifs.

IV.Groupe de travail régional

Par la suite, 28 des 34 préconisations initiales - relevant du champ d'action régional - issues de la première analyse ont été présentées lors d'un groupe de travail composé à la fois de médiateurs et médiatrices en santé, pairs et non pairs ; de professionnels exerçant avec elles et eux ; de délégués du CRPA ; des membres de la DREETS ; mais également des professionnels de structures sanitaires, médicosociales ou sociales (ex : centres de santé communautaire, points santé, EMPP, dispositifs un « chez-soi d'abord », etc.) ; et de professionnels d'institution ou d'organisme de santé (CPAM, ARS, etc.).

Au total, 54 personnes se sont mobilisées. Cette demi-journée de travail collectif a été organisée le 5 décembre 2024 à Rennes.

La séance de travail a été organisée en world café. 4 équipes ont été constituées, en mélangeant les secteurs, fonctions et structure d'exercice. Ces 4 équipes ont tour à tour été mobilisées sur 4 « ateliers » différents :

- Quel(s) profil(s) des médiateurs et médiatrices en santé ?
- Quelles missions des médiateurs et médiatrices en santé ?
- Quelles conditions de travail ?
- Quelles conditions de faisabilité ?

Les préconisations issues de la première analyse leurs ont été présentées. Chaque équipe a pu compléter, discuter, abonder, réfuter, etc, les différentes préconisations.

Un compte-rendu est disponible en Annexe 9.

Dans la mesure du possible, les propositions, points de vigilance, et observations des participants ont été intégrées à l'analyse et aux préconisations du présent travail et ont servi à enrichir voire à modifier les préconisations précédemment établies issues de l'analyse des enquêtes par questionnaires et entretiens semi-directifs.

V. Ajustement des préconisations initiales

A la suite des deux séances de travail collectif, avec les délégués du CRPA pour le premier, puis avec les acteurs de la région Bretagne pour le second, les 41 préconisations initialement réalisées ont été enrichies, modifiées et ajustées dans l'objectif que celles-ci correspondent au mieux à la réalité du terrain ainsi qu'aux attentes et besoins des professionnels et personnes accompagnées.

À la suite de ces ajustements, le présent travail propose 42 préconisations étayées dont l'ARS Bretagne pourra se saisir pour la rédaction du cahier des charges régional le déploiement de la médiation en santé en Bretagne.

- 35 d'entre elles relèvent du champ régional, à savoir réaliser un cahier des charges pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne,
- les 7 autres se situent hors du champ d'action de la présente mission et relèvent du niveau national.

VI. Analyse et limites de la méthodologie

La principale limite de cette méthodologie réside dans la circonscription de l'objet d'étude.

En effet, l'enquête s'est limitée à étudier les fonctions de médiation en santé, réalisées par un ou une professionnelle dans les structures sociales, médicosociales, sanitaires ou dans les dispositifs santé-précarité. Elle exclue de fait les fonctions de médiation, notamment de médiation en santé paire, réalisées au sein de services hospitaliers, notamment de psychiatrie. Nous sommes parties du principe que, selon la définition de la

Haute autorité de santé, la médiation en santé a pour objectif d'amener les publics éloignés du système de soin vers le soin, relevant notamment du droit commun (HAS, 2017). Or, les personnes accompagnées par les médiateurs en santé pairs au sein de services hospitaliers psychiatriques sont, majoritairement, déjà intégrées dans un parcours de soin, à minima psychiatrique.

Pour la même raison, cette enquête exclue également les travailleurs pairs intégrés dans d'autres structures, de type structures d'hébergement, ou structures de soin spécialisées en addictologie, qui ne feraient pas exclusivement de la médiation en santé, mais qui, par exemple, permettrait un accompagnement social global ainsi qu'une fonction d'interface entre professionnels de la structure et personnes accompagnées.

Une autre limite de cette méthodologie réside dans les modalités de concertation de la demi-journée de travail collectif du 5 décembre. En effet, étaient présents différents acteurs plus ou moins acculturés à la notion de médiation en santé. Lors de cette séance de travail, des médiateurs et médiatrices en santé ainsi que leurs collègues (donc acculturés à la notion de médiation en santé) constituaient les équipes aux côtés de professionnels n'ayant jamais travaillé avec des médiateurs en santé (donc non acculturés à la notion de médiation en santé) et accompagnant des personnes plus ou moins éloignées du système de soin (ayant donc plus ou moins besoin de médiation en santé). Par exemple, une structure médicosociale pratiquant déjà collectivement un accompagnement vers le soin ainsi qu'un accompagnement social des personnes accueillies en son sein, aurait potentiellement moins besoin de médiation en santé.

Ainsi, du fait de la diversité des professionnels présents lors de ce temps d'échange, les enjeux de la médiation en santé pouvaient être plus ou moins compris, ou tout du moins compris ou projetés différemment selon les besoins des acteurs en présence.

Une alternative plus juste, mais plus coûteuse en temps, aurait été de réaliser deux demi-journées de travail :

- L'une regroupant médiateurs et médiatrice en santé ; professionnels travaillant avec ces derniers et personnes accompagnées
- L'autre regroupant les autres acteurs du territoire et, de nouveau, des personnes accompagnées.

Ainsi, ces deux temps d'échange auraient permis d'obtenir un regard critique sur les préconisations issue de la première vague d'analyse (enquête par questionnaire et par entretiens) pour la première ; et d'interroger les besoins des acteurs et personnes accompagnées du territoire pour la seconde ; ceci dans le but d'effectuer une analyse croisée permettant de construire des préconisations au plus près des besoins du territoire.

Pour pallier ce frein, les analystes ont souhaité identifier les différents enjeux des participants à ce temps de travail collectif et d'en tenir compte lors de la deuxième phase d'analyse (ajustement des préconisations).

FREINS, LEVIERS ET PRECONISATIONS EN VUE DE LA REDACTION D'UN CAHIER DES CHARGES PORTANT SUR LE DEPLOIEMENT DE LA MEDIATION EN SANTE EN BRETAGNE

Dans cette partie, les verbatims issus de l'enquête seront contextualisés comme suit :

- GT du 05/12/2024 : propos issus de la demi-journée de travail du 5 décembre
- GT délégués du CRPA : propos issus de la journée de travail avec les délégués et déléguées du CRPA
- MS : médiateur ou médiatrice en santé
- MSP : médiateurs en santé pair ou médiatrice en santé paire
- Psocial : membre de l'équipe, professionnel du social
- Psanté : membre de l'équipe, professionnel de la santé

Pour la bonne compréhension de l'analyse, il sera également parfois précisé d'autres éléments tels que le type de structure d'exercice du médiateur ou de la médiatrice en santé ou le type de territoire d'action.

I. Une médiation en santé intégrée dans une équipe et présente sur les lieux fréquentés par le public cible

I.1. Dans quelles équipes ?

Le présent travail a montré qu'un médiateur isolé sur son poste et non salarié d'une équipe présentait plusieurs risques.

Tout d'abord, l'isolement du ou de la médiatrice en santé risque de renforcer des conditions matérielles de travail dégradées, n'ayant pas accès au matériel bureautique nécessaire à son activité, comme nous l'explique cette médiatrice en santé non salariée d'une équipe, mais en quelques sorte détachée sur une structure sociale :

"J'ai pas d'imprimante, j'imprime de chez moi. Je ne peux pas imprimer à [structure de détachement] car je suis pas sur le même réseau qu'elles, comme je suis pas salariée [de structure de rattachement]. En fait il faudrait que j'aie au [autre structure] qui est un étage en dessous, dans un autre couloir, et là j'ai essayé pareil, c'est compliqué parce que je suis trop loin, fin bref. Donc j'ai lâché l'affaire. Quand j'ai un truc urgent [...] faut que j'envoie un mail à la collègue, qu'elle l'imprime, enfin c'est relou. Et quand j'anticipe, je prends une demi-journée de télétravail par semaine et je fais les impressions à la maison. Bon ça veut dire que c'est bibi qui paye les impressions au passage. C'est pas ça qui va m'endetter non plus, mais le principe est dérangeant" (MS – non intégré dans une équipe).

Un poste de médiateur en santé isolé présente également un risque d'interruption brutale des accompagnements des personnes en cas d'absence de celle-ci, puisque aucun autre salarié ne peut prendre le relai.

De plus, un médiateur isolé n'a pas de possibilité d'échanges formels ou informels sur des situations qui pourraient le mettre en difficulté, et ne peut ainsi bénéficier du soutien de ses collègues : « *c'est vrai qu'en fait quand t'es seul sur un poste comme ça, t'as personne à qui déverser* » (MS – non intégré dans une équipe).

Enfin, même si le médiateur isolé peut être rattaché ou en proximité d'une équipe de travailleurs sociaux ou de soignants, le fait de ne pas être salarié de la même structure empêche le secret professionnel partagé et ne permet pas d'évoquer sereinement des situations pour lesquelles le médiateur pourrait être en besoin de solliciter l'aide de ses collègues, ou simplement de pouvoir échanger sur une situation lourde à porter (sas de décompression) : « *moi je parle pas beaucoup des situations avec elles, je rentre pas dans le détail à cause du secret médical bien sûr, donc des fois je vais les voir si j'estime qu'il faut des bons alimentaires ou quoi, mais parler des pathologies, ça je fais pas par contre* » (MS – non intégré dans une équipe).

Ainsi, un médiateur isolé présente un risque de faire face à une charge de travail et à une charge mentale importante, induisant un risque pour sa santé au travail.

A l'inverse, si le médiateur est intégré dans une équipe, celui-ci peut profiter non seulement de l'expertise de ses collègues travailleurs sociaux (dans le cas d'une équipe du secteur social) ; ou soignants (dans le cas d'une équipe du secteur de la santé) ; voire des deux, dans le cas d'une équipe pluriprofessionnelle ; mais également de leur soutien face à des situations qui pourraient soit le mettre en difficulté, soit être lourdes à porter. Ces échanges peuvent se faire, comme nous l'expliquent différents médiateurs en santé, de façon informelle autour d'un café, entre deux RDV dans les couloirs ou dans les bureaux ; ou bien de façon plus formelle lors de temps dédiés tels que des réunions d'équipe, des « staffs » pluriprofessionnels, des réunions cliniques, comme cela peut être le cas dans différentes structures enquêtées (structures de santé, structures sociales, structures pluriprofessionnelles, dispositifs santé-précarité) :

« *on bosse vraiment ensemble, les travailleurs sociaux m'orientent les personnes, ça m'arrive aussi de faire des visites communes avec eux quand y'a des problèmes d'accès aux droits, ce genre de choses* » (MS – structure sociale) ;

« *c'est un vrai travail en équipe. Et heureusement qu'elles sont là en fait* » (MS – structure sociale).

Le fait d'être inclus dans une équipe offre également l'occasion de faire des analyses de pratiques, en équipe. C'est d'ailleurs, pour les participants au groupe de travail du 5 décembre (Annexe 9), une condition *sine qua non* du recrutement d'un médiateur en santé : le médiateur en santé devrait être, selon eux, intégré dans une équipe qui possède déjà des espaces d'échange collectif, et met déjà en place différents temps d'équipe.

Si les collègues du médiateur en santé (travailleurs sociaux et/ou soignants selon la composition de l'équipe), sont des professionnels ressources pour lui, en prenant par exemple le temps d'expliquer des résultats d'examens, une démarche administrative complexe, ou de faire une ordonnance le jour-même ; ce dernier est également un professionnel ressource pour ses collègues. Ainsi, dans le cas d'une intégration dans une équipe sociale, il peut permettre de créer du lien entre son équipe (du secteur social) et les professionnels de santé du territoire, mais également d'obtenir les informations de santé nécessaires à l'accompagnement social - dans une approche globale - des personnes suivies, et ainsi, de décharger les travailleurs sociaux des accompagnements

vers le soin pour qu'ils puissent se consacrer aux accompagnements sur d'autres difficultés : « *Nous la sollicitons quand les personnes rencontrent des difficultés de santé multiples couplées à des difficultés sociales importantes. Son intervention permet de décharger les travailleurs sociaux de cette thématique et ainsi de se consacrer aux autres besoins d'accompagnement des personnes (ressources, logement, justice...)* » (Psocial – structure sociale).

Dans le cas d'une intégration du médiateur en santé dans une équipe du secteur de la santé, celui-ci permet aux professionnels de la santé de mieux comprendre les professionnels du social et du médicosocial ; mais également de mieux comprendre les difficultés sociales des personnes ayant un impact sur leurs difficultés de santé, et ainsi de travailler sur une approche de santé globale⁸ : « *quand elle nous raconte, qu'on fait des temps d'échange sur les dossiers qu'on suit en commun, on apprend énormément de choses* » (Psanté – structure santé). En effet, celui-ci permet d'apporter un nouveau regard et des informations différentes sur les situations des personnes accompagnées, c'est « *un maillon d'échange supplémentaire* » (MS – structure santé) qui « *permet d'aller plus loin [dans l'accompagnement]* » car « *on lui dit plus de choses qu'à un médecin* » (MS – structure santé).

L'enquête montre, comme l'indiquait la Haute autorité de santé en 2017, qu'intégrer un médiateur en santé dans son équipe offre la possibilité de travailler en binôme pluriprofessionnel, lors, par exemple, d'entretiens de suivi ou de consultations, ou encore lors de visites à domicile ou bien d'analyses de situations, apparaissant comme un « *élément favorable pour renforcer l'efficacité des projets de médiation en santé* » (HAS, 2017).

Si les médiateurs en santé peuvent être intégrés dans des équipes sociales ou de santé, ils peuvent également être intégrés dans des équipes pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires, composées, notamment, de professionnels des deux secteurs. Dans ce cas également, ils peuvent bénéficier du soutien de leur collègues ; mais ils peuvent également bénéficier du réseau professionnel de chacun des membres de l'équipe, quel que soit leur secteur : « *L'équipe pluripro, venant de métier et d'associations différentes permet d'avoir chacun leur réseau et de débloquer pleins de choses* » (MSP – dispositif santé-précarité).

Le fait d'intégrer un médiateur en santé dans une équipe de professionnels de terrain et réalisant des accompagnements (sociaux ou de santé) des publics cibles permet également – en opposition au recrutement d'un médiateur en santé par une institution ou un organe de coordination tels que des CPTS ou des DAC – de s'assurer que les missions confiées au médiateur ou à la médiatrice en santé soient en parfaite adéquation avec les besoins des publics du territoire et que la charge de travail est proportionnée (risque de missions trop nombreuses si déterminées par une organisation ne travaillant pas sur le terrain au quotidien) (voir IV).

⁸ Cette approche englobe tant les éléments médicaux stricto sensu que les déterminants de santé et concerne la santé physique comme la santé psychique. Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2008)

Compte tenu des risques que représente le fait d'être un médiateur en santé isolé sur un territoire et des divers bénéfices qu'offre le fait d'être intégré dans une équipe ; il apparaît alors préférable que les médiateurs en santé soient à minima inclus dans des équipes sociales ou de santé, au mieux dans des équipes pluriprofessionnelles.

Préconisation 1 : le médiateur en santé doit être salarié et intégré dans une équipe, qu'elle soit une équipe du secteur de la santé, une équipe du secteur social, ou une équipe pluriprofessionnelle. L'équipe recruteuse doit déjà posséder des espaces d'échange collectifs avant le recrutement d'un ou d'une médiatrice en santé.

Si le médiateur en santé doit être salarié d'une équipe, soignante, sociale ou pluriprofessionnelle, une charge mentale importante peut reposer sur lui. En effet, s'il est le seul à exercer cette fonction dans son équipe, l'entièreté des accompagnements en médiation en santé dépendent alors de lui. En cas d'absence, les accompagnements s'arrêtent de manière brutale pour les personnes. *« Être seule sur mon poste c'est problématique en cas d'absence et quand la demande est trop forte »* (MS – non intégrée dans une équipe).

Pour pallier ce frein, une solution peut être d'avoir un binôme de médiateurs en santé ou de porter la médiation en santé en équipe comme cela peut-être le cas dans les équipes du dispositif « Un chez soi d'abord ». Si cette dernière configuration semble être une spécificité, il existe néanmoins d'autres situations dans lesquelles un binôme de médiateurs en santé exerce au sein d'une même équipe. Ainsi, ils peuvent se soutenir l'un l'autre, adapter et faire évoluer leurs pratiques et leurs postures par la réalisation d'échanges voire d'analyses de pratiques régulières, et, s'ils ont deux profils différents - par exemple l'un venant du secteur de la santé, l'autre du secteur social, ou l'un médiateur pair en santé et l'autre non pair -, cela peut permettre, là aussi, de croiser les regards et mutualiser les compétences pour obtenir un binôme de médiation en santé complémentaire : *« [...] en mutualisant nos compétences professionnelles / nos réseaux partenariaux. Les personnes savent que selon la situation, la problématique, l'intervenant du [dispositif] est interchangeable »* (MS – dispositif santé-précarité). Ainsi, un binôme de médiateurs en santé, pairs ou non, permet de partager la charge des missions de médiation en santé tout en mutualisant les compétences de chacun :

« [...] des compétences complémentaires, et du coup c'est beaucoup plus facile de porter ça à deux et d'accès sur le rétablissement » (MSP – dispositif santé-précarité) ;

« Avoir deux médiatrices sur [nom de la structure], dont l'une à un profil d'infirmière, l'autre de travailleuse sociale, permet de s'échanger des informations, de croiser les regards, l'entraide et le partage de compétences » (MS – dispositif santé-précarité).

Les échanges réguliers entre les médiateurs d'une même structure permettent également d'harmoniser les pratiques.

Préconisation 2 : Une médiation en santé qui peut être portée par un binôme ou en multi-référence (par une équipe entière).

L'enquête montre également que l'intégration d'un médiateur en santé est facilitée lorsqu'elle se déroule dans une équipe (qu'elle soit sociale, de santé ou pluriprofessionnelle) travaillant une approche de santé globale, c'est-à-dire prenant en compte les déterminants sociaux de la santé permettant alors d'apporter « *une approche sociale à des problématiques médicales* » (MS) comme la décrit une médiatrice en santé exerçant dans une structure santé. En effet, les professionnels ayant une approche globale de la santé perçoivent plus aisément l'intérêt et la plus-value que peut leur apporter cette fonction :

« à un moment donné on s'intéresse à la situation sociale des gens, donc à un moment donné on s'intéresse à la situation de l'accès aux soins, qui va à la fois nous servir dans notre quotidien de consultation parce que ça va nous permettre, entre guillemets, d'être payé, mais ça va aussi permettre à la personne de faire des bio, d'avoir accès à des soins dentaires, des soins psycho si il faut etc. Donc dans cette préoccupation bio-psycho-sociale en fait, bah les professionnels de santé de la [structure], qui sont relativement engagés dans leur exercice, [...] percevaient l'intérêt de cet exercice-là » (Psanté – structure santé).

Préconisation 3 : Un médiateur en santé intégré dans une équipe portant une vision de la santé globale, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé.

1.2. Dans quels endroits ?

Enfin, le présent travail a montré qu'être au contact régulier de ses collègues orienteurs ainsi que des publics accompagnés présentait, pour la fonction de médiation en santé plusieurs avantages : celui d'être facilement repérable et accessible par les publics, mais aussi celui d'être facilement mobilisable par ses collègues professionnels pour une orientation ou un conseil.

En effet, le fait d'être intégré dans une équipe facilite la mobilisation du médiateur en santé par les professionnels de son équipe. Il peut arriver par exemple, qu'en sortie d'un entretien individuel ou d'une consultation, un professionnel fasse appel à un médiateur en santé pour faire directement le lien entre ce dernier et la personne accompagnée/patient pour travailler sur les problématiques repérées lors de l'entretien ou de la consultation :

« Le fait que la médiatrice soit dans les locaux du [dispositif santé-précarité] permet que quand une personne sort de consultation, le professionnel peut présenter la médiatrice aux patients "ha bah voilà, je vous présente [nom de la personne], c'est elle la médiatrice, c'est elle que vous verrez en consultation", hop, la personne elle est identifiée, c'est bon, et ça c'est quand même cool » (Psanté) ;

« Bosser au [structure de détachement] ça c'est hyper facilitant quand même, d'être au milieu de travailleurs sociaux. J'ai un bureau à l'étage avec mes collègues et j'ai aussi un bureau de consultation qui est mis à ma disposition 3 jours par semaine. Donc c'est un bureau qui est dédié à ça » (MS)

Si la présence du médiateur en santé dans les locaux de l'équipe permet de faciliter sa mobilisation par ses collègues, elle permet également de faciliter le lien entre le médiateur en santé et les personnes accompagnées/patients, en la rendant facilement accessible pour le public :

« c'est pour ça que nous on défend une médiation en santé dans les équipes et pas externalisée type DAC, où en fait les gens sont dans les bureaux à distance des professionnels, pas au contact de la population, et puis qui sont perçus comme des dispositifs ponctuels, pas mobilisables. Parce que par exemple, nous, quand elle est là, dans ce cabinet-là et qu'il y a des patients qui passent, elle peut aussi les voir en fonction des besoins. Donc l'importance de l'inscription de ce professionnel au sein des équipes et pas en dehors » (Psanté).

Il apparaît alors important que le médiateur ou la médiatrice en santé soit présente dans les lieux stratégiques, c'est-à-dire à proximité ou dans les locaux que les personnes cibles fréquentent, comme, entre autres exemples, le centre de santé où elles sont suivies, l'accueil de jour qu'elles fréquentent, la structure qui les héberge, ou tout autre lieu ressource pour les personnes ; pour ainsi être à la fois accessible aux personnes mais également à ses collègues qui travaillent en ces lieux.

Préconisation 4 : Les médiateurs en santé doivent être présents sur les sites de fréquentation du public cible ainsi que sur les lieux de travail de ses collègues.

II. Diverses possibilités de profils des médiateurs en santé

II.1. Quels profils ?

Au moment de l'enquête, en Bretagne, les profils des médiateurs sont variés. Il existe 6 postes de médiateurs et médiatrices paires en santé, portés par les équipes Un Chez-Soi d'Abord (UCSA), et 11 médiateurs ou médiatrices en santé (dont 1 absente pendant l'enquête). Cette différence d'appellation tient aux profils des personnes recrutées. En effet, si les médiateurs en santé peuvent avoir des expériences professionnelles antérieures diverses, et venir en majorité soit du secteur social, soit du secteur sanitaire, les médiateurs en santé pairs, eux, sont recrutés sur la base de leurs *savoirs expérimentiels* (Demailly, 2020; Demailly & Garnoussi, 2015) (voir encadré ci-dessous pour une définition des *savoirs expérimentiels*).

II.1.1 La médiation en santé paire

Les médiateurs de santé pairs intégrés dans les équipes des dispositifs Un chez soi d'abord (UCSA) enquêtés lors de ce travail peuvent aujourd'hui soit partager l'expérience de troubles psychiatriques, d'addiction, soit celle de la vie à la rue (ou plusieurs à la fois). D'autres exemples de médiateurs en santé pairs existent, comme par exemple des pairs en regard d'une pathologie chronique (Sida, addictions, etc) ou des pairs du point de vue de la communauté de vie (gens du voyage, habitant d'un quartier politique de la ville, etc).

Un premier profil se dessine alors - celui des médiateurs pairs en santé - qui partagent une expérience commune avec les personnes accompagnées, le public cible. La majorité d'entre eux n'ont pas de formation spécifique à la médiation en santé ou à la médiation en santé exercée en pairité. La pairité est une « reconnaissance mutuelle du statut de pair permettant à chacun des deux acteurs de s'identifier dans tout ou partie de son expérience partagée. [...] Elle repose ainsi sur différentes comparaisons entre l'expérience du travailleur pair et celle de la personne accompagnée (comparaisons latérales⁹ ou ascendantes¹⁰), ainsi que sur « l'universalité de l'expérience »¹¹ et la « reconnaissance de la crédibilité de l'expérience » du travailleur pair¹² par les personnes accompagnées » (Provencher et al., 2012; Rey, 2022a).

Que sont les *savoirs expérientiels* ?

Les *savoirs expérientiels* mobilisés par les travailleurs pairs et sur lesquels se basent leurs interventions, sont issus des connaissances et compétences pratiques, théoriques et techniques ainsi que des habiletés sociales et des capacités de négociation avec le système de santé et les services sociaux, qu'ils ont développé de manière à faire face aux « accidents de la vie », aux situations de domination, de discrimination, de violence, de stigmatisation ou d'exclusion auxquelles ils ont été exposés (transformation plus ou moins consciente des expériences vécues et répétées en connaissances et compétences) (Demailly, 2014; DIHAL & FAS, 2018; Godrie, 2017; Schweitzer, 2020). Ainsi, « les savoirs construits à partir de l'expérience de la maladie mentale, par exemple, concernent autant le vécu de la maladie elle-même et son "apprivoisement", que la façon dont les stigmates de la maladie impactent les relations sociales. De la même façon, les travailleurs pairs issus "de la rue" font état de savoirs qui portent à la fois sur la "débrouille" nécessaire face à la "galère" quotidienne et sur les rapports sociaux appréhendés au prisme de leur condition discriminée » (Schweitzer, 2020). Ainsi transformée en savoir-faire et savoir-être stratégiques, l'expérience vécue peut être mobilisée après une prise de recul sur sa propre expérience, au service d'autres personnes accompagnées (DIHAL & FAS, 2018) et sera de plus, par la suite, enrichie au fur et à mesure de son utilisation et de sa mobilisation (Godrie, 2017). En effet, « lorsque le travailleur pair partage son vécu avec les personnes qu'il accompagne, celui-ci se trouve enrichi des expériences

⁹ La personne accompagnée et le travailleur pair ont la même expérience, le même parcours

¹⁰ Le travailleur pair est un modèle pour la personne accompagnée

¹¹ La personne accompagnée se rend compte qu'il n'est pas seul à avoir vécu l'expérience

¹² L'expérience du travailleur pair est reconnue comme vraie, réelle et similaire à celle de la personne accompagnée

mises en commun avec les personnes accompagnées. Ce va-et-vient et cette mutualisation font du savoir d'expérience une co-construction » (Godrie, 2017).

Issu du rapport d'évaluation de l'intégration de travailleurs pairs dans des structures du secteur de l'Accueil, hébergement, insertion de la FAS Bretagne (Rey, 2022b)

Lors de la journée de travail réalisée avec les délégués et déléguées du CRPA, ces derniers et dernières ont fortement insisté sur la plus-value, pour les personnes accompagnées ainsi que pour les structures, que représentait le recrutement d'un médiateur ou d'une médiatrice en santé pair (Annexe 8) :

« plus-value très importante car elle permet de motiver, de donner de l'espoir, et de ne pas généraliser. La légitimité du médiateur en santé pair sera également plus importante que celle d'un médiateur en santé non paire » (GT du 05/12/2025) ;

« dans le cas de la médiation en santé paire, il peut y avoir une proximité expérientielle utile » (GT délégués du CRPA) ;

« Le profil pair permet : une reconnaissance plus rapide, la création d'un lien de confiance plus rapide, une légitimité plus importante, et il est vecteur d'espoir » (GT délégués du CRPA).

Les différentes études du travail pair en santé mentale ou dans le champ médico-social ont soulevé de nombreux enjeux liés à la professionnalisation de l'activité de pair-aidance, tels que sa légitimité au sein des équipes d'accueil, des résistances développées par une partie du personnel des structures accueillantes, la reconnaissance du travail pair par le salaire et les problématiques autour de la précarité qui en découlent (montant du salaire, type et durée du contrat) (Demailly, 2014; Schweitzer, 2020, 2021). D'autres enjeux relèvent quant à eux du bien-être et de la santé au travail (Provencher et al., 2012; Schweitzer, 2021). Ainsi, le travail pair peut faire revivre des émotions et induire des souffrances : il a été constaté un nombre d'arrêt de travail chez les médiateurs de santé pairs plus important que chez les soignants dans une même structure (Demailly & Garnoussi, 2015; Gross, 2020). D'autre part, L. Schweitzer remarquait en 2021, au cours de son activité au sein de la plateforme du travail pair en région Auvergne Rhône Alpes, de nombreuses situations de souffrance au travail chez les travailleurs pairs, imputables en grande partie à une difficulté pour ces derniers de s'intégrer au sein d'équipes leur opposant des résistances (conscientes ou non): «Au-delà des bonnes intentions affichées dans les structures vis-à-vis des "personnes accompagnées", c'est, semble-t-il, parce que le travail pair vient heurter, questionner, porter un regard critique sur les pratiques ordinaires du travail médico-social et la frontière qui sépare et confronte traditionnellement le "nous" des professionnels au "eux" des publics, qu'il[s] rencontre[nt] des résistances et peine[nt] à trouver [leur] place » (Schweitzer, 2021).

Ainsi pour préserver la bonne santé mentale au travail des médiateurs pairs et leur bonne intégration dans l'équipe recruteuse, tout un processus de réflexion collective est à réaliser, allant d'une prise de décision concernant le recrutement au recrutement en lui-même, en passant par une sensibilisation des équipes à la pair-aidance, par une co-construction des missions et par la mise en place de conditions de travail favorables

(temps partiel pour commencer, travail en binôme, ajustement des missions, etc). Recruter un médiateur pair demande un certain engagement de l'équipe et surtout de dégager du temps de réflexion collective.

Pour des préconisations spécifiques au recrutement de médiateurs en santé pairs, se référer au rapport de la FAS Bretagne sur l'intégration de travailleurs pairs dans des équipes sociales (Rey, 2022b).

II.1.2 La médiation en santé non paire : l'apport d'un profil complémentaire aux compétences déjà présente dans l'équipe

Au sein du groupe de médiateurs en santé non pairs enquêtés dans ce travail, différents profils co-existent également, comme le montre le Tableau 2 ci-dessous, répertoriant les différents profils des médiateurs et médiatrices en santé enquêtés (ayant répondu au questionnaire « médiateurs » ou ayant fait l'objet d'un entretien semi-directif individuel et/ou collectif).

Tableau 2 : Différents profils de médiateurs et médiatrices en santé non pairs ayant répondu au questionnaire ou ayant fait un entretien individuel, en fonction des contextes d'exercice

Tous les éléments sont indiqués au masculin par soucis d'anonymisation des personnes enquêtées

	Professions et/ou secteurs antérieurs	Formation	Contexte d'exercice de l'équipe ou de la structure employeuse
1	Professionnel médicosocial Expérience dans les secteurs social + santé	Master Sciences du langage, spécialisation en médiation interculturelle	Structure santé
2	Professionnel de la santé-(paramédical)	Pas de formation en médiation en santé	Rattachée à une structure sociale
3	Professionnel de la santé Expérience dans les secteurs social + santé	Pas de formation en médiation de santé	Dispositif santé-précarité
4	Professionnel du social	Pas de formation en médiation en santé	
5	Professionnel de la santé (paramédical)	Formation (3 jours) auprès d'une médiatrice en santé	Structure santé
6	Professionnel de la santé Expérience secteur de la santé	Pas de formation en médiation en santé	Structure sociale
7 + 8	Binôme de professionnels : 1 professionnel du social + 1 professionnel de la santé Expérience dans les secteurs social + santé	Pas de formation en médiation en santé Formations thématiques spécifiques aux publics accompagnés (psychotrauma, santé des publics exilés, réduction des risques en addictologie, etc)	Structure sociale
9	Professionnel du social Expérience dans le secteur social	Pas de formation en médiation en santé	Structure santé

Ainsi, sur les 9 médiateurs en santé (non pairs) présents dans les structures enquêtées, 5 d'entre eux occupaient des fonctions de professionnels de la santé avant d'être médiateur en santé (pour une majorité des infirmiers, mais aussi des fonctions paramédicales).

L'un d'entre eux est un professionnel du médicosocial.

Les trois autres sont des professionnels du social.

Par leurs expériences professionnelles antérieures, 3 d'entre eux ont acquis une connaissance des deux secteurs, à la fois du secteur social et à la fois du secteur médical, atout supplémentaire pour exercer le métier de médiateur en santé qui se trouve être à l'interface de ces deux univers.

Dans le présent travail, la connaissance du secteur du travail social et notamment la connaissance des différents droits, des démarches administratives pour y avoir accès, la connaissance du secteur du logement social, ainsi que la connaissance du fonctionnement des aides et prestations sociales, sont apparût comme un levier facilitant le travail de médiation en santé.

D'autres part, une connaissance antérieure du fonctionnement du système de santé est elle aussi ressortie comme un élément facilitant la médiation en santé.

Si l'on s'intéresse maintenant aux contextes de travail de ces médiateurs en santé, on s'aperçoit que les structures sociales ont tendance à recruter des médiateurs en santé ayant un profil plutôt qualifié de « santé » (Tableau 2). Cela peut s'expliquer par la difficulté qu'éprouve le secteur du travail social - ou tout professionnel n'appartenant pas au corps médical - à tisser des liens et à communiquer avec le secteur de la santé, comme peut l'illustrer ce médiateur pair en santé « *la difficulté à obtenir un RDV médical lorsqu'on n'a pas un profil "infirmier" »* (MSP). Les professions médicales sont plus à même d'échanger des informations avec d'autres professions médicales, le profil « santé » du médiateur en santé peut alors être mis en avant (à la place du statut de « médiateur en santé ») et ainsi permettre d'ouvrir des portes sur le secteur sanitaire : « *en tant qu'infirmière, c'est biaisé, voilà, quand tu demandes un RDV ou quoi, j'ai l'impression que ça facilite les choses [d'être infirmière]* » (Psanté). En effet, le fait d'avoir un profil « santé » est considéré comme un avantage par les médiateurs en santé pour être crédité d'une légitimité suffisante pour collaborer avec des professionnels de la santé :

« *[être infirmière], c'est un confort, car auprès des professionnels de santé, je suis plus acceptée, on me fait confiance. Et en effet du coup heu, bah en face le professionnel il va pas accorder la même place à l'infirmière qu'à la travailleuse sociale, et du coup c'est toujours une question [...] mais j'ai l'impression qu'en me présentant comme infirmière, ok, y'a pas de soucis* » (MS – profil santé).

Cette attitude n'est pas uniquement due à la clause du secret médical, puisque que cette même médiatrice en santé précise que si elle est soumise au secret médical, il lui arrive de se présenter plutôt en tant qu'infirmière qu'en tant que médiatrice en santé « *j'ai l'impression qu'en me présentant comme infirmière, j'ai plus de légitimité, de crédit* » (MS – profil santé).

A l'inverse, les structures santé de droit commun, elles, ont tendance à recruter plutôt des médiateurs en santé ayant des profils que l'on peut qualifier de « social » ou « médicosocial », ou bien, un binôme de professionnels, l'un étant issu du secteur du social, l'autre du secteur de la santé (Tableau 2).

Enfin les structures santé-précarité ont tendance, elles, à fonctionner sur un binôme de médiateurs en santé, l'un venant du secteur social, l'autre du secteur de la santé.

Ces résultats montrent qu'en recrutant un ou une médiatrice en santé, les équipes, qu'elles soient affiliées au secteur social, au secteur sanitaire, ou à un dispositif santé-précarité, se dotent alors de nouvelles compétences et connaissances, propres à un secteur dont elles ne maîtrisaient alors ni les codes, ni les enjeux, ni le vocabulaire, et deviennent de véritables équipes pluriprofessionnelles ou complètent leur pluriprofessionnalité (dans le cas d'équipes pluriprofessionnelles déjà existantes).

Enfin, il est intéressant de noter que l'enquête montre que recruter des médiateurs en santé, pairs ou non, déjà connus à la fois des professionnels de l'équipe et des personnes accompagnées, voire des partenaires, permet de faciliter autant son intégration dans l'équipe que la définition de ses missions.

De manière évidente, l'enquête montre qu'avoir une connaissance des publics cibles accompagnés par la fonction de médiation en santé est un facteur facilitant la prise en poste du médiateur en santé, de la même manière qu'avoir une expérience préalable dans l'un des deux secteurs dont il sera l'interface, à savoir le secteur social ou le secteur sanitaire. Il en est de même pour une expérience antérieure de travailleur pair qui permet de déjà connaître ses propres limites, d'avoir déjà acquis et développé sa posture de médiateur et d'avoir développé une connaissance fine de l'un ou des deux secteurs (social et santé).

Ainsi, 3 « profils-types » peuvent être dégagés de ce travail :

- Les profils de médiateurs de santé pairs, basés sur la similarité des parcours de vie du médiateur et de ceux des publics cibles,
- un profil de professionnels venant du secteur social,
- et un dernier, de professionnels venant du secteur de la santé.

Afin de s'assurer de la pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité de l'équipe recruteuse, ainsi que de s'assurer d'un apport de compétences et de connaissances supplémentaires et complémentaires, il est recommandé de recruter un profil non existant ou minoritaire dans l'équipe.

Préconisation 5 : Afin de tendre vers la pluridisciplinarité de l'équipe recruteuse et d'apporter à celle-ci des compétences et des connaissances complémentaires à celles existantes dans l'équipe, il est recommandé de recruter un profil non existant ou minoritaire dans l'équipe.

II.2. Quelles compétences ?

La présente enquête a permis de mettre en évidence un certain nombre de savoir-être, connaissances et compétences qui sont propres aux médiateurs en santé qu'ils soient pairs ou non. En revanche, d'autres sont spécifiques à certains postes, par exemple aux médiateurs en santé pairs ; d'autres encore sont spécifiques selon les publics accompagnés ; et d'autres, aux contextes environnementaux dans lesquels les médiateurs en santé travaillent.

II.2.1 Les savoir-être (compétences comportementales)

Pour Bouchaud et al (2022), ce sont les « savoir-être », plus que les compétences techniques ou connaissances, qui caractérise la fonction de médiation en santé. Pour ces auteurs, le respect de la confidentialité (« le

médiateur en santé ne devant révéler, y compris dans le nécessaire travail en équipe, que ce que le bénéficiaire l'a autorisé à dire », l'empathie, le non-jugement et la capacité d'écoute sont des compétences incontournables pour exercer le métier de médiateur en santé, ce que vient confirmer le présent travail.

En effet, le premier savoir-être systématiquement évoqué lors de cette enquête est la **capacité d'écoute**. Elle est tour à tour définie comme « *bienveillante* », « *sincère* », « *empathique* », et « *active* », par les médiateurs et médiatrices en santé – paires ou non - ainsi que par leurs collègues.

Une deuxième capacité est systématiquement évoquée par ces derniers : **l'autonomie**, qui permet, autant selon les médiateurs en santé pairs que non pair et leurs collègues, « *d'être débrouillard* », particulièrement dans un contexte de travail au sein d'une équipe majoritairement constituée de professionnels libéraux.

Les enquêtés évoquent également unanimement différentes **compétences relationnelles**, qu'ils définissent, entre autres, comme « *de l'aisance relationnelle* », « *ne pas être timide* », « *être souriant* », « *savoir communiquer facilement* ». Les capacités relationnelles paraissent effectivement indispensables pour réaliser à bien les missions des médiateurs en santé, particulièrement celles touchant à l'entretien d'un réseau partenarial ; à « *l'aller-vers* » les publics ; et à l'accompagnement des personnes au sujet de leurs problématiques ainsi qu'à la création d'un lien de confiance avec ces dernières. Lors des échanges interprofessionnels ayant eu lieu le 5 décembre, les participants ont rappelés « qu'elles permettent également de trouver la juste manière (« tact ») d'améliorer la prise en charge des publics par les professionnels du soin, comme par exemple, « *la manière de convaincre un professionnel de santé de faire appel à un interprète pour une consultation avec une personne allophone* » (issue de la restitution du groupe de travail du 5/12/2024).

Enfin, un autre savoir-être fait l'unanimité au sein des médiateurs pairs, non pairs et de leurs collègues. Il s'agit de la capacité de « **non-jugement** ».

Des capacités **d'adaptabilité** et **d'organisation** sont ensuite plébiscitées par de nombreux enquêtés, afin de pouvoir s'adapter autant à chaque personne ainsi qu'à leurs besoins, que pour pouvoir faire face à l'imprévu et se saisir des différentes opportunités.

Savoir respecter la **confidentialité** et le **secret professionnel** ; faire preuve d'une certaine **disponibilité** qui peut être qualifiée de « *disponibilité immédiate* » (Rey, 2022a) ainsi que d'une bonne **réactivité** pour pouvoir répondre rapidement à un besoin ou écouter et accueillir une demande ; présenter un **comportement bienveillant** ; sont aussi des savoir-être plébiscités par les médiateurs en santé (pairs ou non) pour réaliser à bien leurs missions.

La disponibilité des médiateurs en santé est une capacité qui a été saluée par les délégués et déléguées du CRPA (Annexe 8) : « *Le médiateur en santé doit prendre en compte la temporalité des publics. Pour un public en situation de précarité, qui agit dans l'immédiateté, il doit pouvoir répondre à la demande tout de suite* » (GT délégués du CRPA).

Etant donné que les médiateurs en santé sont majoritairement intégrés dans des équipes de santé, sociales et/ou pluriprofessionnelles (ce que le présent travail recommande) **la capacité à travailler en équipe**, à collaborer avec ses collègues, voire avec les partenaires extérieurs, apparaît comme un savoir-être indispensable à l'exercice de ce métier. Elle est considérée comme « *fondamentale quand tu veux être sollicité ou quand tu*

veux que les gens viennent vers toi » (Psanté) par les collègues des médiateurs en santé. Elle a été également très largement plébiscitée par les participants au groupe de travail du 5 décembre (Annexe 9).

La **créativité** paraît indispensable pour certains médiateurs en santé pour pouvoir s'adapter au mieux aux besoins et au rythme des personnes accompagnées : « *aucun individu n'a besoin de la même chose, de la même présentation, ni des mêmes mots pour comprendre et pour se rappeler des choses. Il faut créer des choses qui marquent* » (MS).

La spécificité de la médiation en santé paire oblige les médiateurs en santé pairs à savoir « **donner un peu de soi** », cette caractéristique constituant la base de leur pratique : « En effet, ceux et celles-ci devront faire preuve d'un "savoir se raconter" aussi bien aux personnes accompagnées qu'aux professionnels traditionnels » (Rey, 2022b).

Enfin, **savoir prendre du recul ou de la distance** vis-à-vis des situations ; **connaître ses propres limites** et pouvoir les exprimer ; **savoir se remettre en question, soi et sa pratique**, sont également des compétences et savoir-être utiles pour la pratique des médiateurs en santé qui sont ressorties dans ce travail, notamment pour préserver leur propre santé au travail. Ces compétences peuvent être rapprochées de la capacité de décentrage, définie par Bouchaud et al (2022) comme la « capacité à considérer que son propre modèle culturel de fonctionnement n'est ni le seul ni le meilleur », identifié par les auteurs comme une « plus-value considérable » pour exercer la fonction de médiation en santé, particulièrement si celle-ci est exercée par des pairs : « le fait pour lui de remplir une fonction de médiation en santé pose plus spécifiquement la question de cette capacité de décentrage, le risque étant de considérer inconsciemment que son modèle de fonctionnement, notamment avec sa maladie dans la pair-aidance, est la meilleure solution, voire la seule » (Bouchaud et al., 2022).

Ainsi, cette enquête confirme 4 des 6 savoir-être identifiés par la HAS comme nécessaires à la pratique de la médiation en santé, que sont : « le respect de la confidentialité » ; « ne pas être dans le jugement » ; « être à l'écoute et dans l'empathie » ; et « savoir se remettre en question et remettre en question sa pratique » (HAS, 2017), mais elle permet d'en identifier de nouvelles telles que la créativité, l'adaptabilité, ou la réactivité.

Préconisation 6 : Un certain nombre de savoir-être (compétences comportementales / « soft-skills ») sont indissociables de la pratique de médiation en santé (voir Tableau 3).

Tableau 3 : Les savoir-être (compétences comportementales ou « soft-skills ») nécessaires pour la bonne exécution de la fonction de médiation en santé

Savoir-être	Commentaires
Autonomie	Particulièrement nécessaire dans un contexte de travail libéral
Capacité d'écoute	Ecoute active, bienveillante, empathique
Compétences relationnelles	Autant pour le développement d'un réseau partenarial que pour les accompagnements individuels et/ou collectifs des personnes accompagnées
Non-jugement	
Adaptabilité, organisation, réactivité	S'adapter aux personnes Gérer l'imprévu Saisir des opportunités
Respect de la confidentialité et du secret professionnel	
Bienveillance	
Capacité à travailler en équipe, Capacité à travailler en réseau (partenarial)	
Créativité	
Savoir prendre du recul et de la distance vis-à-vis des situations	
Connaître ses propres limites	
Savoir se remettre en question	Soi et sa pratique
Savoir « donner un peu de soi »	Propre aux médiateurs en santé pairs

II.2.2 Les savoir-faire (compétences techniques)

L'enquête a mis en évidence différentes compétences techniques qui sont plus ou moins nécessaires selon l'environnement et les conditions de travail des médiateurs en santé (composition de l'équipe, territoires d'action) ou des spécificités du public qu'ils accompagnent. Toutes ces compétences, ou savoir-faire, peuvent également s'acquérir en cours de pratique.

Tout d'abord, les médiateurs en santé doivent posséder des **compétences numériques**, telles que la maîtrise des outils bureautiques, ou l'utilisation d'internet (prise de RDV sur des applications, remplissage de dossier numérique, etc).

Comme l'une des missions des médiateurs en santé est de construire et entretenir un réseau partenarial (voir 0), ceux-ci doivent posséder des **compétences de communication** et des **capacités de travail en réseau** : « *Savoir se mettre dans pleins de réseaux de professionnels, pour aller dans des réunions, me faire voir, discuter avec les professionnels* » (MS). Lors du groupe de travail du 5 décembre, les participants ont souhaité ajouter au panel des compétences de communication, la compétence de négociation (Annexe 9).

Dans leurs missions d'accompagnements individuels des personnes, les médiateurs en santé peuvent avoir besoin de différentes compétences, pour certaines inhérentes au travail social, comme la faculté à **mener des entretiens**, la maîtrise de **techniques d'animations collectives** ou la maîtrise de la **constitution des dossiers d'ouverture de droits** à la santé « *Compétence de manipulation des droits de sécu* » (MS) ; et pour d'autres,

inhérentes au secteur sanitaire, comme des techniques **d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique du patient (faisant partie de l'éducation à la santé)**.

Enfin, les médiateurs en santé pairs doivent posséder une compétence qui leur est propre : celle du **bilinguisme**. Grâce à leur vécu, expérience, et intégration au sein d'une équipe de professionnels, les travailleurs pairs pratiquent un « bilinguisme » (Roelandt et al., 2015; Schweitzer, 2020) leur conférant un rôle de traducteur entre professionnels et personnes accompagnées (Gilliot & Sorba, 2020; Schweitzer, 2020). Ainsi, « ils peuvent traduire le langage professionnel en des termes plus accessibles et intelligibles aux personnes accompagnées. De façon réciproque, ils donnent à comprendre les situations des personnes accompagnées aux professionnels en leur apportant un regard nouveau sur, par exemple, les comportements, discours ou choix des personnes accompagnées » (Rey, 2022a).

Selon Bouchaud et al (2022), les « savoirs » techniques du médiateur en santé peuvent être différents d'un poste à un autre, puisqu'ils dépendent du contexte de l'emploi qu'il occupe mais aussi de ses spécificités, de son parcours professionnel et de sa formation. Cependant, les auteurs identifient un nombre de connaissances techniques importantes pour cette fonction, identifiées également dans le présent travail, à savoir des techniques et méthodologies de communication ; la « maîtrise [des] bases des métiers avec lesquels il sera en interface – par souci d'efficacité, mais aussi de crédibilité vis-à-vis de son interlocuteur et du bénéficiaire », notamment sur les pathologies d'intervention et l'accès aux droits ; ainsi que des connaissances portant sur les « principaux dispositifs d'aides sociales, les acteurs associatifs au niveau local, la structuration du système socio-sanitaire » (Bouchaud et al., 2022).

Ainsi, cette enquête permet d'identifier, auprès des médiateurs en santé enquêtés, 4 des 6 savoir-faire jugés nécessaires à la pratique de la médiation en santé par la Haute autorité de santé, que sont « la communication » ; « la [connaissance] des éléments de constitution d'un dossier administratif » ; « la capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire son réseau » ; « les techniques de distanciation » ; et permet d'en ajouter des nouveaux tels que les compétences numériques (HAS, 2017).

Préconisation 7 : Différentes compétences techniques (savoir-faire) sont plus ou moins nécessaires en fonction de l'environnement et des conditions d'exercice des médiateurs en santé (composition de l'équipe, territoires d'action, etc) ainsi que des spécificités des publics qu'ils accompagnent (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Savoir-faire (compétences techniques) nécessaires pour la bonne exécution des missions de médiation en santé

Ces compétences sont plus ou moins nécessaires aux médiateurs en santé selon leurs environnements et leurs conditions d'exercice et selon les spécificités du public qu'ils et elles accompagnent. Toutes ces compétences, ou savoir-faire, peuvent également s'acquérir en cours de pratique.

Savoir-faire	Commentaires
Compétences numériques (bureautique et internet)	
Compétences de communication et capacité à travailler en réseau	
Compétences inhérentes au travail social	Mener des entretiens Techniques d'animation collectives Constitution des dossiers d'ouverture de droits Etc
Compétences inhérentes au secteur sanitaire	Education à la santé, éducation thérapeutique du patient, Lecture et compréhension des résultats d'examen de santé, etc
Bilinguisme	Propre aux médiateurs en santé pairs

II.2.3 Des savoirs (connaissances)

Enfin, les médiateurs en santé peuvent posséder différents savoirs qui leurs seront utiles tout au long de leur pratique. Là aussi, ces savoirs ou connaissances, peuvent s'acquérir en cours de pratique, et sont plus ou moins utiles selon leur environnement de travail, leurs conditions d'exercice et les spécificités des publics qu'ils accompagnent.

En effet, selon la composition de l'équipe dans laquelle le médiateur en santé est intégré (sociale ou de santé), celui-ci peut avoir besoin de **connaissances inhérentes au travail social**, c'est-à-dire des « *connaissances de base des droits sociaux et droit de santé* » (MS – structure santé) ; des connaissances sur le fonctionnement des aides et prestations sociales (RSA, chômage, logement social, etc), et/ou des connaissances sur le secteur social. Il peut également avoir besoin d'une **connaissance du secteur médicosocial**, mais également des **connaissances inhérentes au secteur sanitaire**, telles qu'une connaissance des institutions, de l'offre de soin du territoire, et du système de soin français, ou encore « *les bases des terminologies médicales* » (MS – structure sociale), afin d'être « *crédible quand tu parles à un médecin* » (MS – rattaché à structure sociale).

Les médiateurs en santé peuvent être amenés à travailler avec des publics spécifiques ou sur un territoire sur lequel la population présente des problématiques spécifiques. Dans ce cas, une bonne **connaissance du public** et de ses problématiques peut s'avérer très aidante pour sa pratique. Ainsi la connaissance de ses valeurs, de ses codes et pratiques, de ses problématiques médicales, médico-sociales, socio-économiques, mais également d'outils, techniques ou connaissances spécifiques pouvant y être liées ou y répondre peuvent être un atout majeur pour le médiateur en santé. Par exemple la « *connaissance des publics toxicomanes* » (MS – structure santé-précarité) et des « *outils de réduction des risques* » (MSP – dispositif santé-précarité) peuvent être utiles pour un médiateur en santé qui travaille avec une population présentant des troubles des addictions. Des connaissances sur la notion de rétablissement peuvent être utiles pour travailler avec un public souffrant de troubles psychiatriques ; des connaissances en médiation interculturelle ou la maîtrise des langues étrangères peuvent être aidantes pour travailler avec un public exilé et/ou étranger.

Ainsi, cette enquête confirme les connaissances jugées comme indispensables à la pratique des médiateurs en santé par la Haute autorité de santé, que sont « la connaissance du public cible » et « la connaissance de l'environnement médico-social » (HAS, 2017).

Préconisation 8 : Un certain nombre de connaissances (savoirs) facilitent la pratique des médiateurs en santé (voir Tableau 5) en fonction de leurs environnements et conditions d'exercice, ainsi que des spécificités des publics qu'ils ou elles accompagnent.

Tableau 5 : Connaissances (savoirs) nécessaires à la bonne exécution des missions de médiations en santé

Ces connaissances sont plus ou moins nécessaires aux médiateurs en santé selon leurs environnements et leurs conditions de travail et selon les spécificités du public qu'ils et elles accompagnent. Toutes ces compétences, ou savoir-faire, peuvent également s'acquérir en cours de pratique.

Savoirs
Connaissances du secteur du travail social
Connaissances du secteur médicosocial
Connaissances du secteur sanitaire
Connaissances du ou des publics spécifiques accompagnés et de leurs problématiques et particularités

II.3. Quelles formations ?

Les auteurs du rapport IGAS (Berkess et al., 2023) indiquaient déjà que les profils des personnes exerçant une fonction de médiation en santé pouvaient être variés :

« Les profils des personnes recherchées peuvent être divers, il peut s'agir de :

- Professionnel du secteur sanitaire ou social, ou personne sans qualification initiale dans ces domaines mais dont l'expérience personnelle s'apparente à celle de la population cible du projet (habitant du quartier, etc.).
- Personne titulaire d'un diplôme/formation ou ayant une expérience préalable en médiation en santé ou en médiation sociale » (Berkess et al., 2023).

La présente enquête montre que la majorité des médiateurs pairs en santé n'ont pas fait de formations spécifiques pour exercer ce métier. Il en va de même du côté des médiateurs en santé non pairs. Aucun d'entre eux n'a réalisé de formation en médiation en santé de type DU de médiation en santé. Une seule a réalisé une formation de 3 jours auprès d'une médiatrice en santé exerçant dans un centre de santé communautaire et expérimentant la fonction de médiation en santé de longue date.

Suivre une formation spécialisée n'est donc pas indispensable pour exercer le métier de médiateur en santé, ni de médiateur en santé pair. Le futur cahier des charges breton ne pourra donc pas conditionner le recrutement des médiateurs en santé à la possession d'un titre universitaire spécifique, mais devra se concentrer sur la

possession de compétences spécifiques à l'exercice de ce métier (voir II.2). Cependant, ces formations peuvent tout de même être un atout supplémentaire pour l'exercice du métier.

Aussi, compte-tenu de la rareté des formations universitaires de médiation en santé ou de médiation en santé paire ; de l'exercice actuel de la médiation en santé qui montre de réels résultats positifs (sans formation spécifique) ; et des réticences des travailleurs pairs face aux formations de médiateurs en santé pairs qui tendent à normaliser leurs pratiques et à amenuiser les spécificités et les atouts de cette fonction ; il est recommandé de ne pas conditionner le recrutement de médiateurs en santé - qu'ils soient pairs ou non - à la possession d'un diplôme spécifique.

Préconisation 9 : Le recrutement de médiateurs en santé, pairs ou non, ne doit pas être conditionné à la possession d'un diplôme spécifique ou d'une formation spécifique à la médiation en santé, qu'elle soit paire ou non.

L'enquête a cependant mis en lumière un frein à l'activité des médiateurs en santé : le manque d'offre de formations continues¹³ spécifiques, et relatives soit aux publics qu'ils accompagnent (femmes en situation de précarité, publics exilés, etc.), soit aux problématiques que ces publics rencontrent (logement, réduction des risques en addiction, droits au séjour, droits des exilés, etc.) :

« Une formation aux droits de séjour serait également bienvenue. Nous arrivons à un point dans le développement de la médiation en santé où il paraît difficile de continuer à se "débrouiller" sans connaissances formalisées à ce sujet. Même si je travaille très souvent avec des assos spécialisées, il est parfois très difficile de naviguer avec les connaissances que j'ai pu acquérir pour le moment, qui sont insuffisantes et probablement peu à jour malgré la veille effectuée sur les textes de lois et dans les médias » (MS) ;

« Besoin de plus d'opportunité de formation sur tous les sujets divers et variés qui touchent aux publics en situation de précarité "pour rester ouvert aux choix des personnes accompagnées" » (MSP).

Comme le suggérait la haute autorité de santé (HAS, 2017), il pourrait alors être intéressant d'outiller les médiateurs en santé, pairs et non pairs, en leur donnant accès à une offre de formation continue, à la carte, sur différents sujets utiles à leur pratique, tels que les droits des personnes exilées, la réduction des risques, l'entretien motivationnel, la santé mentale, le rétablissement, la santé des femmes, etc....

Les échanges lors du groupe de travail du 5 décembre (Annexe 9) ainsi que lors de la journée de travail avec les délégués du CRPA (Annexe 8) ont également mis en exergue le besoin de formation continue des médiateurs et médiatrices en santé (Annexe 9). Les participants préconisaient alors que les médiateurs et médiatrices en santé aient accès aux diverses formations continues à travers les plans de formation, au même titre que tous les autres

¹³ La formation continue est constituée de formations que l'on peut réaliser tout au long de son activité professionnelle
Enquête et préconisations pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne (FAS Bretagne & ARS Bretagne) 46

salariés. Ainsi, ils pourront se former à des techniques complémentaires qu'ils jugent utiles pour leur pratique ; pour « *s'outiller suivant les besoins de son poste : sur les particularités de son ou ses publics, et les particularités de son territoire* » (GT délégués du CRPA).

Préconisation 10 : Pour outiller les médiateurs en santé, il est recommandé de leur proposer des formations continues liées aux problématiques des publics accompagnés (plutôt que de rendre obligatoire la formation initiale en médiation en santé).

Etant donné que la majorité, si ce n'est la quasi-totalité, des médiateurs en santé n'ont pas suivi de formation spécifique à la médiation en santé, certains d'entre eux, particulièrement s'ils ne peuvent bénéficier du soutien d'une équipe, ressentent le besoin d'être outillés pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent, notamment en prise de poste :

« Je me dis qu'une formation qui te donne les clés sur l'approche des personnes en difficultés, les points de vigilance, la manière d'expliquer les choses, tout ça, pour moi, ça peut être un plus quand même. Ça peut être un DU, ou une formation spécifique pour l'accompagnement à la prise de poste, ou un système de tutorat avec des pairs, enfin j'en sais rien la forme que ça peut prendre, mais tout du moins, je pense que comme c'est un nouveau métier, c'est souvent des gens qui ont des professions tout autres qui arrivent sur ces métiers-là, et les accompagner d'une manière ou d'une autre, ça me semble en tout cas pertinent » (MS).

Si la question de conditionner les postes de médiateurs en santé à l'obtention d'une formation spécifique à la médiation en santé a déjà été exclue précédemment dans ce travail ; et si l'idée de faciliter l'accès à des formations spécifiques aux différents publics ainsi qu'à leurs problématiques a déjà été évoquée comme un élément facilitant l'activité des médiateurs en santé ; ce travail d'enquête met également en évidence le besoin - pour les médiateurs en santé qui sont isolés dans leurs pratiques, ou qui se sentent peu soutenus par leur collègues - de bénéficier d'une aide de pairs à pairs (c'est-à-dire de médiateurs à médiateurs) lors de leurs prises de fonction. Il pourrait alors être judicieux de mettre en relation médiateurs en santé expérimentés et nouveaux médiateurs en santé (voir VII.4).

III. La médiation en santé : des missions variées

Selon les auteurs du rapport IGAS, la médiation en santé consiste à « améliorer l'accès aux droits sociaux et [à] développer un accompagnement psycho-social, [à] favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, [à] assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales » (Berkess et al., 2023). La fonction de médiation en santé a ses missions propres et ne doit en aucun cas « se substituer aux professionnels de santé et de l'action sociale en place, ni compenser l'absence de ceux-ci sur le territoire. Le médiateur doit tenir sa position de personne ressource, qui prend le temps d'écouter, de guider et d'orienter » (Berkess et al., 2023).

En 2017, la HAS proposait 4 axes d'intervention de la médiation en santé (HAS, 2017), retrouvés dans la présente analyse et agrémentés de missions supplémentaires (voir infra) :

- Axe 1 : (Re)créer la rencontre avec les populations concernées (population vulnérables et professionnels de santé / institutions)
- Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de soin
- Axe 3 : Proposer des actions collectives de promotion de la santé
- Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet

La médiation en santé permet de prendre le temps de comprendre tous les freins d'accès aux soins des personnes et ainsi de fixer les priorités en fonction des demandes et des besoins des personnes.

La présente enquête montre qu'il existe des missions communes à tous les médiateurs en santé, qu'ils soient pairs ou non, et qu'ils exercent dans une structure de santé, dans une structure sociale, dans un dispositif santé-précarité ou dans une équipe pluriprofessionnelle. Ces missions constituent donc des « missions socles », reconnues autant par les médiateurs en santé que par leurs collègues.

L'enquête a également montré que certains d'entre eux réalisent des missions qui sont spécifiques aux territoires sur lesquels ils exercent et/ou des publics qu'ils accompagnent. Ces missions sont, dans ce travail, regroupées sous le terme de « missions optionnelles ».

L'enquête a également montré que certains médiateurs en santé réalisent des missions qui sortent du champ de la médiation en santé, **puisqu'elles sont plutôt de l'ordre de la prévention universelle en santé** - c'est-à-dire une prévention réalisée auprès d'un large public (à la différence des approches de prévention ciblée ou des démarches d'universalisme proportionné) telles qu'animer des sensibilisations dans les écoles, ou animer des séances de mise en mouvement auprès d'une catégorie de professionnel (voir III.2.1). Ces missions n'ont pas été retenues, dans ce travail, comme des missions propres à la médiation en santé (ni comme missions socles, ni comme missions optionnelles).

III.1. Quelles missions sociales ?

III.1.1 Créer la rencontre et un lien de confiance avec les populations vulnérables du territoire, par des actions d'aller-vers et une présence active auprès des publics cibles.

L'une des premières missions communes à tous les médiateurs en santé apparue dans cette enquête (qu'ils soient intégrés dans des équipes sociales, de santé ou pluriprofessionnelles et qu'ils exercent une médiation en santé paire ou non), est la **création d'un lien de confiance et d'une relation de proximité** avec les personnes accompagnées, qui, comme le décrit la Haute autorité de santé, leur permet d'évoquer des problématiques qu'elles n'évoqueraient pas en consultation avec un professionnel du soin traditionnel : « le lien de proximité et de confiance avec un public en situation de vulnérabilité conduit à ce que des questions hors des champs de la santé – logement, emploi, école, questions administratives en général – puissent se présenter » (HAS, 2017). En effet, la présente enquête montre que ce lien de confiance est facilité par le fait qu'il ne s'agit pas d'un professionnel de santé ou du social « traditionnel », amenant ainsi le patient à s'exprimer plus librement (sans rapport d'autorité) et à aborder, des sujets de santé (entendue comme la santé au sens large, dans sa globalité) non exprimés auparavant :

« la médiatrice va créer un lien particulier, différents des autres professionnelles qui va permettre de passer certains obstacles dans le parcours de soins » (MS – structure santé).

« C'est un autre espace pour le patient, différent du médecin, différent du travailleur social, donc du coup, ça fait émerger des nouvelles demandes de soin. Des choses qui n'ont pas pu être évoquées dans la consultation médicale, et qui sont discutées avec la médiatrice » (MS – dispositif santé-précarité).

Ce lien de confiance, également plébiscité par les délégués du CRPA (Annexe 8) est d'autant plus précieux que les personnes orientées ont souvent été déçues par le passé par les différentes institutions auxquelles elles ont eu à faire, et se méfient des institutions soignantes et/ou sociales « *Les personnes orientées ont souvent été déçues par le passé, se méfient, il est donc très important avant tout d'acquiescer leur confiance et de s'intéresser à qui elles sont en priorité* » (MS – structure sociale).

Les médiateurs en santé pairs utilisent une posture de double proximité - une *proximité relationnelle*¹⁴ et une *proximité expérientielle*¹⁵ - pour créer ce lien de confiance avec les personnes accompagnées. Si la *proximité*

¹⁴ « La *proximité relationnelle* se réfère à ce que L. Demailly décrivait comme un lien de "camaraderie" dans l'évaluation du programme expérimental de formation et d'emploi des médiateurs de santé pairs (MSP) initié en 2012 et est également observée dans l'étude s'intéressant aux intervenants pairs du programme *Chez soi* Québécois. Elle repose entre autres sur une familiarité fondée sur la création de liens amicaux entre le travailleur pair et les personnes qu'il accompagne, sur l'intimité et sur une relation d'égalité, et caractérise la distance professionnelle utilisée spécifiquement par les médiateurs de santé pairs et qui, par une horizontalisation de la relation professionnelle permet de créer un lien de confiance avec les personnes accompagnées » (Rey, 2022b).

¹⁵ « La *proximité expérientielle*, est singulière du fait de la similarité des situations vécues. Elle repose sur la reconnaissance mutuelle du statut de pair entre personnes accompagnées et travailleur pair qui permet à chacun des deux acteurs de s'identifier mutuellement dans tout ou partie de son expérience partagée. C'est dans cette réciprocité que s'instaure la relation de parité, conceptualisée sous la forme de la *proximité expérientielle* par H. Provencher et ses collègues » (Rey, 2022b).

expérientielle est propre aux médiateurs en santé pair, la *proximité relationnelle*, elle, est également une posture qui peut être partagée par des médiateurs en santé non pairs, à l'image de cette médiatrice qui déclare trouver la bonne distance qui lui permet d'instaurer une relation de proximité sans « *aller dans le copinage* » (MS) ; ou de ces autres médiateurs en santé qui déclarent entretenir le lien de confiance créé en prenant le temps d'écouter les personnes ainsi qu'en les voyant régulièrement dans des lieux qui font partie de leur quotidien. Pour créer ce lien de confiance, les médiateurs en santé, pairs ou non, adoptent une démarche **d'aller vers**¹⁶. Cette démarche les conduit à rencontrer les personnes, parfois orientées par des professionnels de leurs structures ou par des partenaires (CCAS, accueil de jour, mandataires judiciaires, EMPP, etc), sur leur lieu de vie ou lors d'entretiens médico-psychosociaux, en binôme avec le professionnel orienteur. Leur présence sur des lieux que fréquentent les personnes est donc indispensable, elle leur permet d'être facilement accessible et de pouvoir répondre rapidement à une demande, ou à minima, la prendre en compte (l'écouter) rapidement. L'enquête montre que la présence de temps d'échange informels est importante pour créer un lien de confiance. Ainsi, les discussions et la pratique d'activités informelles, telles qu'accompagner la personne dans des tâches quotidiennes (faire ses courses, se promener dans un parc, ...) permet de déclencher des discussions et de faire émerger des nouvelles demandes ou problématiques que la personne concernée n'aurait pas évoquée avec les autres professionnels (de la santé ou du travail social) lors d'entretiens individuels ou en consultations. Ainsi, cette première mission identifiée lors de cette enquête rejoint l'axe 1 identifié en 2017 par la Haute autorité en santé, à savoir « (re)créer la rencontre avec les population concernées », c'est-à-dire le public cible et les professionnels (HAS, 2017). En effet, cet axe s'inscrit dans l'« *aller vers* » afin d'identifier les problématiques individuelles et/ou collectives des personnes accompagnées. Il consiste à « se faire connaître et reconnaître en particulier des populations fragilisées et isolées, créer un lien de confiance, et les amener à apporter une attention à leur santé » ainsi qu'aller vers les professionnels et institutionnels (HAS, 2017).

III.1.2 Réaliser des accompagnements individuels sur les déterminants de la santé (déterminants sociaux et/ou environnementaux)

Les médiateurs en santé, pairs ou non, réalisent, pour une grande partie de leur travail, des accompagnements individuels des personnes. Ainsi, ils accompagnent les personnes sur leur accès aux droits, mais également vers le soin.

(a) Accompagnements sur l'accès aux droits, qu'ils soient de santé, ou sociaux

Les médiateurs en santé, pour certains, accompagnent les personnes dans leurs démarches administratives pour l'ouverture de leurs droits de santé (CMU, CSS, AME, etc) et pour maintenir leur continuité ; et dans leurs démarches administratives vers leurs droits sociaux (droit au séjour, droit au logement, RSA, chômage, aides et

¹⁶ « La démarche d'« *aller vers* » comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect » (Berkess et al., 2023).

prestations sociales, etc). Ils peuvent réaliser directement avec la personne ces accompagnements et démarches, ou orienter et accompagner la personne vers les professionnels adéquates (travailleurs sociaux et/ou administrations) susceptibles d'entreprendre ou de régulariser les dossiers. Les médiateurs en santé sont également présents en soutien pour le suivi des dossiers. Ils peuvent accompagner physiquement les personnes les moins autonomes vers les administrations compétentes.

Lors des groupes de travail du 5 décembre 2024, les participants ont insisté sur le fait que le médiateur en santé ne doit ni se substituer aux dispositifs existants, ni aux personnes accompagnées. En effet, le médiateur en santé doit participer à l'autonomisation des personnes – selon leur propres capacités – et doit accompagner les personnes en adoptant une posture du « *faire avec* », en ne faisant pas à leur place. Haschar-Noé et Basson (2019) montraient que la posture du « *faire avec* » des médiateurs en santé qu'ils ont étudié en 2019 dans le cadre de l'évaluation de « projets-pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé », se matérialisait dans des accompagnements individualisés « à dominante sociale, sanitaire et relationnelle assurant une présence et un soutien à des personnes dans une situation difficile » (Haschar-Noé & Basson, 2019). Ainsi, les médiateurs en santé sont amenés, par exemple à « répondre à des besoins de diverses natures : information sur les droits des personnes, 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 » (Haschar-Noé & Basson, 2019). La posture du « *faire avec* » se matérialisait également par l'animation d'ateliers collectifs permettant de favoriser, chez les participants, à la fois une vision globale de la santé (pour des ateliers généralistes) et une gestion de sa pathologie et de la vie désirée avec sa pathologie (pour des ateliers spécialisés).

(b) Faciliter l'accès aux soins ; éviter le non-recours et les refus de soins

Le cœur de métier des médiateurs en santé réside dans le fait de faciliter l'accès aux soins des personnes qui en sont les plus éloignées. L'éloignement des soins des personnes résulte de plusieurs composantes qui peuvent se cumuler : une composante géographique (les personnes peuvent résider à distance des lieux de soin et/ou présenter des problématiques de mobilité) ; des composantes inhérentes au renoncement aux soins – dont les raisons peuvent être multiples (culturelles, financières, manque de confiance, manque de solution de garde pour les enfants, etc) – et des composantes inhérentes au refus de soin de la part des professionnels – dont les raisons peuvent également être multiples (stigmatisation et discrimination, blacklisting des publics « posant des lapins », etc).

Selon les professionnels enquêtés, un certain nombre de ces freins, particulièrement attenants aux composantes géographiques et de renoncements aux soins peuvent être levés par les actions de médiation en santé « *y'a quand même beaucoup de renoncements aux soins pour raisons financières, géographiques, culturelles qui peuvent être levées par cette médiation en santé* » (Psanté – structure santé).

Ainsi, les médiateurs en santé peuvent agir directement auprès des personnes accompagnées en les accompagnant physiquement à leurs RDV (qu'ils soient de santé ou sociaux) ou en les accompagnant à la prise

de RDV, pour ainsi tendre vers un accompagnement des personnes vers le droit commun (médecine libérale, hospitalière, recherche de médecin traitant, etc). L'accompagnement physique à des RDV a particulièrement été plébiscité par les délégués du CRPA (Annexe 8) ainsi que par les participants des groupes de travail du 5 décembre (Annexe 9), où il était jugé comme « *essentiel* », particulièrement « *en milieu rural ou lorsque la personne présente un état de santé très dégradé* » (GT du 05/12/2025).

Ils peuvent également préparer les personnes pour leurs RDV. Cela peut se matérialiser par exemple en préparant le trajet à l'avance pour rassurer la personne et ainsi s'assurer qu'elle se rendra bien à son RDV : « *repérage des lieux pour diminuer la sensation de peur ou d'angoisse* » (MS – structure santé). Mais cela peut également se matérialiser par une préparation des patients aux RDV par une explication claire des examens cliniques, de leurs enjeux, leurs raisons, des actes médicaux qui s'y déroulent ; et par un accompagnement dans l'appropriation de la maladie, ou une délivrance d'information sur le fonctionnement du système de soin, sur leurs droits en tant qu'usagers, toujours en adaptant le discours au public afin que les personnes puissent prendre des décisions concernant leurs parcours de santé de façon libre et éclairée, et qu'elles puissent, in fine, naviguer dans ce système de soin de façon autonome. En effet, de nombreux médiateurs en santé indiquent avoir pour mission de faciliter la compréhension et la connaissance des droits (sociaux et de santé) ainsi que du système de santé ; de présenter le rôle et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire ; et d'aider les personnes à identifier les professionnels de santé du territoire en fonction de leurs besoins. Toutes ces missions participent à développer l'autonomie en santé des personnes accompagnées.

Le médiateur en santé peut également s'assurer de la continuité des soins et de la bonne observance des traitements, en utilisant par exemple des pictogrammes pour adapter l'information médicale et faciliter sa compréhension par la personne ; en leur rappelant leurs RDV ; en traduisant/vulgarisant les discours transmis par les professionnels pour s'assurer qu'ils soient bien compris ; en créant des agendas personnalisés adaptés aux contraintes et besoins des personnes ; en réalisant, par exemple, des notes vocales explicatives pour traduire le manuel d'utilisation d'un appareil à une personne qui ne sait ou ne peut pas lire ; en allant récupérer un appareil (par exemple tensiomètre) et le déposer chez une personne qui a des difficultés à se déplacer, etc... Le médiateur en santé s'appuie sur les ressources locales à disposition sur son territoire d'intervention (réseau de professionnels, institutions, associations, réseau personnel, ressources militantes, etc) pour accompagner et améliorer individuellement l'accès aux soins et aux droits des personnes.

Enfin, la présente enquête montre que les médiateurs en santé peuvent également agir auprès des professionnels afin de faciliter l'accès aux soins, par exemple en rappelant aux hôpitaux de réserver un interprète si besoin ; en rappelant, lors d'un RDV, au professionnel de s'adresser aux patients ; ou en coordonnant le parcours de soins de la personne (faire le lien entre différents professionnels, récupérer des bilans et compte-rendu d'examens).

Cette mission identifiée lors de cette enquête s'inscrit dans l'axe 2 identifié par l'HAS en 2017, à savoir « Faciliter la coordination du parcours de soins ». En effet, cet axe vise notamment à garantir l'ouverture des droits des

personnes accompagnées, favoriser la relation entre les personnes accompagnées et les professionnels, ainsi qu'orienter les personnes, les informer et les aider dans la coordination de leur parcours de soins (HAS, 2017).

Ainsi, le médiateur en santé, pair ou non, s'appuie sur différentes ressources du territoire pour faciliter l'accès et la continuité des droits sociaux et de santé, en individualisant les accompagnements, pour répondre aux diverses problématiques et besoins que rencontrent chaque personne accompagnée « *les difficultés rencontrées sont multiples, et pas toujours infranchissables. Elles demandent cependant de toujours individualiser au maximum les accompagnements* » (MS) ; se plaçant ainsi dans un rôle de passerelle entre personnes accompagnées, institutions et professionnels (sociaux ou de santé) « *la médiation a pour moi un rôle de passerelle entre les personnes accompagnées et les institutions - centre de santé compris* » (MS).

D'autre part, les délégués et déléguées du CRPA insiste sur un rôle de la médiation en santé : « *elle doit défendre l'égalité des chances* » (GT délégués du CRPA) (Annexe 8). Ainsi, ces derniers se rapprochent de la vision de la médiation en santé portée par la Case de santé à Toulouse, étudiée par Haschar-Noé et Basson.

En effet, dans leur analyse, les auteurs montrent que les professionnels de cette structure « opposés à *l'injonction à la neutralité de la médiation en santé* », [...] 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* » (Haschar-Noé & Basson, 2019).

III.1.3 Informer et sensibiliser les professionnels de santé aux contraintes, besoins et spécificités des publics accompagnés, à leurs facteurs de vulnérabilité

Afin de faciliter la prise en soin des personnes et d'éviter au maximum les refus de soins de la part des professionnels, les médiateurs en santé réalisent tous un travail de sensibilisation des différents professionnels au public, à ses besoins, à ses contraintes, à ses spécificités, etc ; que ce soit auprès de leurs collègues et/ou des professionnels extérieurs à l'équipe.

Cette sensibilisation peut par exemple consister à expliquer l'importance de l'utilisation de l'interprétariat lors de consultations avec des personnes allophones « *faire la promotion de l'interprétariat en médecine de ville et à l'hôpital* » (MS) ; à expliquer les difficultés à honorer les RDV et proposer d'adapter les horaires de RDV aux contraintes des personnes « *par exemple "midi" dans certaines cultures ça ne veut rien dire, il vaut mieux dire 12h* » (MS) ; outiller les professionnels pour qu'ils puissent mieux accueillir le public ; sensibiliser les professionnels à la lutte contre les stigmatisations et contre leurs propres représentations des publics stigmatisés (en situation de précarité, ou souffrant de troubles psychiatriques, par exemple) ; ou encore en faisant le lien entre les différents professionnels et services accompagnant une personne « *Faire le lien avec les structures, l'hôpital, les services de radiologie, les laboratoires, etc, pour les aider à être plus inclusifs et de pouvoir s'adapter au public* » (MS). La plupart de ces actions de sensibilisation des professionnels de santé se réalisent de manière individuelle, lors d'échange au cours des accompagnements individuels des personnes

concernées. Cependant, certains médiateurs en santé sont également amenés à former les futurs professionnels, étudiants en médecine, en soins infirmiers, en travail social...

Ainsi, les médiateurs en santé créent des « *liens facilitateurs entre la personne accompagnée [et] un système de soins complexe et parfois saturé* » (MS). Mais ils peuvent également faire le lien entre deux secteurs : celui du travail social et celui de la santé. Ainsi, un médiateur en santé exerçant dans une structure de santé, peut notamment être une ressource pour ses collègues – professionnels de la santé – leur permettant de comprendre les contraintes et les discours des professionnels du secteur social :

« *Parce qu'en fait elle fait énormément de formations et d'informations des soignants. Quand elle est sollicitée, déjà, elle clarifie la demande. Et des fois, juste en clarifiant la demande, tu te rends compte que y'a pas de demande, que c'est juste que le soignant, il a rien compris, et que du coup, là, il comprend. Et puis quand elle nous raconte, qu'on fait des temps d'échange sur les dossiers qu'on suit en commun, on apprend énormément de choses. Ça a permis aussi aux professionnels du médical de mieux comprendre les professionnels du social et médicosocial* » (Psanté – structure santé).

Enfin, les médiateurs en santé pairs, grâce à leurs *savoirs expérientiels*, peuvent sensibiliser les professionnels, y compris ceux de leurs équipes, à ce que vivent, traversent et ressentent les personnes accompagnées.

Cette autre mission identifiée dans cette analyse s'inscrit dans l'axe 2 identifié en 2017 par la HAS, à savoir « Faciliter la coordination du parcours de soins », puisque dans ce dernier, est inscrit une mission de « sensibilisation des acteurs de la santé aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités des publics cibles » (HAS, 2017).

III.1.4 Soutien aux professionnels du secteur social

Un médiateur en santé qui exerce dans une structure sociale peut, à l'inverse, soutenir les professionnels du social « *pour gérer les problématiques de santé des personnes suivies, surtout quand la santé est un frein aux autres problématiques sociales telles que l'emploi par exemple* » (MS – rattaché structure sociale), et leur permettre de mieux comprendre les contraintes de ce secteur.

L'enquête a montré que le médiateur en santé peut prendre en charge les accompagnements des personnes sur le volet santé et ainsi décharger les professionnels du social ; par leur profession - et particulièrement s'ils viennent eux-mêmes du secteur de la santé - ils peuvent plus facilement prendre contact avec les professionnels de santé du territoire, et peuvent enfin informer les professionnels du social sur les contraintes des professionnels de la santé.

III.1.5 S'ancrer dans un territoire : développement et entretien d'un réseau partenarial

Le médiateur en santé doit s'appuyer sur les ressources locales, pour accompagner les personnes. Ainsi, au fur et à mesure de sa pratique, le médiateur en santé va devoir développer son réseau partenarial, notamment auprès des professionnels du territoire : professionnels du travail social ; professionnels soignants et

professionnels d'institutions ou organismes de santé (CPAM, MSA, CAF, etc). S'il est intégré dans une équipe, il pourra, en début de poste, bénéficier du réseau partenarial de ses collègues. Mais il devra le maintenir et l'agréments au fur et à mesure des besoins des personnes accompagnées. Ainsi, l'une des missions du médiateur en santé est de développer ce réseau.

Enfin, l'enquête montre également que le médiateur en santé est amené à créer la rencontre entre les différents professionnels qui accompagnent une même personne afin de démêler des points de blocage dans l'accès aux soins notamment.

Préconisation 11 : Cinq missions construisent le socle commun des missions des médiateurs en santé, pairs ou non :

- la création et l'entretien d'un lien de confiance ;
- l'accompagnement individuel des personnes sur les déterminants de santé ;
- la sensibilisation des professionnels de santé sur les spécificités des publics accompagnés ;
- le soutien aux professionnels du travail social ;
- et le développement d'un réseau partenarial.

Pour cela, ils possèdent différents outils et moyens d'action (Tableau 6).

Tableau 6 : Missions socles, constituant la base de la fonction de médiation en santé, et moyens et outils de mise en œuvre

Missions socles	Outils et moyens que les médiateurs en santé peuvent utiliser
Créer un lien de confiance et l'entretenir (Créer la rencontre et un lien de confiance avec les populations vulnérables du territoire)	<ul style="list-style-type: none"> • Présence active auprès des publics cibles, sur les lieux qu'ils fréquentent, les lieux de vie • Actions d'aller vers • Posture d'horizontalité (plus qu'avec les autres professionnels) • Proximité relationnelle • Proximité expérientielle (spécifique aux médiateurs en santé pairs) • Écoute active • Disponibilité • Discussions et activités informelles
Réaliser des accompagnements individuels sur les déterminants de la santé (déterminants sociaux et/ou environnementaux) <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnements sur l'accès aux droits • Faciliter l'accès aux soins, éviter le non-recours, éviter les refus de soins • Développement de l'autonomie en santé des personnes accompagnées 	Individualisation et personnalisation des accompagnements <ul style="list-style-type: none"> • Réalisations des démarches administratives avec la personne • Orientation/mise en relation avec les professionnels et/ou institutions adéquates • Accompagnements physiques vers les administrations • Suivi des différentes étapes des démarches • Accompagnements physiques lors de RDV • Préparation du trajet pour se rendre aux RDV • Préparation des personnes pour leurs RDV (explications du déroulé, des enjeux, des raisons, ...) => créativité (utilisation de pictogrammes, de capsules vidéo, ...) • Accompagnement à l'appropriation de la pathologie • Informations (sur le système de soin, sur les droits)

	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation du discours aux personnes • Vulgarisation / traduction de l'information médicale (ex : utilisation de pictogrammes) • Rappels des RDV, création d'agenda personnalisé • Accompagnement à la prise de RDV • Suivre le rythme de la personne • Visite à domicile <p>Actions auprès des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappel aux professionnels de réserver l'interprétariat • Coordination du parcours de soin • Prendre appui sur les ressources locales du territoire
<p>Informers et sensibiliser les professionnels de santé aux contraintes, besoins et spécificités des publics accompagnés, à leurs facteurs de vulnérabilités</p> <ul style="list-style-type: none"> • auprès de leurs collègues • auprès des autres professionnels du territoire • auprès des futurs professionnels 	<p>Lors des accompagnements individuels (de manière individuelle) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'usage de l'interprétariat • Expliquer les comportements des personnes concernées, leurs raisons, leurs contraintes et leurs besoins • Outiller les professionnels • Sensibiliser les professionnels aux discriminations dans le soin • Création de liens entre la personne accompagnée et les professionnels • Création de liens entre les différents professionnels intervenant auprès des personnes • Sensibilisation des professionnels au vécu des personnes concernées, à leurs ressentis (spécificité des médiateurs en santé pairs) • Expliquer les problématiques sociales qui peuvent avoir un impact sur la santé <p>De manière collective</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation des futurs professionnels
Soutien aux professionnels du social	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des accompagnements sur le volet santé et sur certains déterminants de santé • Prise de contact avec les acteurs de la santé du territoire • Information sur les contraintes professionnelles du secteur de la santé
<p>S'ancrer dans un territoire : développement et entretien d'un réseau partenarial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de la santé • Acteurs du travail social • Institutions et organismes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrer les professionnels et organismes de santé de son territoire • Rencontrer les professionnels du travail social • Rencontrer les acteurs associatifs • Organiser des rencontres avec les acteurs intervenant auprès des personnes accompagnées

III.2. Quelles missions optionnelles ?

Il existe des missions qui peuvent être spécifiques à certains territoires, à l'accompagnement de certains publics, à l'organisation des structures recruteuses, au profil du médiateur en santé, ou inhérentes aux spécificités du financement obtenu pour la création du poste.

III.2.1 Actions collectives et actions de promotion de la santé

Nombre de médiateurs en santé aiment ou souhaiteraient animer des ateliers collectifs, notamment de promotion de la santé ou mettre en place des actions collectives avec les personnes concernées. Mais face aux besoins importants d'accompagnements individuels des publics accompagnés et compte-tenu du faible nombre de médiateurs en santé encore déployés en Bretagne, cette mission n'est pas toujours réalisable.

Ces actions ou ateliers collectifs ont pour objectif de « *faire le lien entre individuel et collectif* » (MS – structure santé) ; de permettre l’acquisition de pouvoir d’agir ou de développer la littératie en santé d’une partie de la population, voire d’un groupe de pairs. Ils peuvent concerner tous les déterminants de la santé, par exemple des ateliers nutrition (par exemple « *cuisiner sain et malin en partant des paniers des resto du cœur* » (MS), des ateliers « santé habitat », des ateliers sur la précarité menstruelle, des groupes d’auto-support en santé mentale ou de mères célibataires, etc.

De plus les actions collectives apparaissent aux yeux des professionnels (médiateurs en santé et collègues) comme un levier permettant d’amorcer une première étape dans le parcours de soin individuel des personnes, en permettant de créer « *un cadre différent pour établir du lien* » (GT du 5/12/2024). En effet, Haschar-Noe et Basson ont montré que ces « espaces collectifs en santé » étaient des « “accélérateurs” de l’autonomisation des personnes » (Haschar-Noé & Basson, 2019).

Ces collectifs de patients, habitants, usagers peuvent être initiés soit par les professionnels, soit par les personnes concernées elles-mêmes.

Cette mission identifiée dans le présent travail s’inscrit dans l’axe 3 du guide du référentiel de la HAS (2017) « Favoriser des actions collectives de promotion de la santé », puisque cet axe consiste à mobiliser les acteurs de la promotion de la santé (acteurs de la santé dans sa conception globale), coanimer des actions collectives de promotion de la santé et d’actions permettant l’expression des problèmes de santé individuels ou collectifs (HAS, 2017).

En revanche, la participation à des évènements de santé, notamment de prévention universelle publique, c’est-à-dire s’adressant à l’entièreté de la population et non à un public accompagné par la structure dans laquelle le médiateur en santé exerce, ne doit être réalisée que si cela est jugé pertinent par le médiateur en santé et son équipe. En effet, l’enquête a montré qu’une participation systématique à tous les évènements de santé publique et/ou de prévention universelle constitue une charge de travail supplémentaire qui se réalise au détriment des missions socles du médiateur en santé et/ou au détriment de la bonne santé au travail de celui-ci. Ils doivent donc être choisis avec parcimonie et stratégie, notamment lorsque ceux-ci sont portés par une collectivité et non la structure d’exercice. En effet, le médiateur en santé a pour objectif de lever les freins d’accès aux soins des publics présentant des vulnérabilités et difficultés sur un territoire circonscrit, il n’est pas un agent de prévention en santé. La participation et l’implication dans des évènements tels que « Octobre rose », le « mois sans tabac », « mars bleu », les fêtes locales (pour y tenir un stand de prévention), des conférences sur la diététique ou tout autre sujet, doivent être pensées en termes d’apport pour les personnes accompagnées et ne doivent pas remplacer l’intervention d’autres fonctions telles que des chargés de prévention.

Ainsi, le médiateur en santé peut réaliser des missions de prévention, si celles-ci visent des démarches de prévention ciblée ou démarches d’universalisme proportionné – et non pas de prévention universelle.

La prévention universelle cible l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, c'est le cas par exemple, de campagnes de prévention, ou d'évènements grand public.

La prévention ciblée vise un ou des sous-groupes de la population qui présentent un ou des facteurs de risques spécifique vis-à-vis d'une pathologie.

L'universalisme proportionné combine ces deux approches : approche universelle et approche ciblée. Il consiste à réaliser une intervention ouverte à tous (universalisme) mais avec des modalités ou une intensité variant selon les besoins (principe de proportionnalité).

Cependant, les participants de la demi-journée de travail du 5 décembre ont relevé le terme de « prévention », qui selon eux, couvre un trop large champ d'utilisation et pour lequel ils ont exprimé leurs inquiétudes. En effet, ils disent ne pas se sentir suffisamment outillés ni suffisamment compétents pour réaliser des actions de prévention en santé (Annexe 9). Ceux-ci ont souhaité rappeler que « *chaque médiateur doit [pouvoir] l'adapter selon ses compétences, [mais également] selon le contexte de son intervention* » (GT du 5 décembre).

En conséquence, les actions de prévention ne sont pas inscrites dans les missions des médiateurs en santé dans ce document.

III.2.2 Identifier les dysfonctionnements systémiques dans la prise en charge des personnes et les discriminations dans le soin

Certains médiateurs en santé ont également une mission de « *recenser les refus de soins* » (MS). Ils peuvent notamment via leur réseau faire « *remonter les discriminations* » (MS) dans l'accès aux soins, par exemple à la CPTS de leur territoire « *pour que eux puissent en échanger avec les professionnels directement et pas aux secrétaires* » (MS). D'autres alertent le conseil de l'ordre de la profession concernée par la discrimination « *Recenser les refus de soins, discriminations dans le soin, et pouvoir alerter le conseil de l'ordre sur ces questions-là* » (MS).

Par la connaissance fine qu'ils acquièrent auprès des publics et lors de leur activité, les médiateurs en santé peuvent posséder une analyse fine des dysfonctionnements sur le territoire et des dysfonctionnements institutionnels qui entravent l'accès aux soins des personnes accompagnées. Ils peuvent alors être des ressources fiables et précieuses pour les institutions et organes de santé, tels que la CPAM ou l'ARS afin de déterminer des pistes d'action pour améliorer l'accès aux soins sur leurs différents territoires d'action.

Ainsi, identifier et recenser les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé des personnes ; identifier les risques pour les personnes concernées et alerter les autorités compétentes, peut faire partie des missions du médiateur en santé, pair ou non.

En revanche, pour que cette mission soit pleinement réalisée par le médiateur en santé, il conviendrait de mieux les outiller. En effet, il existe un certain nombre d'observatoires de refus de soin (FAS nationale, Comede, DAC, etc), ainsi qu'un certain nombre d'instances (CPTS, défenseur des droits, comité d'usagers, conciliateur CPAM, etc) auxquelles ils pourraient faire appel. Une fiche outil pourrait être proposée aux médiateurs en santé pour

qu'ils puissent cibler l'interlocuteur le plus pertinent, en fonction de l'objectif du signalement de la discrimination, ou du refus de soin (recensement pour un plaidoyer ou dénonciation pour améliorer la situation individuelle de la personne concernée), et/ou en fonction du profil de la personne victime de la discrimination dans le soin (s'adresser au Comede pour un public exilé par exemple).

Cette mission s'inscrit dans l'axe 4 identifié par l'HAS en 2017 « participer aux actions structurantes au projet » qui consiste à « assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques : vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale, vers les concepteurs de politiques de santé, vers les concepteurs de messages de prévention, etc » et d'alerter les autorités compétentes sur « les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé des personnes (par exemple, refus de soins de la part de certains médecins) ; [et sur] les risques pour la santé des personnes accompagnées (par exemple, lieu de vie insalubre) » (HAS, 2017).

Cependant, lors de la demi-journée de travail du 5 décembre, les participants, s'ils ont souhaité réaffirmer le rôle de veille que peut tenir le médiateur en santé, ont néanmoins souhaité alerter sur le fait qu'il devrait exister un relais sur chaque territoire pour prendre en charge les remontées des différents dysfonctionnements aux autorités compétentes :

« Faire remonter les dysfonctionnements systémiques qui entravent l'accès aux soins des publics accompagnés sur les territoires serait plutôt un rôle des instances de type DAC » (GT du 5/12) ;
« Le médiateur en santé peut assurer un rôle de veille et de relais auprès de la structure d'appartenance en signalant les besoins et manques sur les territoires. Il appartient ensuite à la structure de faire le lien avec les institutionnels » (GT du 5/12).

Par ailleurs, en l'état actuel des choses, les médiateurs en santé peuvent faire remonter ces dysfonctionnements aux structures qui peuvent alors les faire apparaître dans leurs rapports d'activité.

Ainsi, en plus d'outiller les médiateurs en santé sur les différents observatoires de refus de soin, il serait pertinent d'organiser, à minima au niveau régional, un processus pour faire remonter les informations concernant ces différents dysfonctionnements aux institutions, qui ne reposerait pas uniquement sur chaque médiateur en santé (individuellement) mais qui reposerait sur un processus impliquant les structures de coordinations de santé, telles que les dispositifs d'appui à la coordination.

Ce processus sera d'autant plus efficace si celui-ci est coconstruit entre autorité compétentes, structures de coordination et médiateurs en santé, voire avec leurs collègues également, pour qu'il ne repose pas uniquement sur le médiateur en santé.

Préconisation 12 : Deux missions des médiateurs en santé optionnelles peuvent compléter les missions socles :

- la mise en place d'actions collectives et/ou de promotion de la santé
- l'identification des dysfonctionnements systémiques dans la prise en charge des personnes et des discriminations en santé

Pour cela, ils possèdent différents outils et moyens d'action (Tableau 7).

Les missions complémentaires peuvent être réalisées à la condition que les missions socles soient assurées. Elles sont vouées à intégrer, à terme, la catégorie des missions socles avec le déploiement de plus en plus de postes de médiateurs en santé.

Préconisation 13 : Proposer une fiche outil aux médiateurs en santé pour les outiller sur les recours possibles lors de refus de soin ou de discrimination en santé.

Préconisation 14 : Organiser en région Bretagne, un processus efficace de remontée des différents dysfonctionnements systémiques entravant l'accès aux soins des publics accompagné, reposant sur l'implication d'une structure de coordination, telle que les des dispositifs d'appui à la coordination.

Si ces missions sont, dans cette étude, inscrites comme missions complémentaires, ce n'est pas par moindre importance par rapport aux missions identifiées comme socle, mais uniquement car l'enquête témoigne qu'en l'absence d'un nombre de médiateurs en santé suffisant pour couvrir les besoins des territoires, ces missions optionnelles ne peuvent être réalisées par tous les médiateurs en santé, faute de temps disponible. Ainsi, avec le déploiement de plus en plus de postes de médiateurs en santé, celles-ci sont vouées à intégrer la catégorie des missions socles

Tableau 7 : Missions optionnelles et complémentaires pouvant être réalisées par les médiateurs et médiatrices en santé dans le cadre de leurs fonctions, et moyens et outils de mise en œuvre

Missions optionnelles et complémentaires	Outils et moyens que les médiateurs en santé peuvent utiliser
Actions collectives et actions de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des actions collectives avec les personnes concernées • Animer des ateliers collectifs sur des déterminants de la santé (nutrition, précarité menstruelle, santé mentale, logement, ...) • Animer des groupes d'auto-support
Identifier les dysfonctionnements systémiques dans la prise en charge des personnes et les discriminations en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les discriminations dans le soin, les refus de soin • Alerter les autorités compétentes et/ou la structure d'exercice • Faire remonter les dysfonctionnements systémiques sur les territoires qui entravent l'accès aux soins des publics accompagnés à la structure d'exercice et/ou aux autorités compétentes (s'il existe un processus)
Une représentation de la structure et de la médiation en santé <ul style="list-style-type: none"> • Valorisation de la médiation en santé • Valorisation de leurs structures d'exercice 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation lors d'évènements professionnels • Représentation auprès des instances et organismes de santé locaux

IV. Un processus particulier et collectif de définition des contours du poste

IV.1. En amont du recrutement : préparer, sensibiliser les équipes et décider collectivement

Le présent travail montre qu'une mauvaise compréhension des professionnels de l'équipe (ou de l'organisation recruteuse) de la notion médiation en santé - qu'elle soit paire ou non -, de son rôle, de ses objectifs et de ses missions, peut induire une surcharge de travail pour le médiateur en santé :

“Et si, la charge de travail. Parce que ça a clairement répondu à un besoin tout de suite des professionnels de santé, donc avec tout de suite des sollicitations, donc tout de suite le besoin de circonscrire un petit peu les demandes etc. Et elle a été confrontée justement à des demandes qui n'étaient pas forcément [dans le champ de mission de la médiation en santé], puis y'a des incompréhensions de la part des professionnels de santé, et y'a des attitudes aussi parfois de certains professionnels de santé, “tiens, je t'appelle, j'ai cette personne-là, tu peux la contacter, boum” et puis sans explication, sans relai ». (Psanté).

Cette mauvaise compréhension peut résulter en une mauvaise délimitation du cadre d'intervention du médiateur en santé ainsi qu'en une mauvaise définition de ses missions : « *ma principale difficulté c'est les limites qu'ont pas été mises sur mon poste, et donc la charge de travail qui est énorme* » (MS). Ainsi, le médiateur en santé peut se retrouver en charge d'une trop grande diversité de missions, dont une partie sortent du champ d'action de la médiation en santé :

« que [organisation recruteuse] se rende compte des difficultés dans lesquelles ils me mettent à me demander un peu tout et n'importe quoi. Je m'explique, je bosse je ne sais combien de week-

end dans l'année, parce qu'il faut que je sois sur toutes les manifestations pour faire un volet santé ; je bosse des fois très tôt le matin pour aller faire les échauffements pour les ATSEM par exemple tu vois, heu, faut que j'aïlle faire les conférences sur la diététique à telle fête [nom de la fête] un dimanche, heu, bah j'te dis la fête [nom de la fête], tel samedi, fin donc heu, la banque alimentaire qui bosse que le samedi matin, tu vois ? Donc je suis beaucoup sollicitée et heu, des fois je trouve que je fais un peu tout et n'importe quoi » (MS).

Afin de préserver la bonne santé au travail du médiateur en santé, qu'il soit pair ou non, il apparaît alors primordial de bien définir les missions qui entrent dans le champ d'action de la médiation en santé, en amont du recrutement : « *parce que de dire comme missions, tu gères des personnes précaires et tu fais de la prévention, enfin y'a pas plus large comme mission ! Tu peux mettre tout et n'importe quoi dedans* » (MS).

Ainsi, en amont du recrutement, un travail collectif de définition des contours du poste (objectifs, attendus, missions, moyens d'action) doit être réalisé, en équipe. Une première étape nécessaire est une sensibilisation et une acculturation à la notion de médiation en santé de chaque membre de l'équipe (conseil d'administration compris si la structure est sous statut associatif) à ce que recouvre la médiation en santé pour que chacun puisse saisir et comprendre les enjeux et spécificités de la médiation en santé, particulièrement si l'équipe souhaite recruter un médiateur en santé pair. Il s'agit d'intégrer les équipes de professionnels dans la prise de décision du recrutement, et que non seulement la direction, mais aussi les équipes, soient parties prenantes de la décision et porteuses du projet ; comme le montre le travail mené par la FAS Bretagne sur l'intégration de travailleurs pairs dans des équipes de travail social (Rey, 2022b). Ainsi, afin de faciliter l'intégration des médiateurs en santé au sein des équipes, la décision de recruter doit être collective et faire consensus au sein de ses membres, d'autant plus s'il s'agit de recruter un médiateur en santé pair.

Préconisation 15 : En amont du recrutement : réaliser une étape de sensibilisation et d'acculturation de tous les membres de l'équipe à la notion de médiation en santé (pour s'assurer que tout le monde comprenne ses enjeux, ses spécificités et ses apports).

Préconisation 16 : En amont du recrutement - Une décision de recruter un médiateur en santé qui doit être collective et faire consensus.

IV.2. Une définition collective des contours du poste et des missions

Une fois que l'équipe a collectivement décidé de recruter un médiateur en santé, il s'agit ensuite de définir, à nouveau collectivement, son futur périmètre d'action et ses missions. Un travail de projection peut être réalisé pour définir quelles seront ses missions ; comment pourrait s'organiser son travail ; quelles seront les limites de son poste ; comment l'équipe s'organisera avec cette nouvelle fonction en son sein ; comment le poste sera

financé ; quel sera son périmètre d'action¹⁷ ; etc. « *il faut que le reste de l'équipe ait bien compris le rôle de la médiation et qu'ils fassent appel, c'est eux qui orientent, le médiateur il peut pas travailler seul si l'équipe ne s'engage pas non plus dans ce partenariat-là* » (Psocial). Une fonction bien définie, avec des limites claires évitera au médiateur en santé d'être submergé par des missions dispersées et sortant du champ d'action de la médiation en santé.

Il existe plusieurs enjeux importants de définition des missions inhérentes à la fonction de médiation en santé. Tout d'abord, le premier enjeu est de définir des missions en adéquation avec les besoins des publics accompagnés par la structure recruteuse d'une part, et les besoins du territoire d'autre part. Le poste de médiation en santé doit pouvoir s'articuler avec les partenaires du territoire pour éviter toute mise en concurrence (ou impression de mise en concurrence) entre la fonction de médiation en santé et les professionnels déjà installés sur le territoire, en particulier les professions dont les missions peuvent être proches, tels que les travailleurs sociaux ou les infirmières coordinatrices. Si le poste doit être construit en articulation avec les partenaires du territoire et en fonction des besoins du territoire, celui-ci ne doit cependant pas être pensé comme un outil palliatif des manques du territoire. Ainsi, si un territoire n'est que très peu pourvu en médecins spécialistes, l'objectif du médiateur en santé, bien qu'il participe à améliorer l'accès aux soins des personnes, ne pourra pas être d'obtenir des RDV spécialistes pour chaque personne qui en aurait besoin : « *Le médiateur n'est pas un palliatif aux différents manques sur le territoire* » (MS).

Enfin un autre enjeu, particulièrement dans les équipes pluriprofessionnelles, est de définir le périmètre d'action de la fonction de médiation en santé au sein même de l'équipe, pour la penser en complémentarité des autres fonctions existantes, rendre sa sollicitation fluide, et articuler au mieux ses réalisations avec celles des autres professionnels, particulièrement si d'autres fonctions aux missions proches sont présentes dans l'équipe. Cela peut être le cas par exemple dans une structure de santé pluriprofessionnelle qui auraient en son sein des fonctions de travail social et qui recruterait un médiateur en santé. Il est alors fortement recommandé de réfléchir collectivement aux tâches et aux missions qui relèvent du travail social ainsi qu'à celles qui relèvent de la médiation en santé, autant pour faciliter les orientations qui seront réalisées par les collègues de l'équipe vers l'une ou l'autre des fonctions, que pour faciliter le repérage des personnes ressources pour les personnes accompagnées.

Enfin, les missions, pensées par les équipes avant le recrutement, pourront être réajustées avec le médiateur en santé, au moment de son recrutement, en fonction de ses compétences et appétences, mais également en cours de pratique, en fonction des évolutions des besoins des publics et du territoire. En réalité, c'est tous les contours du poste qui pourront être modifiés en cours de pratique selon les évolutions des besoins : non seulement les missions (tout en restant dans celles définies ici), mais les limites, la proportion d'accompagnements individuels par rapport aux accompagnements collectifs, les outils, les procédures, etc.

¹⁷ Le « référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques » de la Haute autorité de santé peut être un bon outil pour faire ce travail de définition (HAS, 2017)

Ce travail de redéfinition des contours du poste peut s'accompagner d'une étude des freins majeurs d'accès aux soins sur le territoire, en binôme (médiateur en santé et salarié de l'équipe). Cela permettra de délimiter les missions en fonction des spécificités du territoire ; des capacités du médiateur en santé et d'éviter que celui-ci ne se retrouve seul face à une absence de solution sur le territoire. Par exemple, si la mobilité est un frein majeur d'accès aux soins sur un territoire, en avoir conscience en équipe en début de prise de poste peut permettre de décider collectivement quelles seront les limites des accompagnements mis en place par le médiateur en santé : est-ce qu'il accompagne physiquement les personnes à leur RDV ? au risque que cela ne devienne une grande part de son travail ? Jusqu'à quelle distance ? Combien de personnes par jour ? etc...

A l'image de ce que font certains centres de santé communautaire lors de leur implantation dans un territoire, le médiateur en santé peut, accompagné de son équipe, réaliser une étude des besoins de la population, des freins d'accès à la santé, des problématiques et des contraintes des personnes accompagnées en allant à leur rencontre via des événements collectifs et/ou du porte à porte. Cela peut également permettre de commencer à présenter la fonction de médiation en santé aux personnes accompagnées afin qu'elles puissent par la suite, mieux s'en saisir.

Lors de la demi-journée de travail du 5/12/2024, les participants à l'atelier 4 (conditions de faisabilité) ont suggéré deux méthodes pour réaliser une telle étude des besoins : une méthode habituellement utilisée dans les démarches qualité, l'utilisation du « patient traceur »¹⁸ ; et une méthode impliquant le public cible, l'enquête conscientisante¹⁹. Une autre possibilité a été proposée par les participants, celle d'utiliser les diagnostics territoriaux existants pour voir comment la médiation en santé pourrait répondre aux enjeux du territoire (portraits de territoire de démocratie en santé » de l'ORS, les statistiques locales de l'INSEE, diagnostics des CLS ou des structures partenaires).

¹⁸ « La méthode du patient traceur permet d'analyser collectivement et *a posteriori* le parcours d'un patient. Elle vise à analyser la prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients en comparant la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification pour les établissements de santé, référentiels de bonnes pratiques, référentiels spécifiques à l'équipe, etc.). Elle prend en compte les perceptions du patient et de ses proches et les croise avec l'analyse de la prise en charge par les professionnels pour évaluer notamment les organisations, les interfaces entre secteurs et la coordination entre professionnels ». Pour en savoir plus sur la méthode du « patient traceur » voir le site de la Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803/fr/patient-traceur - consultée le 13/01/2025

¹⁹ L'enquête conscientisante est issue de la démarche d'éducation populaire. Outre la collecte de données, points de vue, besoins etc, auprès des habitants concernés, elle permet de créer un contact avec les habitants, et, dans le dialogue, de provoquer des prises de conscience pour susciter des « envies d'agir ». La restitution des résultats est un moyen supplémentaire d'instaurer un dialogue entre parties prenantes et de permettre l'engagement des habitants. Ainsi, cette enquête permet, à travers l'expression de plusieurs conscientisations individuelles (identification de problématiques locales, individuelles à partir de récits de situations vécues individuellement), une prise de conscience de leurs dimensions collectives, voire structurelles (conscientisation collective). Les entretiens menés dans ces enquêtes sont de réelles discussions au cours desquelles enquêtés et enquêteurs apprennent autant l'un de l'autre. Un rapport de réciprocité s'engage alors.

Préconisation 17 : Définir les missions et les contours du poste, en adéquation avec les besoins du public et du territoire. Pour ce faire, une étude des besoins peut être réalisée auprès des publics cibles, ainsi qu'auprès des partenaires du territoire, ou bien à l'aide des différents diagnostics déjà existants.

Préconisation 18 : Redéfinition des contours du poste en équipe avec le médiateur en santé recruté.

Afin de vérifier que le poste, ainsi pensé, est en adéquation avec les envies et contraintes de la personne recrutée, il convient – s'il est besoin de le rappeler – de préciser les termes du contrat à la personne, concernant par exemple les missions, les conditions de travail, les heures supplémentaires, etc.

Préconisation 19 : Expliciter les termes du contrat au moment du recrutement.

L'enquête a montré qu'une définition des missions par des institutions ou organisations éloignées du terrain, et qui n'accompagnent pas des personnes, risque de représenter une charge de travail trop importante pour le médiateur en santé et de définir des missions qui sortent de son champ de compétence.

En effet, l'enquête a notamment montré que des missions trop nombreuses, qui peuvent parfois s'éloigner du champ de la médiation en santé (par exemple la participation à des événements festifs pour animer un stand de prévention, l'organisation des conférences de prévention pour toucher la population générale, etc) et/ou qui se réalisent en dehors des horaires de travail (week-end, soirées, jours fériés) peuvent être source d'épuisement au travail : « *au bout d'un moment, sacrifier tous mes trucs avec la famille ou les amis, non quoi, c'est plus possible* » (MS). Il apparaît donc important que les missions soient définies au sein d'une structure de professionnels accompagnant le public ou de professionnels de terrain exerçant sur le territoire, et non par un organisme « *déconnecté des publics* » (Psanté), qui travaille à distance des publics.

Préconisation 20 : Des missions définies par des professionnels de terrain, et non par une structure travaillant à distance des publics accompagnés (collectivités, CPAM, CLS, etc).

IV.3. Une prise en compte des particularités des territoires et des publics accompagnés pour bien dimensionner le poste

Si l'enquête montre que construire les contours du poste en fonction aussi bien des besoins et contraintes du public cible que des besoins prioritaires sur le territoire est un levier important pour faciliter le travail des médiateurs en santé (préconisation 17), elle a également mis en évidence de nombreux freins au travail des médiateurs en santé, qui tiennent à une mauvaise prise en compte des contextes d'implantation du poste.

En effet, chaque territoire possède des contraintes et problématiques spécifiques. Par exemple, la problématique de mobilité sera prépondérante dans un milieu rural faiblement outillé en transport en commun ; un territoire urbain en périphérie de ville a de plus forte chance de présenter un nombre important de personnes allophones ; certains secteurs sont plus concernés par la désertification médicale que d'autres ; ou encore certains territoires font face à une crise du logement très importante. Selon le territoire et les caractéristiques du public, chaque déterminant de santé impacte plus ou moins fortement la santé des habitants du secteur.

Un médiateur en santé exerçant dans un territoire urbain verra son travail plus ou moins facilité selon la présence de permanences d'organismes de santé (de type CPAM, MSA, etc) au sein du quartier ou secteur dans lequel il exerce. La couverture des services publics sur son territoire ; les liens de proximité et/ou de solidarité entre les différentes structures collectives de la société existants sur son territoire (structures associatives, services publics, organismes de santé, collectifs d'habitants, etc) sont également des facteurs pouvant faciliter l'exécution des missions du médiateur en santé.

De nombreux territoires bretons sont concernés par la désertification médicale ou à minima un offre médicale restreinte, insuffisante pour répondre rapidement aux besoins de la population. Cette faible démographie médicale complique l'obtention de RDV (auprès des médecins généralistes comme des différents médecins spécialistes), induit une saturation du secteur du soin et cause des délais de RDV extrêmement longs : « *la saturation de certaines spécialités médicales et donc la difficulté à prendre des RDV : dentaire, psychiatrie, CMP.. et donc liste d'attente [importante]* » (MS). Ces deux paramètres participent à réduire l'accès aux soins, particulièrement des publics en situation de précarité et/ou stigmatisés et des publics présentant des difficultés de mobilité. Si l'incompatibilité entre des difficultés de mobilité et une faible démographie médicale paraît assez évidente (la faible démographie médicale pousse à obtenir un RDV à distance de son lieu de résidence), le lien entre faible démographie médicale et public en situation de précarité et/ou stigmatisé l'est un peu moins. La faible démographie médicale conduit les professionnels à réaliser une politique du « tri des patients » (Belorgey, 2021; Reboul & Caroly, 2023), pouvant résulter en un évitement des patients présentant des situations trop complexes (polyopathologies chroniques par exemple, plus fréquemment rencontrées chez des personnes cumulant les vulnérabilités sociales et médicales), ou en des refus de soins en cause d'une mauvaise prise en

compte des spécificités et contraintes des publics en situation de vulnérabilité (pratique du blacklistage²⁰ par exemple). La médiation en santé, même si elle participe à sensibiliser les professionnels aux spécificités des publics et peut permettre de trouver des solutions concernant les problématiques de mobilité, ne constitue pas, à elle seule, une solution face aux difficultés liées à la démographie médicale. A cela peut s'ajouter, comme conséquences de la tension du secteur de la santé induite, entre autres, par cette faible démographie médicale, des représentations et des stigmatisations de certains publics, notamment en situation de précarité « *ici, seulement 4 médecins sont bienveillants envers les personnes en situations de précarité* » (MS) ; qui diminue un peu plus encore le nombre de professionnels accessibles pour les personnes concernées et donc constituent un frein supplémentaire à l'exercice du médiateur en santé.

La spécificité des milieu ruraux, pour lesquels une problématique de mobilité aura un impact peut-être plus important qu'en ville (il faut parfois réaliser 40 km pour pouvoir consulter un professionnel de santé) est également à prendre en compte. Le milieu rural implique pour les médiateurs en santé, pairs ou non pairs, de réaliser de nombreux déplacements qui constituent alors une grande partie de leur activité. Ils représentent un temps de travail important, que ce soit pour réaliser des accompagnements physiques des personnes vers les structures de soins ou les services publics qui sont éloignés du lieu de résidence, ou bien pour rencontrer des partenaires. Les déplacements peuvent être chronophages et réduisent la disponibilité du médiateur en santé pour l'accompagnement de nouvelles personnes. La file active du médiateur en santé doit tenir compte de cette spécificité : « *C'est-à-dire qu'un médiateur en santé en ruralité ; à côté d'un hôpital ou bien en ville ou y'a tous les spécialistes, c'est rien à voir. Ça c'est la particularité des postes en ruralité, [...] moi à [ville milieu rural], y'a rien, donc ça, ça me prend beaucoup de temps* » (MS – milieu rural). De plus, la période hivernale peut venir compliquer le travail des médiateurs en santé exerçant en milieu rural (verglas, neige) compte-tenu du nombre important de déplacements nécessaires à leur activité.

Ainsi, la prise en compte de la situation géographique, des ressources et contraintes du territoire d'exercice du médiateur en santé permettra d'éviter de surdimensionner le poste, en évitant qu'un seul et unique équivalent temps plein (ETP) ne couvre un secteur géographique trop important : « *d'autant qu'en ruralité, comme on est éloigné de tout, on passe un temps fou sur la route avec les usagers et ça, fin voilà, quand les gens de [Ville des financeurs] me parlent de gérer 19 communes, bah moi ça me fait rigoler, parce que c'est pas gérable en fait* » (MS – milieu rural).

Si les spécificités des territoires sont à prendre en compte dans la définition des contours du poste, les spécificités du public cible sont tout aussi importantes. En effet, l'exercice de la fonction de médiateur en santé

²⁰ Pour un exemple fictif de pratique du blacklistage (construite à partir de témoignages de travailleurs sociaux et des entretiens avec les enquêtés) : une personne sortant de rue et étant hébergée dans une structure obtient un premier RDV chez un dentiste un lundi matin dans 3 mois. Ayant de nombreuses contraintes, n'ayant pas encore récupéré ses repères chronologiques, ne possédant pas d'agenda électronique, étant prise dans des démarches administratives chronophages et énergivores, elle oublie de se rendre à son RDV (3 mois plus tard). Son référent social souhaite reprendre un RDV, mais, ayant fait perdre un créneau au professionnel, créneau qui auraient pu profiter à quelqu'un d'autre, dans un secteur dentaire sous tension à cause de la faible démographie médicale, il se voit refuser de reprendre un nouveau RDV dans ce cabinet pour la personne accompagnée.

sera différent selon qu'il accompagne une majorité de personnes exilées, de personnes en situation de précarité, de personnes en situation d'addiction, de personnes rencontrant des difficultés de mobilité, de personnes résidant en centre-ville ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, de femmes ayant subies des violences conjugales, etc... « *Comme [il existe en Bretagne] une médiatrice en santé avec les gens du voyage, je pense que c'est encore un autre métier* » (MS).

Le travail d'un médiateur en santé travaillant dans un territoire au sein duquel un nombre important de personnes allophones résident sera largement facilité par la possibilité d'avoir accès aux services d'interprétariat tels que ceux proposés par le réseau Louis Guilloux (physique et téléphone) ou par ISM Interprétariat (téléphonique) : « *sans cela impossible de s'assurer des besoins de la personne, de s'assurer qu'elle a bien compris les explications médicales ... etc* » (MS - dispositif santé-précarité). Il convient, pour un poste de médiation en santé sur un tel territoire de prévoir une enveloppe budgétaire pour assurer l'utilisation de ces services.

Ainsi, la prise en compte des problématiques et contraintes du public cible - qui, selon le public, peuvent être plus ou moins importantes, et donc nécessiter plus ou moins de temps de travail - couplé aux ressources disponibles et contraintes existantes sur le territoire d'exercice du médiateur en santé, permettra d'éviter de surdimensionner le poste, en évitant qu'un seul et unique ETP ne couvre une file active trop importante : « *Il y a beaucoup de demande donc c'est compliqué d'être seule en tant que médiatrice [sur ce poste]* » (MS – milieu urbain).

La définition des contours du poste de médiateurs doit donc prendre en compte les contraintes et les ressources présentes sur son territoire d'implantation, ainsi que les problématiques et contraintes des personnes cibles et ne peut se limiter à une copie d'un poste de médiateur en santé implanté sur un autre secteur, au risque de le rendre inefficace.

Une bonne connaissance de son territoire et un poste réfléchi et construit en prenant en compte les ressources et contraintes du territoire d'action ainsi que les problématiques et contraintes des personnes cibles permettra au médiateur en santé d'agir au mieux sur les différents déterminants de santé impactant la santé des publics cibles sur son territoire d'action.

Préconisation 21 : Prendre en compte les spécificités du territoire d'exercice du médiateur en santé, ainsi que les spécificités du public cible pour dimensionner le poste de manière à protéger la santé au travail du médiateur en santé. Eviter de surdimensionner le poste au regard d'un territoire géographique trop important. Eviter de surdimensionner le poste au regard d'une file active trop importante.

Enfin, il existe des freins importants à l'activité des médiateurs en santé, concernant des déterminants de santé d'ordre structurels et systémiques sur lesquels la médiation en santé n'aura que très peu de marge de manœuvre, voire pas du tout. C'est par exemple le cas des difficultés d'accès au logement dans certaines villes faisant face à une importante crise du logement, ou les renoncements aux soins ainsi qu'aux droits de personnes suite aux craintes et tensions induites par les nouvelles politiques sur l'immigration (retours volontaires au pays, crainte d'aller aux guichets de la sécurité sociale...). Ainsi, les contextes politiques et socioéconomiques qui évoluent au grès des gouvernements successifs influent sur un certain nombre de déterminants de la santé sur lesquels les médiateurs en santé n'auront que peu de prise. Il est important de garder en mémoire que la médiation en santé, seule, ne peut agir sur tous les problèmes et particulièrement les déterminants de la santé qui sont directement dépendants des contextes socioéconomiques et/ou politiques.

Préconisation 22 : La médiation en santé ne peut, seule, influencer sur les déterminants de santé structurels inhérents aux contextes socioéconomiques et/ou politiques.

V. Assurer un soutien au médiateur en santé recruté

La médiation en santé, qu'elle soit paire ou non, est pour l'instant une fonction peu répandue. Les missions et contours de poste sont divers et variés, tant parce que ce métier est encore peu courant, que par la diversité des publics accompagnés et des territoires d'action.

Il est important de soutenir le médiateur en santé, particulièrement en début de prise de poste, et d'autant plus si celui-ci est non expérimenté, afin de l'accompagner dans la priorisation des situations accompagnées ; de faciliter son intégration dans l'équipe ; et d'éviter que sa charge de travail ainsi que sa charge émotionnelle et mentale soient trop importantes.

Il faut garder à l'esprit que le travail de médiateur en santé, qu'il soit pair ou non, est un travail pouvant être pressurant (il faut être disponible au bon moment et réactif), et pouvant impacter la santé mentale des professionnels « *on n'entend pas que des jolies choses dans la journée* » (MS). Il est donc indispensable de prévoir des temps d'échange informels (pour « décharger ») et des temps plus formels, pour s'assurer de la bonne santé mentale du ou des professionnels.

Pour ce faire, en début de prise de poste, des entretiens individuels et/ou consultations peuvent être réalisés en binôme avec le médiateur en santé, lui permettant ainsi d'appréhender les postures et pratiques de ses collègues ainsi que les profils des publics accompagnés. Tout au long de sa pratique, des supervisions peuvent être réalisées et des points réguliers peuvent être faits, en équipe, sur les situations qu'il accompagne (avec par exemple une fréquence qui diminue au fil du développement de son expérience professionnelle en tant que médiateur en santé) :

« *au début y'a eu un besoin d'un pilotage, d'une guidance [...] y'a eu un besoin un peu de temps d'échange entre responsables du projet et [médiateur] pour dire "bon bah qu'est-ce qu'on prend,*

qu'est-ce qu'on prend pas ?", pour éviter aussi qu'elle se noie dans toutes les demandes, et comment on va prioriser. Donc ça, ça a été important en fait d'avoir des temps d'échange réguliers, avec elle, qui sont des temps d'accompagnement sur son métier. Alors au début c'était hebdomadaire [...] puis après ça s'est égrainé [...]. Et donc la supervision, ouai, par les responsables politiques de la structure et éventuellement les responsables administratifs, ça me semble un point central, surtout pour la professionnelle, la médiatrice ou le médiateur. Pas d'être lâché dans la nature, tout seul. Qui favorise pas non plus la collaboration quoi. [...] c'est aussi à ce responsable de la prendre par la main, de l'amener, de l'intégrer, de l'accompagner, à la fois parce que le métier de médiation n'est pas connu et à la fois parce que le milieu de la santé, on se connaît entre nous, on se connaît entre profession, et puis là, vous ne connaissez ni la personne ni la profession, c'est un peu l'inconnu quoi » (Psanté).

Si ces préconisations peuvent plus facilement être réalisées dans une équipe constituée de salariés, une vigilance accrue est à garder lorsque l'équipe recruteuse s'inscrit dans un contexte de travail libéral. Il sera alors important de dégager du temps RH ou du temps d'encadrement et d'accompagnement du médiateur en santé. Particulièrement dans ce dernier contexte de travail, il pourra être utile de recruter quelqu'un d'autonome ainsi qu'une personne étant suffisamment à l'aise pour s'affirmer face à des professionnels de santé (rapport de domination, division du travail médical et hiérarchie (Jounin & Wolff, 2006; Picot, 2005)): « *Immersion dans un contexte professionnel libéral, qu'elle méconnaissait et qui a pu la déstabilisée. Et puis tous les collègues sont pas quand même supers cools quand tu arrives de l'extérieur etc, donc y'a un peu besoin de s'affirmer etc* » (Psanté).

Pour rappel, recruter un médiateur en santé pair nécessite un temps de travail collectif en équipe important autant en amont du recrutement qu'après celui-ci pour s'assurer de la bonne intégration du médiateur pair et de sa bonne santé au travail. Un contexte de travail ne permettant pas aux professionnels de dégager du temps pour accompagner à la prise de poste et durant la pratique, comme un contexte de travail libéral, n'est pas favorable au recrutement d'un profil de médiateur en santé pair :

« Quand je te parlais d'autonomie, [...] on est des professionnels de santé qui gérons notre propre structure mais qui n'avons pas de temps RH dégagé pour pouvoir accompagner les personnes. [...] Mais sinon on est pas rémunérés pour ça puisqu'on est sur une rémunération [à l'acte], toujours. Voilà. Alors ça se développait, mais du coup on avait pas ce temps pour accompagner et former, développer etc. Et l'idée c'est qu'on était sur un appel à projet, qu'on voulait quelqu'un d'opérationnel assez rapidement, et que on était pas sur quelqu'un qui, on avait pas le temps on va dire de donner du temps » (Psanté- structure santé dont la majorité des professionnels exercent en libéral).

Préconisation 23 : Soutenir le médiateur en santé, particulièrement en début de prise de poste et dégager du temps RH pour des supervisions régulières.

La majorité des équipes ayant recruté un médiateur en santé, qu'elle soit une équipe du secteur social, du secteur de la santé, de forme associative, un regroupement des professionnels libéraux, ou encore un dispositif santé-précarité ; qu'elles aient recruté un médiateur en santé pair, ou non pair, ayant des profils plutôt fléchés « social » ou « sanitaire » ; réalisent des analyses de pratiques à des fréquences plus ou moins élevées, animées par un intervenant extérieur. D'après les médiateurs en santé, ces analyses de pratiques sont précieuses pour leurs activités :

« Outil indispensable surtout quand on est une petite équipe. Cela aide à prendre du recul, de la hauteur face à certaines situations complexes » (MS – structure sociale) ;

« J'ai la chance de pouvoir participer à la concertation psychologique organisée par mon association, à destination des pro de santé de l'asso et de ses salariées, qui permet de nous questionner collectivement sur la/ les postures que nous adoptons dans une situation précise, et de chercher comment mieux faire » (MS – structure santé).

Comme l'indiquait déjà en 2017 la Haute autorité de santé, les médiateurs en santé sont amenés à devoir prendre du recul vis-à-vis des situations qu'ils accompagnent : « l'analyse de la pratique, accompagnée d'un psychologue (ou autre professionnel compétent) apparaît importante pour avoir une posture juste et équilibrée, garder la distance appropriée » (HAS, 2017). Mais cette dernière recommandait de réaliser ces analyses de pratiques entre pairs, c'est-à-dire entre médiateurs et médiatrices en santé. En Bretagne, il n'existe pour l'instant pas de réseau de médiateurs en santé formalisé. Il pourrait être intéressant de le construire, et que la participation à ces analyses de pratique puisse être financée (voir VII.4).

Préconisation 24 : Systématiser des analyses de pratiques, animées par un intervenant extérieur, au sein de l'équipe.

L'enquête a montré que rencontrer individuellement chacun de ses collègues, en début de prise de poste, était un des éléments facilitant l'intégration du médiateur en santé nouvellement recruté. Ces rencontres permettent autant au médiateur en santé qu'aux collègues de comprendre les missions et rôles respectifs de chacun afin de faciliter les orientations des personnes accompagnées dans les deux sens. Cette étape est particulièrement importante dans deux contextes de travail particulier : le travail en équipe pluriprofessionnelle et le travail dans une « équipe » majoritairement composée de professionnels libéraux.

Préconisation 25 : Rencontrer et échanger avec chacun des collègues, en début de prise de poste (pour présenter les missions de chacun), particulièrement en contexte de travail pluriprofessionnel et/ou en contexte de travail majoritairement libéral.

Les différentes expériences d'intégration de médiateurs pairs en santé ou de travailleurs pairs dans des équipes - qu'elles soient sociales, de santé ou spécifiques au domaine de la santé-précarité - montrent que s'il est possible de recruter des personnes souffrant de différentes fragilités, celles-ci sont rétablies au moment de leur recrutement. De plus, l'équipe recruteuse prépare son intégration et est disponible pour être un soutien et une ressource lorsqu'il y a besoin. L'une des structures enquêtées a pu expérimenter un premier recrutement qui a mis en difficulté le médiateur en santé. Ainsi la personne a, d'après les professionnels l'ayant recruté, éprouvé des difficultés à prendre du recul vis-à-vis de la souffrance que pouvaient lui exprimer les personnes accompagnées : « Avec un positionnement professionnel assez difficile à trouver pour elle entre apporter du soutien, mais pas être dans la thérapie. Et puis se sentir investie mais pas se sentir envahie. Qui est une posture de soin en fait. Et en fait, ça l'a complètement déstabilisé » (Psanté). Il faut donc veiller à, soit recruter une personne ayant déjà une posture lui permettant de prendre ce recul, soit prévoir un temps d'accompagnement par les professionnels de l'équipe et ainsi s'assurer de la disponibilité d'un certain nombre des membres de l'équipe, à l'image de ce qui peut être réalisé lors d'un recrutement de travailleurs pairs (Rey, 2022b). Une vigilance accrue est donc de mise, particulièrement pour les structures dans lesquelles les professionnels exercent en libéral.

Préconisation 26 : S'assurer d'avoir des professionnels disponibles pour accompagner le médiateur en santé dans sa prise de poste, particulièrement si l'équipe repose sur un exercice libéral.

VI. Un important travail des liens partenariaux

L'enquête montre que l'un des principaux freins à l'activité de médiation en santé est la méconnaissance de cette fonction par les professionnels des secteurs social, sanitaire et médico-social.

Les professionnels de la santé, particulièrement les professionnels libéraux et hospitaliers, ne connaissent pas (ou peu) cette fonction, qu'elle soit paire ou non, et lorsqu'ils en prennent connaissance peuvent ne pas la reconnaître comme une fonction soignante, particulièrement si elle est exercée par un médiateur en santé ayant un profil social ou pair :

« Il est très, très rare que la médiation en santé ne soit pas reconnue comme un poste de travailleur médico-social à placer en dehors du "cercle de soins" ou du cercle de confiance » (MS) ;

« les hospitaliers ne connaissent pas la médiation en santé » (MS) ;

« Il faudrait plus de communication notamment auprès des professionnels de santé en dehors du réseau santé-préca : hospitaliers, spécialistes, libéraux » (MS & PSanté & Psocial).

Cette méconnaissance engendre un mauvais usage de la médiation en santé ou une mobilisation du médiateur en santé pour des motifs en dehors de son champ d'intervention. C'est par exemple le cas de cette médiatrice

en santé, qui nous raconte qu'un médecin libéral de son territoire fait appel à elle pour qu'elle aille récupérer ses patients qui rencontrent des difficultés de mobilité et les amène à son cabinet : « *autant, faire un accompagnement global, j'ai toute ma place ; autant, accompagner des gens pour uniquement les véhiculer, là, je suis pas d'accord* » (MS) ; ou bien de cette autre médiatrice en santé qui se voit obligée de nommer son poste d'une autre manière que « médiatrice en santé » pour que sa fonction soit mieux comprise et acceptée par les professionnels de santé. En effet, lorsqu'elle se présentait en tant que médiatrice, elle était sollicitée par ces derniers pour régler des litiges concernant la sécurité sociale. Afin de lever l'ambiguïté, elle utilise maintenant le terme de « coordinatrice du parcours de soin » lorsqu'elle s'adresse à des professionnels de la santé.

Si dans le travail social cette fonction est un peu mieux connue, il n'en reste pas moins qu'elle peut ne pas être appréciée à sa juste valeur et susciter de la méfiance, des réticences, voire du rejet. En effet, celle-ci - par sa proximité avec les missions du travail social : « *c'est acquis dans le travail social que dans le travail social, on fait de la médiation santé* » (Psocial) - peut-être perçue comme une fonction concurrente à celles de ce secteur, particulièrement si le poste de médiateur en santé est intégré dans une structure de santé, comme nous l'exprime ce médecin d'une équipe ayant recruté un médiateur en santé qui nous décrit les tensions que la création du poste a pu induire entre la structure de santé et les professionnels sociaux du territoire d'implantation :

« *ils avaient le sentiment que nous, acteurs de santé, on obtenait des financements pour créer des postes d'équivalent sociaux, et qu'eux, en fait, étaient plus en difficulté pour avoir des postes et des personnes en face des lignes. Et que du coup, ils voyaient ça un petit peu comme une approche concurrentielle. Donc il a fallu discuter, en prenant compte de leur turn-over* » (Psanté – structure santé).

Certains médiateurs en santé indiquent que la légitimité de la médiation en santé reste tout de même questionnée par certains travailleurs sociaux, puisqu'ils et elles la décrivent comme « *partiellement reconnue* » par les travailleurs sociaux (MS).

Cette méconnaissance de la médiation en santé, à la fois de la part des professionnels du social et des professionnels de la santé vient du manque de sensibilisation et d'information lors des formations en médecine et travail social d'une part ; ainsi que d'un manque de promotion et visibilisation de cette fonction d'autre part (voir préconisations 36 et 37 – Dans les formations initiales de médecine et de travail social - I.1).

Cependant, pour lever cette difficulté, le médiateur en santé peut rencontrer, en début de poste, les professionnels et acteurs de la santé, du social et du médicosocial, ainsi que les structures associatives de son territoire.

Il pourra ainsi, outre se présenter aux partenaires de son territoire, expliquer sa fonction, clarifier son rôle, ses missions, la manière dont il peut être sollicité et ainsi rassurer les professionnels qui seraient réticents ou méfiants. Cela permet également de clarifier, voire de déterminer avec les acteurs locaux, le périmètre d'action de la médiation en santé pour veiller à sa bonne articulation avec les acteurs déjà installés sur le territoire :

« Finalement dans l'accompagnement, ça fait partie du travail social. Donc si on crée cette fonction-là, c'est vrai qu'il faut la penser en complémentarité avec ce qui se fait déjà quoi » (Psocial).

De plus, ces premiers échanges constituent une première opportunité de créer du lien voire de créer des partenariats avec les acteurs locaux. Cette médiatrice en santé salariée d'une structure santé nous explique ce que lui a permis ces rencontres :

« Cela a créé un vrai socle de soutien et d'orientation pour le poste de médiation, qui fait de sa pratique quelque chose de fluide et, je pense, de rassurant pour les patients. Par exemple, connaître l'assistance sociale de Mme P pour avoir déjà travaillé avec elle, disposer de son numéro et pouvoir la joindre facilement [en présence de] Mme P, permet d'aller rapidement au cœur des problématiques et de démontrer qu'on travaille ensemble, toutes les 3, dans un but commun, et en bonne intelligence » (MS – structure santé).

Lors de la demi-journée de travail du 5/12, les participants ont proposé que ces rencontres ne se fassent pas uniquement entre professionnels du territoire et médiateurs en santé, mais que des professionnels collègues du médiateur en santé se joignent à ces rencontres. Selon eux, cela permet de « montrer que la médiation en santé est un travail d'équipe et [de] plus de légitimité au poste » (GT du 5/12).

Préconisation 27 : Rencontrer en début de poste, tous les partenaires potentiels, acteurs du social, du médicosocial, acteurs de la santé, et structures associatives du territoire – pour clarifier le périmètre d'action et des missions de la médiation en santé. Ces rencontres peuvent être réalisées par le médiateur en santé, par ses collègues, ou par un binôme médiateur en santé / collègue.

Un des leviers révélés dans cette enquête pour favoriser la sensibilisation des professionnels de la santé au sujet de la médiation en santé est la sensibilisation réalisée par les pairs, c'est-à-dire d'autres professionnels de santé. En effet, étant donné l'entre-soi médical et le cloisonnement du secteur, il peut être difficile pour une profession non reconnue comme appartenant au corps médical, d'entrer en contact avec, par exemple, un médecin. Aussi, si le médiateur en santé est intégré dans une structure médicale, ses collègues médecins peuvent profiter de leur propre légitimité auprès de leurs pairs pour présenter le rôle et les missions du médiateur en santé. Il bénéficiera alors d'une écoute plus attentive et d'une légitimité plus assurée que le médiateur en santé.

Face à ce constat, lors du groupe de travail du 5 décembre, les professionnels se sont opposés au sein de deux prises de position différentes :

- Une position regrettant qu'une telle préconisation puisse valider la hiérarchie actuelle existante au sein des métiers de la santé (validant les rapports de domination et des rapports de pouvoir au sein des profession médicale) qu'eux-mêmes tentent de déconstruire

- Une position basée sur l'expérience reconnaissant l'utilité de l'intervention du médecin pour faciliter la relation partenariale entre médecins du territoire et médiateurs en santé et pour faciliter la reconnaissance du métier de médiateur en santé

Préconisation 28 : Afin de faciliter le travail du médiateur en santé, ses collègues médecins (s'il y en a) peuvent participer à la présentation de son rôle et de ses missions auprès des professionnels de santé du territoire car ils bénéficieront d'une plus grande légitimité accordée par ces derniers (par un mécanisme de reconnaissance entre pairs).

Développer des partenariats et créer du lien avec les acteurs sociaux, médicosociaux, sanitaires et structures associatives du territoire font partie intégrante des missions des médiateurs en santé. En effet, le présent travail montre que le développement d'un réseau de professionnels local est une ressource importante pour les médiateurs en santé, à la fois pour obtenir des informations et des conseils ; pour pouvoir orienter les personnes en fonction de leurs problématiques ; ou encore pour que les partenaires locaux leur orientent des personnes : *« le travail avec l'ensemble des professionnels pouvant donner conseil ou constituer un soutien pour les personnes accompagnées est essentiel!! »* (MS en santé – structure santé) ; *« un travail partenarial avec les différents acteurs du territoire [qui facilite le travail] »* (MSP – dispositif santé-précarité).

Ainsi, de manière évidente les médiateurs en santé exerçant dans des structures de santé développent des liens avec des professionnels du social et des structures associatives à même d'accompagner les personnes sur certaines démarches administratives ou répondant à des besoins spécifiques :

« Les travailleurs sociaux sont extrêmement précieux dans de nombreux accompagnements ; des liens "anciens" depuis 2020 sont toujours là, et de nouveaux se créent en fonction des nouvelles arrivées » (MS – structure santé) ;

« Travailler en lien avec les associations du territoire qui font de l'accompagnement administratif » (MS – structure santé).

Aussi, l'accessibilité et la disponibilité des travailleurs sociaux du territoire ainsi qu'être ancré dans un territoire « actif » en proximité, sont apparus dans cette enquête comme des leviers importants facilitant le travail des médiateurs en santé :

« Le quartier est doté d'un centre social, d'un CDAS, d'un CCAS et d'une antenne de la mission locale dans le même espace social commun. Cela est très facilitant et la sollicitation des travailleurs sociaux de chaque structure est fluide et facile » (MS – structure santé) ;

« La proximité. Avoir un espace social commun conséquent : mission locale, centre social, CDAS, CCAS, qui sont très à l'écoute et des asso socio-culturelles à l'écoute des habitants » (MS – structure santé).

Un territoire actif et bien doté en structures collectives et structures associatives permet également aux médiateurs en santé de pouvoir plus facilement répondre à des besoins spécifiques :

« *La diversité des besoins des personnes pour améliorer ou maintenir leur santé globale permet de travailler avec de très nombreuses structures, à des intensités différentes bien sûr, et d'en découvrir lorsqu'on recherche quelque chose de précis et rare (ex : [...] pour répondre à un souhait de pratique psychocorporelle chez une personne ayant peu de moyens financiers)* » (MS – structure santé).

De manière évidente également, les médiateurs en santé exerçant leurs activités au sein de structures sociales, développent un fort réseau partenarial – ou tente de le développer – auprès d'acteurs du soin, qu'ils qualifient alors « *d'indispensables* » : « *nous avons un réseau partenarial de plus de 300 professionnels de santé* » (MS – structure sociale). Ces liens se développent pour certains médiateurs en santé, pairs ou non pairs, avec l'hôpital, les pharmacies (pour des mises à jour de carte vitale, par exemple), auprès de médecins libéraux, de médecins spécialistes, de cabinets infirmiers, de professionnels paramédicaux, mais également de structures spécialisées : « *auprès des médecins qui désormais pour certains nous orientent directement des personnes / que ce soit du secteur public ou privé / professionnels : médecins, paramédical (kiné, orthophoniste...), CMPP (participation aux synthèses), spécialistes, cabinets infirmiers* » (MS – structure sociale). La proximité de ses acteurs apparaît donc comme un levier facilitant le travail des médiateurs en santé.

Mais les médiateurs en santé exerçant en structures de santé éprouvent également le besoin de créer des relations partenariales auprès de professionnels du soin du territoire (autres que ceux de la structure), tels que les cabinets infirmiers, les hôpitaux, les structures santé-précarité tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), etc. De même les médiateurs exerçant en structures sociales ou structure santé-précarité, développent également des liens forts avec les professionnels sociaux et médicosociaux de leurs territoires, « *nous travaillons beaucoup avec les professionnels du social car la santé fait partie intégrante de l'accompagnement personnalisé de la personne. Il y a souvent des rencontres tripartites avec la personne pour travailler sur son projet en fonction de sa santé : capacités, incapacités, réorientation ...* » (MS – structure sociale).

Ainsi, les liens de partenariats que tissent les médiateurs en santé avec les acteurs de leurs territoires, autant avec les professionnels de la santé que les professionnels du social, leur permet, outre de trouver des solutions à des besoins spécifiques et de pouvoir orienter les personnes en fonction de leurs problématiques; de travailler avec des partenaires bénéficiant d'une expertise sur un public particulier, comme par exemple les CADA (Centres d'accueil pour demandeurs d'asiles) et les CPH (Centres provisoires d'hébergement) pour les publics exilés, les chantiers d'insertion, les structures d'insertion par l'emploi et les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) pour les publics souhaitant travailler à leur insertion sociale, les PMI (protection maternelle et infantile) pour les publics ayant des besoins liées à la parentalité, etc. Ce travail partenarial leur permet également d'accélérer les repérages de certaines problématiques ; de réaliser des actions communes tels que

Enquête et préconisations pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne (FAS Bretagne & ARS Bretagne) 76

des entretiens individuels, des consultations, ou encore des visites à domicile communes ; ou encore, si leur file active le leur permet, de réaliser des orientations mutuelles. En contrepartie, les médiateurs en santé peuvent, à leur tour, être sollicités par leurs partenaires locaux pour des conseils grâce à leur expertise d'un public ou d'un territoire : « *Après des partenaires locaux qui n'hésitent pas à [nous] solliciter pour avoir une expertise sur le volet médical dans certaines situations ou avoir des conseils d'orientation* » (MS).

Enfin, les acteurs de santé de type institutionnels, tels que les professionnels des CPAM, des MSA, ou des organisations de coordination comme les DAC, peuvent également être des ressources lorsque ceux-ci sont présents en proximité du lieu d'exercice du médiateur en santé et acceptent de créer un lien de partenariat avec ce dernier, pouvant même aboutir, outre un contact privilégié pour assurer l'accompagnement individuel des personnes, à l'ouverture de permanences de ces acteurs (particulièrement la CPAM) au sein des structures d'exercice des médiateurs en santé. Cependant l'un des freins évoqués à l'établissement de ces partenariats, particulièrement avec l'acteur de santé qu'est la CPAM est la difficulté à établir des liens de partenariats : « *Nous sommes toujours en négociation par exemple avec la CPAM de notre secteur, pour que j'ai accès à un numéro "partenaire", qui permet de démêler des situations très complexes par téléphone sans passer par leur numéro général ou une agence* » (MS).

L'enquête montre l'importance de la création de ces liens partenariaux.

Aussi, s'ils sont à créer dès le début de la prise de poste, il paraît primordial de les maintenir dans la durée. Pour cela, il est recommandé de réaliser des rencontres régulières, notamment avec les acteurs du secteur social. En effet, l'instabilité du secteur social, illustrée par le turn-over important et fréquent des travailleurs sociaux sur les structures, ne facilite pas le maintien d'un tel lien. Le perpétuel besoin de réexpliquer les contours du poste et les missions peut être une activité chronophage.

Préconisation 29 : Maintenir et entretenir le réseau partenarial auprès des différents types d'acteurs du territoire (sociaux, sanitaires, médicosociaux, institutionnels de santé).

Préconisation 30 : Réaliser des rencontres régulières, particulièrement avec les partenaires acteurs sociaux du territoire pour pallier l'instabilité du secteur social (et le turn-over des travailleurs sociaux).

VII. Assurer des bonnes conditions d'exercice au médiateur en santé

VII.1. Quelles conditions de travail matérielles ?

Le présent travail a montré que des conditions matérielles de travail précaires pouvaient être délétères pour la bonne santé au travail du médiateur en santé, mais pouvaient également représenter un frein à l'accompagnement de personnes aux problématiques spécifiques.

S'il paraît plutôt logique de doter le médiateur en santé du matériel bureautique et informatique nécessaire à son activité (ordinateur, téléphone portable, imprimante), ainsi que d'un bureau, il convient tout de même de le rappeler dans ce document ainsi que dans le futur cahier des charges pour s'assurer de son effectivité.

Les participants au groupe de travail du 5 décembre ont souhaité insister sur ce dernier point (Annexe 9) : la mise à disposition d'un bureau pour le ou la médiatrice en santé recrutée. Ainsi, si le médiateur en santé doit être mobile, et pouvoir échanger avec les personnes accompagnées de manière informelle et/ou dans des lieux de leur vie quotidienne, il apparaît tout de même primordial de disposer d'un lieu fixe, tel qu'un bureau, pour recevoir les personnes qui souhaitent discuter dans un endroit intimiste ou de façon plus formelle. De plus, un « bureau à soi » permet également d'offrir au médiateur en santé un lieu calme de repli ou de repos. Pour les médiateurs en santé pairs, ou les médiateurs en santé exerçant dans une équipe de professionnels libéraux, il peut s'avérer plus compliqué de disposer d'un bureau attribué. Il faut alors veiller, selon les participants, à réfléchir en amont du recrutement à une solution pour qu'ils aient accès à un bureau lorsqu'ils en auront besoin.

Il convient également de réfléchir aux spécificités des territoires et des publics accompagnés afin de fournir au médiateur en santé les équipements nécessaires à l'exécution de ses missions, dans de bonnes conditions, à la fois pour lui-même, mais également pour les personnes accompagnées. En effet, comme nous l'explique une médiatrice en santé qui exerce en milieu rural, avoir un véhicule à disposition est indispensable à la bonne réalisation de ses missions :

« *Le fait de pas avoir de véhicule. C'est à dire que moi, quand je dois transporter quelqu'un, faut que je loue un minibus, j'ai que ça que me prête la mairie, que je vais chercher à 20 minutes de marche de mon bureau, je le ramène ici, je fais le déplacement, j'ai 20 minutes de marche pour ramener le véhicule et revenir au bureau, et ça c'est laborieux! ça peut paraître bête comme détail, mais comme je passe beaucoup de temps à véhiculer les gens et bien pour moi, ça c'est un vrai problème dans mon quotidien* » (MS - territoire rural).

Dans cet exemple, le temps passé pour récupérer le minibus au moment de chaque accompagnement physique est du temps qui ne peut pas être mis à profit pour d'autres accompagnements.

Ainsi, si le médiateur en santé exerce en milieu rural ou en zone éloignées des structures de soin, la mise à disposition d'un véhicule lui permettant de réaliser des accompagnements physiques ou tout déplacements intrinsèques à son activité sera nécessaire. Si par exemple, un nombre important de personnes accompagnées au sein du public présentent des difficultés pour se déplacer et sont en situation de handicap, alors prévoir une mise à disposition d'un véhicule adapté PMR sera également primordial.

Préconisation 31 : Fournir ou mettre à disposition du médiateur en santé les équipements nécessaires à l'exécution de son travail (bureau, outils informatiques et bureautiques), et de manière adaptée aux spécificités du territoire et des publics accompagnés (véhicule en territoire rural par exemple).

VII.2. Quel(s) temps de travail ?

Si les travaux précédents enquêtant auprès des médiateurs en santé pairs et travailleurs pairs montrent qu'un temps de travail partiel est préférable à un temps plein (Demailly, 2014; Rey, 2022b), il n'en est pas forcément de même pour les médiateurs en santé non pairs.

En effet, compte tenu du caractère particulièrement intimiste de ce travail pour les médiateurs en santé pairs, qui « demande 1/ de dévoiler régulièrement une partie de son intimité et 2/ de recevoir beaucoup de témoignages concernant les difficultés auxquelles font ou ont fait face les personnes accompagnées – et qui plus est, peuvent avoir une résonance particulière chez le travailleur pair » (Rey, 2022b), ne pas solliciter le travailleur pair sur un temps plein (dès le début de prise de poste) lui permet de se laisser du temps de repos et de recul sur son activité. Le temps partiel est un des leviers les plus importants pour favoriser le bien-être du travailleur pair, tout en permettant une intégration dans l'équipe plus douce.

Néanmoins, les participants au groupe de travail du 5 décembre 2024 (Annexe 9) s'accordent sur le fait qu'il vaut mieux privilégier un temps plein pour le poste de médiation en santé ; mais que les temps partiels peuvent cependant être pertinents, à condition qu'ils soient choisis par les médiateurs en santé, et non pas imposés par l'employeur. Les temps partiels leur paraissaient également pertinents dans le cas de la médiation exercée par les pairs, lorsque le caractère de pairité repose sur une expérience douloureuse qui peut, au fur et à mesure de sa sollicitation, mettre le médiateur en santé pair en difficulté.

Cependant, un temps partiel subit dû par exemple à des financements insuffisants s'avère être un frein à la bonne réalisation des missions de médiation en santé. En effet il peut être insuffisant pour répondre à la demande et au besoin sur le territoire, ou au public accompagné par la structure, créant ainsi une pression, une charge mentale, et une charge de travail importante pour le médiateur en santé, mettant alors en risque sa propre santé au travail. De plus, le temps partiel précarise les professionnels. Par ailleurs, pour la structure proposant le poste, il est plus difficile de recruter une personne à temps partiel qu'à temps plein.

Enfin, certaines structures pourraient faire le choix de proposer un temps partiel à un médiateur en santé, couplé d'une autre fonction au sein de la même structure pour compléter le temps de travail. Il est important de garder en mémoire que la médiation en santé nécessite une disponibilité et une réactivité importante afin de pouvoir répondre rapidement aux sollicitations et de pouvoir accueillir une demande au moment où celle-ci est formulée. Travailler alors dans ces conditions (double fonction sur la structure), avec, de surcroît, un public « dans l'immédiateté », peut mettre en difficulté le médiateur en santé pour la réalisation des tâches incombant à l'une ou l'autre de ses fonctions. De plus, comme le montrent certains participants du groupe de travail du 5

décembre (Annexe 9), le fait de proposer deux missions différentes au sein d'une même structure au médiateur en santé dévalorise le poste de médiation en santé : « *est-ce que tu proposerais ça à un travailleur social ?* » (GT du 05/12/2024).

Le choix du temps partiel peut également découler d'une estimation des besoins : ceux-ci pourraient ne pas être suffisants pour occuper un temps plein. Alors, une mutualisation du poste de médiateur en santé avec une autre structure du même territoire pourrait être envisagée.

Cependant, comme cela a été explicité lors de la séance de travail du 5 décembre (Annexe 9), les tâches et missions qui incombent au médiateur en santé représentent une charge mentale importante. Exercer cette profession sur deux structures différentes représenterait alors un risque pour sa santé mentale. En effet, cela nécessiterait de constituer 2 réseaux de partenaires et d'assister aux temps collectifs de deux équipes différentes, résultant alors en un investissement personnel conséquent et induisant un temps disponible pour ses missions d'autant plus restreint (les temps collectifs des deux équipes empiétant alors sur les missions de médiation en santé).

Il convient alors de privilégier des temps pleins dans une seule et même structure pour les postes de médiateurs en santé. Des temps partiels peuvent être cependant proposés, si ceux-ci sont pensés pour protéger la santé au travail des médiateurs en santé, pairs ou non pair, et/ou s'ils émanent d'une demande du salarié (meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle par exemple).

Préconisation 32 : Privilégier les temps pleins réalisés au sein d'une seule et unique structure pour les postes de médiateurs en santé. Des temps partiels peuvent paraître pertinents dans deux cas de figures : 1/ lorsqu'il est sollicité par le ou la médiatrice en santé et 2/ dans le cas d'une médiation en santé exercée par un pair lorsque le caractère de parité repose sur une expérience douloureuse dont la sollicitation récurrente peut potentiellement mettre le médiateur en santé pair en difficulté.

VII.3. Quel salaire ?

L'enquête par questionnaire montre, en Bretagne, une importante disparité des salaires d'un poste de médiateur en santé à l'autre puisque les salaires (ramenés à un temps plein) des médiateurs en santé ayant répondu au questionnaire s'échelonnent de 1427 euros à 2600 euros nets mensuel. La médiane se situe à 1900 euros net mensuel, pour un temps plein ; ainsi, sur l'échantillon de médiateurs et médiatrices en santé en Bretagne ayant répondu au questionnaire, la moitié ont une rémunération inférieure à 1900 euros nets mensuel et l'autre moitié à une rémunération supérieure à celle-ci.

Un salaire bas est cause de précarisation, d'insatisfaction personnelle, et ne permet pas la « fidélisation » du professionnel sur le poste : « *en fait par rapport aux responsabilités que j'ai, au temps que je passe, aux week-ends sacrifiés et tout, je trouve que c'est pas cher payé. [...] ça aussi c'est une raison [de partir]* » (MS).

Selon les participants au groupe de travail du 5 décembre 2024, un « *salaire décent* » participerait à la valorisation de ce métier, ainsi qu'à l'atténuation des hiérarchies entre les professionnels d'une même structure, tout du moins entre le médiateur en santé et d'autres professionnels de la même équipe (Annexe 9). En l'absence d'une grille nationale qui fixerait les salaires, les participants constatent que chaque structure peut fixer le salaire qu'elle souhaite pour les médiateurs en santé ; ce qui peut, selon les participants, être générateur de tensions et, si le salaire est trop bas, participer à la dévalorisation de celui-ci, c'est-à-dire considérer le médiateur en santé comme un « *sous-travailleur social* » ou un « *sous-infirmier* » (MS).

Aussi, certains participants se sont accordés pour considérer que la rémunération d'un médiateur en santé doit être réalisée selon le même échelon que les travailleurs sociaux ou les infirmiers de la structure dans laquelle il travaille, pour qu'il leur soit ainsi proposé le même niveau de rémunération. Le fait qu'il ne soit pas rémunéré à un échelon inférieur à ces postes participerait à la légitimité de celui-ci et donc à la valorisation de ce poste.

Préconisation 33 : Dans la mesure du possible, les médiateurs ou médiatrices en santé intégrées dans des équipes doivent percevoir un niveau de rémunération équivalent aux travailleurs sociaux et/ou infirmiers salariés dans la structure.

VII.4. Quels liens entre pairs, du même groupe professionnel ?

Il existe ou a existé plusieurs réseaux de médiateurs en santé, pairs ou non.

Un chez soi d'abord France anime son propre réseau de médiateurs en santé pairs, au niveau national, qui se réunit mensuellement. Ce réseau est considéré comme aidant par les médiateurs en santé pairs, puisqu'ils peuvent y trouver de l'aide de leurs pairs pour démêler des solutions, et y trouvent du soutien en cas de besoin (par exemple lorsque confrontés au décès d'une personne accompagnée). En sommes, ce réseau leur permet de partager leurs expériences et leurs pratiques, d'échanger sur leurs difficultés et d'y trouver conseils et soutien : « *ça permet un partage d'expérience sur nos pratiques à nous. On voit bien qu'on est confrontés aux mêmes problèmes et avoir une solution un peu innovante, on est content de l'avoir. Et vice versa quand quelqu'un a besoin d'aide* » (MSP).

Les médiateurs en santé pairs participent également au réseau de pairs-aidants bretons, animés par la FAS Bretagne, qui réunit travailleurs pairs, médiateurs en santé pairs, et pair-aidants bénévoles. Ce réseau est jugé « *pertinent* » selon l'une des médiatrices en santé paire enquêtée.

Côté médiateurs en santé non pairs, les réseaux sont moins formalisés.

Des expériences regroupant les médiateurs en santé bretons ont été réalisées. Mais les réalités professionnelles, les conditions de travail, les publics et les missions étant trop différentes pour certains, ces expériences n'ont

pas été suffisamment utiles pour qu'elles persistent : « *Je rencontre également occasionnellement et en réunion institutionnelle des médiatrices embauchées par [types de structure] ailleurs en Bretagne, mais nos contextes de travail étant très éloignés (rural VS urbain pour ne citer que cela), aussi, nos liens n'ont pas eu l'occasion de se resserrer* » (MS). Certains groupes de médiateurs en santé ont également essayé de faire des analyses de pratique, mais sans l'animation par un intervenant extérieur, les temps d'échange étaient alors phagocytés par des échanges concernant les limites de chacun des postes et servaient de sas de décompression pour les médiateurs en santé les plus en difficulté par rapport à leurs conditions de travail. Ainsi, il y aurait une pertinence à réaliser des analyses de pratiques entre médiateurs en santé, mais celles-ci doivent être guidées par un intervenant extérieur.

De plus, organiser des temps d'échanges entre médiateurs en santé dans lesquels ils ou elles pourront échanger sur leurs difficultés – également difficultés relatives à leurs conditions de travail et pas uniquement difficultés rencontrées au cours des accompagnements – seraient tout aussi pertinents : « *d'autant que c'est un métier sur lequel on a zéro formation et [...] si j'avais eu des échanges de pratique avec certains médiateurs, peut-être que j'aurais mis des limites plus tôt. Avant de me retrouver broyée dans le truc. Tu vois peut-être qu'on m'aurait dit [...] limite toi à tant d'accompagnements* » (MS).

Si la diversité des réalités professionnelles des médiateurs en santé sont un frein au maintien d'un réseau de médiateurs bretons, des échanges réguliers se font entre médiateurs en santé qui partagent des conditions de travail, des publics et des réalités professionnelles proches, indépendamment du territoire (Bretagne et Ile-de-France): « *Nous partageons en effet toutes une pluralité de publics qui nous permet d'échanger sur des points avec lesquels nous sommes toutes en questionnement/ difficulté* » (MS). Les médiateurs en santé qui participent à ce groupe, y voient une occasion de s'échanger des conseils, d'échanger sur ses difficultés et de nourrir leurs pratiques en s'inspirant de la pratique des autres participants : « *ça permet d'avoir de nouvelles façons de voir les choses pour celles qui étaient en équipe car dans ce groupe-là, on a les mêmes préoccupations, mais pas les mêmes points de vue. C'est plus utile et ça nourrit beaucoup plus* ». (MS).

Un autre frein au maintien de ces réseaux est le manque de temps, particulièrement lorsque l'activité de médiation en santé est réalisée à temps partiel (mutualisée avec une autre fonction sur la même structure par exemple), et/ou lorsque la file active du médiateur en santé est trop importante. La participation à un réseau de médiateur en santé devient alors secondaire face à la charge de travail importante.

Ainsi, l'enquête montre donc bien la pertinence de s'organiser en réseau de médiateurs en santé, pairs ou non pairs, afin de pouvoir échanger sur ses postures et pratiques ; obtenir des conseils lorsque l'on fait face à certaines difficultés et nourrir sa pratique professionnelle. Néanmoins, ce partage d'expérience et ces analyses de pratiques ne peuvent être efficaces et utiles uniquement si les expériences des participants sont proches, c'est-à-dire si les médiateurs en santé partagent à minima des conditions de travail similaires (professionnel isolé ou en équipe) et/ou des problématiques et publics similaires et/ou des réalités de terrain similaires.

Il est donc préconisé de mettre en place à minima un réseau de médiateurs en santé breton, au sein duquel des analyses de pratiques seront animées par un intervenant extérieur, ainsi qu'un temps d'échange plus axé sur les conditions de travail et difficultés que rencontrent les médiateurs en santé.

Néanmoins, le réseau de médiateurs en santé bretons devra tenir compte de la diversité des réalités professionnelles de chaque médiateur. Ainsi il n'apparaît pas indispensable d'inclure les médiateurs en santé pairs qui sont déjà inclus dans un autre réseau, bénéficiant déjà alors de tout l'apport que peut constituer celui-ci. Cependant si de nouvelles structures, autres que des dispositifs UCSA, venaient à recruter des médiateurs en santé pairs, alors il faudrait adapter le réseau de médiateurs en santé bretons pour veiller à les y inclure. Si, par ailleurs, une trop grande diversité des réalités professionnelles venait à exister en Bretagne, alors, l'organisation de plusieurs réseaux pourrait être pertinente : par exemple un réseau des médiateurs en santé ruraux, un réseau des médiateurs en santé-précarité, un réseau des médiateurs en santé urbain, etc...

Préconisation 34 : Créer un réseau de médiateurs en santé bretons. Ce réseau permettra de réaliser des analyses de pratiques et d'échanger sur les difficultés rencontrées par les médiateurs en santé.

Préconisation 35 : Si une trop grande diversité des réalités professionnelles des médiateurs bretons persiste, créer plusieurs réseaux permettant de regrouper les médiateurs en santé dont les conditions d'exercice sont similaires.

I. Travailler à la reconnaissance de la fonction de médiateur en santé, pairs et non pairs

En 2023, les auteurs du rapport IGAS démontraient déjà que l'un des freins principaux à l'efficacité et à l'efficacite de la médiation en santé était son absence de reconnaissance statutaire qui « entretient l'ambiguïté sémantique autour de ce que recouvre la "médiation en santé" et limite sa bonne appréhension tant par les publics concernés que par les acteurs institutionnels et partenaires des médiateurs » (Berkess et al., 2023).

Le présent travail montre lui aussi l'existence d'un manque important de reconnaissance voire simplement de connaissance de cette fonction.

Ce manque de connaissance et de reconnaissance peut être lourd de conséquences. Il peut tout d'abord, à l'intérieur de l'équipe, conduire à un mauvais dimensionnement du poste, à une mauvaise définition des missions, ainsi qu'à un isolement du médiateur en santé. Tous ces éléments sont susceptibles d'impacter (très) négativement la santé au travail de celui-ci.

Concernant les partenaires locaux, une mauvaise connaissance de cette fonction peut engendrer de la méfiance, de l'incompréhension et des réticences à travailler avec le médiateur en santé, ou encore des mauvaises orientations (pour les mauvaises raisons).

Enfin, à un niveau plus supra, au national, cette mauvaise connaissance ou méconnaissance de cette fonction engendre une absence de financements pérennes et suffisants ainsi qu'une grande disparité en termes de développement de la médiation en santé en fonction des différentes régions (à la discrétion des ARS et selon leurs moyens), pouvant alors précariser certains médiateurs en santé.

Le développement et la généralisation de la médiation en santé ne pourra se faire sans une reconnaissance de la fonction de médiateurs en santé, qu'elle soit paire ou non, qui, elle-même facilitera l'exercice des différents médiateurs en santé : « Une [re]connaissance plus large du métier de médiateur en santé facilitera certainement les sollicitations qu'on est amenés à formuler auprès de plusieurs structures, et fluidifierai peut-être certains accompagnements » (MS).

I.1. Dans les formations initiales de médecine et de travail social

Dans un premier temps, il paraît capital d'intégrer la notion de médiation en santé non paire et de médiation en santé paire au sein des programmes de formations initiales en médecine et en soins infirmiers, afin de permettre une sensibilisation et une acculturation des futurs professionnels du soin à ces fonctions encore trop méconnues, comme le recommandait déjà la mission IGAS qui proposait d'intégrer un « module théorico-pratique de sensibilisation à la médiation en santé dans le parcours de formation initiale et continue des acteurs de santé, du secteur social et médico-social » (Berkess et al., 2023).

Il existe actuellement certaines facultés de médecine qui proposent des unités d'enseignement dans lesquelles la médiation en santé paire et/ou non paire y sont présentées. Malheureusement ces unités d'enseignement sont facultatives et ne permettent ainsi de ne toucher qu'un public de futurs professionnels déjà sensibilisés aux inégalités sociales de santé, à une approche globale de la santé ainsi qu'à tout ou partie des publics en situation de vulnérabilités.

Ces unités d'enseignements pourraient être intégrées au tronc commun des formations afin que tous les étudiants soient sensibilisés à la médiation en santé.

Il peut paraître intéressant, dans ces unités d'enseignement, de faire intervenir des médiateurs en santé pairs et non pairs, ainsi que des personnes accompagnées pour permettre aux étudiants de comprendre les enjeux, les postures, les pratiques des médiateurs en santé ainsi que les spécificités et les apports que cela peut permettre aux personnes accompagnées. Il semble également pertinent de faire intervenir des professionnels du soin travaillant avec des médiateurs en santé afin d'expliquer l'utilité de la fonction de médiation en santé pour les soignants et comment elle facilite leur travail. En effet, un discours de pairs à pairs a plus de chance d'être impactant sur les étudiants, pouvant alors plus facilement s'identifier dans la figure du médecin ou de l'infirmier que dans celle du médiateur en santé.

Ainsi, les futurs professionnels soignants, s'ils ont déjà été sensibilisés à la notion de médiation en santé durant leur formation initiale, seront plus enclins, durant leur exercice professionnel, à travailler en partenariat avec un ou une médiatrice en santé.

Préconisation 36 : Intégrer la médiation en santé et la médiation en santé paire dans les formations initiales de médecine et de soins infirmiers.

Même si le secteur du travail social paraît un peu plus ouvert au sujet de la médiation en santé, du fait notamment de difficultés grandissantes pour accompagner les publics accompagnés vers le soin (la médiation en santé répond à leurs difficultés), l'enquête a montré qu'il pouvait rester encore quelques réticences vis-à-vis de cette fonction (au moment du déploiement du poste, avant la rencontre avec les partenaires locaux), particulièrement si le médiateur en santé est recruté au sein d'une structure de santé (voir Partie 1 - VI).

De la même manière que pour les formations initiales en médecine ou en soins infirmiers, il peut être recommandé, pour se prémunir de ces futures réticences, d'intégrer les notions de médiation en santé et de médiation en santé paire dans les formations initiales de travail social. Certaines écoles de travail social, notamment en Bretagne, ont déjà intégré une découverte et une sensibilisation à la médiation en santé paire ainsi que la notion de travail pair dans leurs programmes.

Préconisation 37 : Généraliser l'intégration des notions de médiation en santé et de médiation en santé paire dans les formations initiales du travail social.

1.2.Sensibilisation des élus locaux et nationaux : vers une reconnaissance nationale du métier de médiateurs en santé

Comme le mentionnait déjà le rapport de l'IGAS (Berkess et al., 2023), la méconnaissance de la notion de médiation en santé, et donc la non-reconnaissance de cette fonction en tant que métier, freine son développement.

En effet, même si l'enquête montre qu'un certain nombre d'institutions soutiennent localement le déploiement de postes de médiateurs en santé (Ville, Métropole, ARS, DIHAL, CPAM), il s'agit souvent d'un soutien politique plus que financier ou d'un soutien financier non pérenne, offrant des conditions de travail précaires (temps partiels, contrats courts, etc). Ces soutiens, qu'ils soient politiques ou financiers non pérennes et ponctuels sont actuellement importants puisqu'ils permettent de rassurer les équipes recruteuses et donc de se lancer dans l'aventure : « *Le fait qu'il y ait des financements et que l'ARS suivait, bon bah, ça a rassuré en tout cas ponctuellement* » (Psanté – structure santé).

Cependant, ils s'avèrent insuffisants pour déployer plus largement des postes de médiateurs en santé :

« *Mais ouai, il faut qu'on continue la promotion de ce type de poste, mais, tu vois, je pense que les directions à l'ARS elles sont convaincues de l'importance de ce développement d'exercice, mais, bah les financements, ils suivent pas, l'intégration dans le cadre de la convention [ACI], ça suit pas, on en est encore un peu loin en fait. Parce que y'a peut-être pas non plus grand monde là-haut, qui comprend ce qu'est l'exercice du métier et qui comprends non plus ce que peuvent apporter les médiateurs. Et que y'a peut-être je sais pas, l'impression que c'est plutôt des convaincus, des ayatollahs du soin-santé-social qui portent ça quoi* » (Psanté – structure santé).

Ainsi, acteurs de terrains et institutionnels qui soutiennent la fonction de médiation en santé devraient collaborer pour sensibiliser les élus à la fois locaux et nationaux, aux enjeux de la médiation en santé, à ses impacts autant sur les personnes accompagnées que sur les professionnels du soin et du social, pour que la médiation en santé devienne un objet qui soit mis à l'agenda politique. Le traitement de la médiation en santé comme objet politique pourrait donner l'opportunité de trouver des solutions de financements pérennes (voir II ci-après), de conférer à la fonction de médiation en santé un réel statut professionnel et de l'affilier à un secteur, permettant ainsi d'éviter de précariser les professionnels concernés, mais également de rendre son usage et sa mobilisation plus systématique :

« *un salaire décent au vu des qualifications requises, une meilleure reconnaissance du statut (qui n'est ni vraiment professionnel de santé, ni travailleur social), ou alors son rattachement à un statut existant (travailleur social) qui permettra de [...] définir un cadre national intéressant (convention collective 66 par exemple)* » (MS).

« *que ce soit un vrai métier, alors je dis pas que c'est pas un vrai métier, mais aujourd'hui on sent que c'est un métier, heu, qui est en devenir. Et qu'on soit vraiment inscrit dans le parcours de soin. Aujourd'hui on est en bonus dans les territoires, quand on existe, mais sinon c'est un métier qui*

n'existe pas partout, donc [ne fait] pas partie intégrante des parcours de soins. Un médecin aujourd'hui peut totalement ne pas faire appel à nous ou peut refuser de bosser avec nous » (MS).

Ce résultat de la présente enquête abonde dans le sens de la mission IGAS, qui recommandait déjà en 2023 « de consacrer l'existence du métier de médiateurs et médiatrices en santé en l'inscrivant dans le code de la santé publique » (Berkess et al., 2023).

Préconisation 38 : Sensibiliser les élus locaux et nationaux pour faire de la médiation en santé un objet politique, pour *in fine*, accéder à une reconnaissance du métier au niveau national.

II. Stabiliser une architecture financière pérenne pour les postes de médiateurs en santé, qui permette à la fois sa reconnaissance et son déploiement

Un des freins principaux au déploiement du métier de médiateurs en santé en Bretagne - voire en France - soulevé par cette enquête, est l'absence de financements pérennes dédiés à ce métier, de la même manière que le montrait déjà le rapport de la mission IGAS : « les acteurs perçoivent les financements publics comme complexes et non pérennes, affectant leur capacité à projeter des actions sur le moyen terme et à recruter des professionnels. Les sur des emplois perçus comme précaires tant matériellement que symboliquement » (Berkess et al., 2023).

En effet, la présente enquête montre que l'absence de financements pérennes et à hauteur des besoins induit de nombreux impacts négatifs, autant sur les médiateurs en santé, que sur les personnes accompagnées, les équipes, la création de liens partenariaux, la reconnaissance du métier et la « productivité » des médiateurs en santé.

Tout d'abord, et de manière logique, une absence de financement pérenne précarise les médiateurs en santé, en ne laissant souvent aux équipes que la possibilité d'offrir des contrats à durée temporaire, sur de courtes périodes (inférieures à 2 ans), parfois à temps partiels ou surdimensionnés par rapports aux besoins du public et du territoire. Tous ces éléments représentent un risque pour la bonne santé au travail des médiateurs en santé, ainsi qu'une faible estime de leur travail, comme l'explique une médiatrice en santé (dispositif santé-précarité) : « *Donc remise en question du poste régulièrement* » ou bien cette autre médiatrice en santé exerçant en structure de santé :

« C'est très fatigant de devoir aller régulièrement chercher de l'argent pour son métier dont on sait qu'il est utile ; de devoir justifier de son travail dont on sait qu'il est utile (remplir les bilans à chaque

appel à projet) ; et de devoir, en plus, mettre de l'énergie alors que cette énergie-là, on pourrait la mettre à profit ailleurs. C'est [aussi] pas très bon pour l'estime de son métier » (MS).

Le précédent extrait soulève un autre frein à l'activité des médiateurs en santé : le financement des postes (une grande partie d'entre eux) par des appels à projet. Outre le fait que ce moyen de financement n'est pas pérenne, il révèle des enjeux supplémentaires.

Le premier touche directement aux temps de travail des médiateurs en santé, et parfois, de leurs équipes. En effet, répondre à des appels à projet ou répondre à des demandes de financements de façon annuelle, pour pouvoir maintenir le poste, en plus d'être une activité stressante, est une activité chronophage qui ampute le temps de travail des médiateurs en santé et de leurs collègues.

De plus, la courte durée de financement proposée dans ces cas, restreint les possibilités partenariales. En effet, les structures et/ou les médiateurs en santé ne peuvent alors pas se permettre de communiquer sur le poste et d'ouvrir la possibilité d'une mobilisation ou d'une orientation des personnes vers les médiateurs en santé par les partenaires extérieurs. Le caractère éphémère ou à minima incertain des postes de médiateurs en santé condamne à circonscrire le poste à l'échelle de la structure : « *[le poste est] financé que sur un an donc [il n'y a] pas de communication sur les partenaires extérieurs. [une fois que] l'offre est créée, c'est difficile après de dire que tout s'arrête rapidement* » (MS). Construire des relations partenariales est un processus qui demande du temps, et les structures ne sont pas à l'aise avec l'idée de rompre des liens partenariaux une fois que le poste n'est plus financé.

Le risque d'arrêt brutal du poste de médiateur en santé si de nouveaux financements ne sont pas obtenus constitue également un facteur insécurisant pour les personnes accompagnées. « *Les personnes accompagnées peuvent être déstabilisées par ces difficultés de maintien de poste. En effet, un poste de médiateur peut s'arrêter brutalement, les personnes accompagnées et les travailleurs sociaux se retrouvent [alors] démunis* » (MS – structure sociale). La médiation en santé est basée avant tout sur la création d'un lien de confiance et de proximité entre personnes accompagnées et médiateurs en santé. Rompre de manière brutale ce lien, à l'arrêt des financements, peut mettre à mal les accompagnements déjà réalisés jusque-là : « *c'est compliqué à chaque fin de contrat, car il faut expliquer aux patients que peut-être la semaine prochaine, y'a plus ce poste, ou alors, que ce sera quelqu'un d'autre* » (MS – structure santé).

Enfin, ce système de financement oblige les équipes à recruter une personne autonome, efficace rapidement, de manière incompatible avec un projet de structure nécessitant du temps d'accompagnement ou un temps de co-construction (comme cela peut être le cas pour le recrutement de médiateurs en santé pairs par exemple – voir (Rey, 2022b)) : « *Et l'idée, c'est qu'on était sur un appel à projet, qu'on voulait quelqu'un d'opérationnel assez rapidement, et que on était pas sur quelqu'un qui, on avait pas le temps on va dire de donner du temps* » (Psanté).

A l'inverse, les structures qui ont pu recruter un ou des médiateurs en santé sur un contrat à durée indéterminée (CDI) expliquent que cela leur a permis d'assurer une certaine légitimité du poste au sein de l'équipe, par une égalité de statut vis-à-vis des autres salariés : « *le coté pérenne, comme les autres membres de l'équipe, permet de vraiment contribuer à l'action et d'être sur un pied d'égalité avec les autres salariés* » (MSP) ; d'inscrire les

accompagnements des personnes dans des temps longs, nécessaires pour les publics en situation de précarité ; et d'entreprendre un travail partenarial avec les acteurs du territoire : « *les financements pérennes permettent une communication aux partenaires* » (MS), permettant à ceux-ci de solliciter le médiateur en santé.

La mission IGAS identifiait qu'un « financement de la médiation en santé [...] éclaté entre plusieurs acteurs » se doublait d'un défaut « de stabilité financière lié à des financements essentiellement non pérennes (appels à projet) ou perçus comme tel » (Berkess et al., 2023). Si la mission IGAS identifiait déjà différents préjudices de ce système de financements sur les équipes (démarches chronophages) ; les médiateurs en santé (précarisation) ; et les personnes accompagnées (« l'instabilité financière fragilisant des dispositifs et donc, *in fine*, la qualité voire la capacité d'intervention dont l'efficacité est pour partie basée sur l'établissement dans la durée d'une relation de confiance ») ; le présent travail en identifie également de nouveaux :

- Par la précarisation et l'instabilité des postes de médiateurs en santé, ce système de financement induit un risque pour la santé au travail des médiateurs et médiatrices en santé,
- Ces financements non pérennes et non stables restreignent la création de partenariats avec les acteurs du territoire,
- Et contraignent les porteurs de projet / équipes à ne pas recruter des profils pairs, des médiateurs en santé pairs (recrutement qui nécessite du temps de préparation des équipes – voir rapport FAS Bretagne (Rey, 2022b)).

Préconisation 39 : Assurer des financements pérennes et suffisants pour couvrir les besoins du territoire permet de sécuriser les accompagnements des personnes et les rendre efficaces ; sécuriser la santé au travail des médiateurs en santé ; sécuriser les liens partenariaux avec les acteurs du territoire ; et permet les orientations vers le médiateur en santé par les partenaires.

Cette absence de solution de financement pérenne vient, entre autres, d'un manque de reconnaissance de cette fonction, d'un manque de reconnaissance en tant que métier ou profession faisant partie intégrante du parcours de soins ; mais elle participe également, en retour, à entretenir ce manque de reconnaissance.

Différentes possibilités pourraient être envisagées afin de garantir des financements pérennes et suffisants. En effet, la médiation en santé n'est actuellement pas une activité productrice de capital économique, c'est-à-dire productrice d'une richesse financière, puisque ses actions n'entrent pas dans les actes inclus dans la « tarification à l'acte » : « *c'est une profession qui peut pas permettre de s'autofinancer, de produire du capital, évidemment, on est pas encore, c'est pas encore reconnu comme un métier de soin, c'est pas encore intégré, du coup, aux conventions avec la CPAM notamment* » (Psanté). Elle ne peut donc actuellement pas s'autofinancer. Pour pallier ce frein, une des possibilités serait d'intégrer la fonction de médiation en santé dans l'accord

conventionnel interprofessionnel (ACI) ou dans l'accord national des centres de santé. Cette proposition ne s'appliquerait cependant uniquement pour les médiateurs en santé recrutés dans des structures de santé relevant des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé et des centres de santé communautaire.

Or la présente enquête démontre le besoin de médiation en santé dans ces types de structures, certes, mais également dans d'autres, qui peuvent capter un public encore plus éloigné du soin qui n'ose pas pousser la porte d'un centre de santé. Il paraît alors pertinent que le déploiement, en France, de postes de médiateurs en santé soit assurés par des financements pérennes, nationaux et étatiques : « *une reconnaissance nationale est nécessaire pour qu'il y est des financements étatiques issu de la solidarité, ou une décision de reconnaître ce métier dans les conventions CPAM* » (Psanté). Ils pourraient par exemple venir de la solidarité nationale²¹, sur un principe d'universalisme proportionné : un même service pour tous, mais avec une proportionnalité de l'accès selon les besoins. Ainsi, les accompagnements par un médiateur en santé pourraient être pris en charge par l'assurance maladie, c'est à dire la branche « maladie » de la sécurité sociale.

Préconisation 40 : Inclure les accompagnements de médiation en santé dans les prestations prises en charge par l'assurance maladie. Intégrer les actions de médiation en santé dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ou dans l'accord national des centres de santé.

III.Penser la médiation en santé dans le droit commun pour faciliter sa mise à l'agenda politique, sa reconnaissance en tant que profession et stabiliser un modèle de financement solide, mais selon une « approche universelle proportionnée »

Pour faciliter l'acceptation de cette nouvelle fonction par toutes et tous, sa reconnaissance et sa mise à l'agenda politique (en tant qu'objet politique), un levier peut-être de penser la médiation en santé dans le droit commun afin qu'elle puisse s'adresser à quiconque nécessitant un accompagnement vers le soin.

L'inscription de la médiation en santé dans le droit commun et la possibilité de sa mobilisation par tout un chacun pourrait ainsi faciliter la mise en place d'un modèle de financement pérenne et suffisant pour couvrir

²¹ La solidarité nationale garantit à chacun le droit au travail, la protection de la santé, l'accès à l'instruction, la sécurité matérielle... Elle est à l'origine de la création de plusieurs institutions de **protection sanitaire et sociale**, reposant sur des systèmes d'**assurance obligatoire** organisés par l'État : la sécurité sociale (1945), l'assurance-chômage (1958), le revenu minimum d'insertion RMI (1988), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (1975), la couverture maladie universelle (CMU) (1999). La solidarité nationale est notamment financée par l'impôt sur le revenu, qui repose sur une distribution des richesses : chaque personne contribue selon ses moyens (et chaque personne utilise/reçoit selon ses besoins).

les besoins. Néanmoins, si actuellement la médiation en santé se met en place au bénéfice de publics spécifiques (habitants des quartiers politique de la ville, gens du voyage, personnes en situation de rue et souffrant de pathologies psychiatriques, personnes en situation de grande précarité et d'exclusion fréquentant les dispositifs santé-précarité, personnes exilées, personnes en situation de prostitution, etc...), c'est qu'ils sont plus éloignés du soin que la population générale et qu'ils présentent des besoins d'accompagnement importants, d'autant plus que le contexte actuel de secteurs - à la fois de la santé et du social - sous tension (par manque de moyens financiers et manque de ressources humaines) pèse plus lourd sur les personnes les plus fragilisées et vulnérables, comme nous le rappelle ce médiateur exerçant dans une structure de santé : « *le manque de moyens dans tous les services rend très difficile l'orientation [des personnes] dans de bonnes conditions. Le démantèlement du service public maltraite tout le monde, mais plus particulièrement les plus exclus, et l'absence de réponse institutionnelle à de nombreuses situations précaires complexes devient la norme* » (MS).

Ainsi, la saturation des services de santé, tous confondus, mais particulièrement des services de santé hospitaliers et des dispositifs santé-précarité rend la médiation en santé nécessaire pour la partie de la population la plus exclue, la plus vulnérable, et la plus stigmatisée.

Il est donc important de garder une gradation des moyens humains et financiers permettant une intensification de la médiation en santé pour les publics qui en ont le plus besoin. A l'image de certaines actions de prévention, la médiation en santé pourrait être pensée selon une logique *d'universalisme proportionné*. Ce principe a pour objectif d' « offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des [personnes] mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins » (Affeltranger et al., 2018). Ainsi, les publics catégorisés comme ayant le plus besoin de médiation en santé auraient un accès plus important à la médiation en santé, ce qui pourrait se traduire par une priorisation des structures intégrant des médiateurs en santé (en priorité les structures accueillant ces publics), ou une augmentation du nombre d'équivalent temps plein de médiateurs en santé dans ces mêmes structures, par rapport aux structures accueillant plutôt un public de population générale :

« *On a développé les IPA, les assistants médicaux, etc, mais c'est hyper médical-centré. Alors c'est vrai que la médiation en santé, c'est peut-être un petit peu trop quartiers prioritaires-centré. Ce service-là, développé à l'intention des publics précaires démontre quand même la maltraitance de ce système de santé et la nécessité, à un moment donné, d'accompagner les personnes. On parle des quartiers prioritaires, mais t'as les mêmes problématiques en milieu rural, ou dans d'autres quartiers à [Ville]. C'est, à un moment donné, que peut-être ce métier-là, peut-être avec une gradation, ou une force développée en fonction des besoins des populations, bah, peut-être que sur un quartier prioritaire en effet, tu vas mettre le paquet, [et] dans d'autres quartiers tu vas peut-être en mettre un petit peu moins. Mais en tout cas y'a un réel besoin de ce type d'acteur pour faire le lien* » (Psanté).

Ainsi, selon un principe d'universalisme proportionné, des médiateurs en santé pourraient être recrutés dans toutes structures du secteur de la santé ou du secteur social (préférentiellement des structures pratiquant le salariat, ou, à défaut, pouvant s'engager à dégager du temps RH d'accompagnement, de supervision, d'échanges et d'analyses de pratiques), mais avec une intensification des moyens financiers et RH en direction des structures que fréquentent les populations les plus éloignées du soin.

Préconisation 41 : Développer la médiation en santé dans le droit commun, selon un principe d'universalisme proportionné – permettant une intensification de celle-ci à destination des publics qui en ont le plus besoin.

IV. Désengorger le droit commun

En Bretagne, la médiation en santé s'adresse actuellement en particulier à des publics spécifiques, cumulant différentes vulnérabilités les éloignant du soin. Elle répond en partie, ou tente de répondre, à différents freins à l'accès aux soins que les personnes rencontrent, qui sont inhérents au fonctionnement du système de soin actuel :

- Un recours à l'interprétariat encore trop faible notamment en médecine libérale, dans les secteurs hospitaliers, et particulièrement dans le secteur psychiatrique, ainsi qu'en structure de santé mentale de ville ; comme en témoignent ces différents médiateurs en santé : « *des difficultés à orienter les patients non francophones en médecine libérale* » (MS) ; « *de difficultés d'accès à la santé mentale de ville [à cause] de refus du fait de la barrière de la langue* » (MS) ; « *refus de certains professionnels d'utiliser l'interprétariat lors des consultations* » (MS).
- La tarification à l'acte des professionnels de santé pousse les professionnels à réaliser des consultations courtes, qui ne sont pas suffisantes pour interroger les déterminants sociaux de la santé, créer un lien de confiance et aborder la santé de manière globale, en prenant en compte la situation de la personne dans sa globalité :

« si on est plus soumis à l'acte, soumis au nombre de consultations dans la journée, on peut faire des consultations qui durent un peu plus longtemps, donc on revoit moins les patients. On prend le temps, de toutes façons la consultation d'une heure, elle marche pas, c'est trop long pour le patient ; mais plus de temps pour prendre en compte certains besoins, faire de l'éducation à la santé. Mais ça répond pas à tous les problèmes, la médiation serait quand même nécessaire » (Psanté).
- L'isolement des professionnels du soin qui n'exercent pas en structure d'exercices coordonnés et leur méconnaissance des structures d'accompagnement social vers qui orienter les personnes rencontrant des difficultés pousse les soignants à ne pas interroger les déterminants sociaux de santé lors des consultations, car ces derniers ne possèdent pas les ressources pour y apporter une réponse.

- Une méconnaissance des publics spécifiques, notamment en situation de vulnérabilité, de leurs besoins et de leurs contraintes qui conduit à des refus de soin, des pratiques de « blacklisting » des patients, comme en témoigne cette médiatrice en santé qui relate le discours d'une secrétaire médicale d'un cabinet médical dans lequel elle essayait d'obtenir un RDV pour une des personnes qu'elle accompagne : *« ho non, c'est bon, les cassos, ces gens-là on en veut plus ! »* (MS).
Néanmoins, ce frein à l'accès aux soins pourrait être levé, si les problématiques spécifiques, les contraintes et les besoins des différents publics spécifiques étaient intégrés aux programmes de formation initiales en études de médecine, de soins infirmiers, de secrétariat médical, etc : *« Intervenir dans les facs de médecine pour sensibiliser les jeunes médecins au public sans abri, aux publics en situation de précarité »* (MSP).
- La dématérialisation des services publics freine notamment dans le contexte de l'étude, l'accès aux droits de santé et aux droits en général, ainsi que l'accès aux soins : *« les démarches sont difficiles à réaliser pour certaines personnes, [à cause de] la barrière de la langue ou de la méconnaissance de l'outil informatique par exemple »* (MS).
- Un manque d'adaptabilité (aux personnes et à leurs contraintes) du secteur médical qui, du fait des tensions qui le traverse et de sa saturation, restreint l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables : *« comme la vitrine est sale, on crée une fonction, parce que y'a des dysfonctionnements en fait, dans les services de santé. Et c'est ça qui me gêne un peu dans cette logique-là, c'est qu'à un moment, c'est comment les services de santé s'adaptent en interne et aussi changent leurs pratiques. Faut pas que ce soit un métier pour pallier les manquements »* (Psocial).
- Une offre de transport qui est trop conditionnée. En effet, les possibilités de transports médicalisés sont conditionnées à la reconnaissance d'une affection longue durée (ALD), et ne peuvent concerner des RDV médicaux qui ont lieu uniquement dans le cadre de cette ALD. Elles ne peuvent pas, par exemple, prendre en compte des déplacements pour un RDV en médecine générale. Elles ne peuvent pas non plus couvrir des déplacements médicaux sur critères de ressources financières (si la personne ne bénéficie pas d'une reconnaissance ALD). Cette contrainte conduit les médiateurs en santé, particulièrement en milieu rural, à réaliser des dépassements de missions : *« le médiateur se retrouve à faire le taxi »* (MS). L'absence de solution peut également représenter un risque pour la santé au travail des médiateurs en santé comme en témoigne cet échange avec une médiatrice en santé :

« c'est une personne qui aurait bien aimé [l'aide de la médiatrice], mais pour laquelle j'ai pas de solution. C'est une personne qui a souffert de la polio étant petite, mais pour autant, qui a pas tout ce qu'il faut en ALD pour avoir des bons de transport. Et du coup aucun moyen d'aller voir un dentiste et tout. Et moi, vu le fauteuil roulant, j'ai aucun moyen de la déplacer. Et bein là, j'ai fait des pieds et des mains à la sécu et tout, j'ai zéro solution pour cette personne-là. Pour un accompagnement tout con hein, pour juste un accompagnement pour aller chez le

dentiste. Et ça, ça fait chier tu vois. Tu sais que tu laisses une personne en difficulté. [...] C'est un crève-cœur en fait » (MS)

- Enfin, la saturation des services de soins - qu'ils soient dispositifs santé-précarité ou de droit commun ; qu'ils soient libéraux ou hospitaliers ; qu'ils soient implantés en territoire urbain ou rural - freine l'orientation des personnes accompagnées par les médiateurs en santé vers le droit commun. En effet, si la médiation en santé lève un certain nombre de freins à l'accès aux soins, elle ne résout pas les problématiques de saturation du système de soins.

Même si la médiation en santé permet d'améliorer l'accès aux soins des personnes éloignées du soin, et pour certaines, les orienter vers le droit commun en développant leur autonomie en santé, l'enquête montre que les dispositifs de médiation en santé en Bretagne, commencent eux aussi à être saturés ou à s'approcher de la saturation. En effet, certains médiateurs en santé ont commencé à établir une liste d'attente, leur file active étant déjà saturée ; et d'autres reportent des projets d'ouverture de la file active à un public plus large que le public initial. C'est le cas par exemple d'une médiatrice en santé intégrée dans une structure de santé, qui avait pour objectif d'ouvrir la médiation en santé aux habitants du quartier d'implantation (et plus seulement aux patients et patientes), mais qui, compte tenu d'une file active engorgée et des besoins individuels importants de sa file active, ne peut le mettre en place.

Ainsi, même si la médiation en santé n'a plus à prouver son efficacité et son utilité, un déplacement de la saturation pourrait être observée, des dispositifs de santé de droit commun – dispositifs de sortie - vers les dispositifs de médiation en santé, si un travail n'est pas réalisé pour désengorger le droit commun.

Préconisation 42 : Désengorger le droit commun, pour éviter que la saturation des services de santé entraîne une saturation des dispositifs de médiation en santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Affeltranger, B., Potvin, L., Ferron, C., Vandewalle, H., & Vallée, A. (2018). Universalisme proportionné : Vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Santé Publique*, 1(HS1), 13-24.
<https://doi.org/10.3917/spub.184.0013>
- Arnault, F. (2024). *Atlas de la démographie médicale en France*. Conseil national des médecins.
- Babet, C., Donnerfeld, M., & Kamionka, J. (2024). *Démographie des infirmières et des aides-soignantes— Méthodologie de construction de séries longues* (DREES Méthodes, p. 42). DREES.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/DM15.pdf>
- Belorgey, N. (2021). Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : Les raisons du tri. *Sociétés contemporaines*, 123(3), 23-50. <https://doi.org/10.3917/soco.123.0023>
- Berkess, A., Denormandie, P., Henry, E., & Tourniaire, N. (2023). *La médiation en santé : Un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider* (p. 129). Inspection générale des affaires sociales.
- Bouchaud, O., Hamel, E., & Soleymani, D. (2022). La médiation en santé : Un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *La santé en action*, 460, 4-8.
- Boucher, M. (2023). Chapitre VI. Planificateurs de la participation citoyenne. *Pouvoir d'agir*, 149-168.
- Bouznah, S., & Minassian, S. (2024). *Guide de médiation en santé : Approche transculturelle*.
<https://shs.cairn.info/guide-de-mediation-en-sante-approche-transculturelle--9782848358932>
- CESE. (2022). *Avis Conseil économique, social et environnemental—Les métiers de la cohésion sociale*. CESE.
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2022/2022_12_metiers_cohesion_sociale.pdf
- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail*, 5, Article 5.
<https://doi.org/10.4000/nrt.1952>
- Demailly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, 7576(1), 37-46.
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences Actions Sociales*, 1(1), 51-72.
- DIHAL, & FAS. (2018). *Développer le travail PAIR dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*.

- Faget, J. (2010). *Médiations, les ateliers silencieux de la démocratie*. Erès.
- Gilliot, É., & Sorba, M. (2020). Le « logement d'abord » : Des activités de médiation au service d'un processus de personnalisation de l'accompagnement social. *Rhizome*, 7576(1), 174-183.
- Godrie, B. (2017). Vivre n'est pas (toujours) savoir – Richesse et complexité du savoir expérientiel. *Le partenaire*, 4(3), 35-38.
- Gross, O. (2020). Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : Enjeux pour leur formation initiale et continue. *Rhizome*, 7576(1), 164-173.
- HAS. (2017). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* (Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques). Haute autorité de santé.
- HAS. (2024). *Évaluation de l'engagement patients et usagers selon le référentiel de certification* (p. 10). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_engagement_patient_certification.pdf
- Haschar-Noé, N., & Basson, J.-C. (2019). 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). *Innovations*, 60(3), 121-144. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0064>
- Jounin, N., & Wolff, L. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter64.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*. Copenhague [DNK] : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_fr.pdf
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : Un rapport social instable : Le cas de deux services hospitaliers. *Revue française des affaires sociales*, 1, 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0083>
- Provencher, H., Gagne, C., & Legris, L. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : Points de vue de divers acteurs*. Université Laval.
- Reboul, L., & Caroly, S. (2023). La santé des médecins généralistes en désert médical : Trois modèles de gestion temporelle. *Le travail humain*, 86(1), 3-34. <https://doi.org/10.3917/th.861.0003>

- Rey, E. (2022a). *Le travail pair, ce nouveau métier destiné à révolutionner le travail social : Vecteur d'une autonomie normative ou émancipatrice ?* [Mémoire]. Ecole des hautes études en santé publique.
- Rey, E. (2022b). *Rapport final d'évaluation de l'intégration de travailleurs pairs dans des structures de l'accueil, hébergement, insertion en Bretagne* (p. 147). FAS Bretagne. <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2022/12/Rapport-final-eval-TP-AHI.pdf>
- Roelandt, J.-L., Staedel, B., Rafael, F., Marsili, M., François, G., Cardinal, P. L., & Desmons, P. (2015). *Programme médiateurs de santé-pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014*.
- Schweitzer, L. (2020). « On est des (ex-) quelque chose » ... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair. *Rhizome*, 7576(1), 56-66.
- Schweitzer, L. (2021). Trouble dans la hiérarchie ordinaire des savoirs. Paradoxes du travail pair. In *Lucidités subversives. Dialogues entre savoirs et disciplines sur les injustices épistémiques*. éd ESBC.
- Soleymani, D. (2022). Entretien avec Hans Verrept—Belgique : « La médiation interculturelle est un apport crucial dans la prise en charge de la santé des patients ». *La santé en action*, 460, 45-46.
- Soleymani, D., Hamel, E., & Bouchaud, O. (2022). Médiation en santé : Concepts, définitions, métiers. *La santé en action*, 460, 10-11.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Questionnaire à destination des médiateurs et médiatrices en santé

Questionnaire médiateur.rices. en santé [Médiation en santé]

L'ARS Bretagne et la FAS Bretagne travaillent sur un projet de développement de la médiation en santé à destination des personnes en situation de précarité. Nous cherchons donc à comprendre le travail de médiation en santé, trouver les points communs entre les différentes expériences existantes et les particularités qu'il peut y avoir sur certains territoires, certains publics ou certaines structures. Nous cherchons aussi à comprendre ce qui peut favoriser et au contraire ce qui peut freiner la mise en place de la médiation en santé.

* Obligatoire

Le poste de médiateur.rice en santé

1. Dans quelle structure travaillez-vous ? *

2. Quels sont les missions et objectifs de votre travail?

3. Comment définiriez-vous votre travail?

4. Comment définiriez-vous votre poste et rôle au sein de l'équipe (*salarié, professionnel, membre de l'équipe, électeur libre, travailleur social, traducteur, ouïl, représentants d'utilisateurs...*) ?

5. Quel est le profil des personnes que vous accompagnez ?

6. Les personnes que vous accompagnez

- prennent contact directement avec vous
- sont orientées par un professionnels de votre équipe
- sont orientées par un professionnels externes à votre équipe
- Autre

7. Qu'est ce qui détermine la fin de l'accompagnement ?

8. Que pensez-vous que votre travail apporte aux personnes accompagnées ?

9. Que pensez-vous que votre travail apporte à vos collègues ?

10. Avez-vous commencé vos actions/mission dès le début de votre prise de poste ?

- Oui
- Non

11. Si non, qu'est-ce qu'il a été nécessaire de faire pour préparer vos missions/actions ?

Conditions de travail

12. Travaillez-vous en lien avec les autres professionnels de votre équipe ? comment ?

13. Travaillez-vous en lien avec les autres professionnels de votre territoire ? comment ?

14. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique ?

15. Et au contraire, qu'est-ce qui facilite votre pratique ?

16. Vous êtes en

- CDD
- CDI
- Temps complet
- Temps partiel
- Autre

17. Si temps partiel, pouvez-vous préciser le pourcentage ou le nombre d'heures hebdomadaires?

18. Quel est votre salaire net mensuel?

19. Etes-vous satisfait.e de :

(cochez la case si vous êtes satisfait.e)

votre salaire

vos conditions de travail

votre temps de travail

vos missions

20. Qu'est-ce que vous souhaiteriez qui soit amélioré sur votre poste/fonction/statut ?

21. Etes-vous en lien avec d'autres médiateur.rices en santé?

(vous pouvez si vous le souhaitez nous en dire plus : dans quel cadre, comment, etc)

22. Faites-vous des analyses de pratiques ? dans quel cadre ?

Intégration dans l'équipe et prise de poste

23. Comment s'est passée votre intégration dans l'équipe ?

24. Pensez-vous qu'il y a des choses qui auraient pu être améliorées, faites autrement ?

Si oui, lesquelles ?

25. Pensez-vous qu'il y a, au contraire des choses qui sont à reproduire, à systématiser ?

si oui, lesquelles?

26. Votre fonction est-elle connue des professionnels de la santé du territoire ?

27. Et des professionnels du social ?

28. Est-elle reconnue par ces deux secteurs ?

Compétences et valorisation

29. Quelles sont selon vous les compétences nécessaires à l'exécution de votre travail ?

30. Y a-t-il des compétences qui ne sont pas nécessaires, mais qui vous sont utiles ?

31. Avez-vous suivie une formation spécifique pour effectuer ce travail ?

(si oui, pouvez-vous préciser laquelle?)

32. Y a-t-il des valeurs qui, pour vous, sont indissociables de la médiation en santé ?

33. Comment pensez-vous que votre fonction actuelle pourrait être (plus) valorisée ?

34. Quels sont les besoins que vous rencontrez aujourd'hui ?

Compléments

35. Avons nous oublié d'aborder quelque chose? Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Contact

36. Acceptez-vous que l'on vous contacte pour vous poser quelques question complémentaires ou pour réaliser un entretien ?

oui

non

37. Coordonnées auxquelles nous pouvons vous contacter

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms

II. Annexe 2 : Questionnaire à destination des équipes

Questionnaires équipes - [médiation en santé]

L'ARS Bretagne et la FAS Bretagne travaillent sur un projet de développement de la médiation en santé à destination des personnes en situation de précarité. Nous cherchons donc à comprendre le travail de médiation en santé, trouver les points communs entre les différentes expériences existantes et les particularités qu'il peut y avoir sur certains territoires, certains publics ou certaines structures. Nous cherchons aussi à comprendre ce qui peut favoriser et au contraire ce qui peut freiner la mise en place de la médiation en santé.

* Obligatoire

Les contours du poste de médiateur.rice

1. Dans quelle structure travaillez vous ? *

2. Quelles sont selon vous les compétences nécessaire pour exercer ce métier ?

3. Quelles sont les missions et objectifs [du.de](#) la médiateur.rice ?

4. Qui est-ce qui décide de ses interventions / actions ?

5. Comment les personnes accompagnées/usagères viennent à lui/elle ?

- Les personnes [le.la](#) contacte d'eux même
- C'est un professionnel externe à la structure qui les oriente
- C'est un professionnel de l'équipe à la structure qui les oriente
- Autre

Recrutement

6. Comment est venue l'idée de recruter un-e médiateur-ice dans l'équipe ?

Pourquoi ? Qui l'a décidé ?, Qu'est-ce qui a motivé son recrutement? etc

7. Comment l'avez-vous recruté ?

8. Le poste est-il financé de manière pérenne ou non pérenne ?

Oui

Non

Autre

9. Comment ce poste est financé ?

10. Quels sont pour vous, les avantages de ce modèle de financement ?

11. Quels sont les inconvénients ?

12. Qu'est-ce qui a favorisé l'obtention des financements pour le recrutement ?

Apports pour les usagers, personnes accompagnées, concernées

13. Avez-vous l'impression que l'arrivée de ce poste a fait évoluer des choses pour les personnes accompagnées ? lesquelles ?

14. Selon vous, qu'est-ce qu'il ou elle leur apporte ?

15. Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il leur apporte ?

Accueil au sein de l'équipe

16. Qu'est-ce qui a facilité son intégration dans l'équipe?

17. Qu'est-ce qui a compliqué son intégration dans l'équipe ?

Relations au sein de l'équipe

18. A quelles occasions êtes-vous en contact avec lui/elle, est-ce un travail d'équipe, ou en autonomie ?

Comment, quand, pourquoi le ou la sollicitez-vous par exemple ?

Valorisation

19. Selon vous que faudrait-il faire pour valoriser (plus) ce poste/métier/fonction/statut ?

Compléments

20. Avons-nous oublié d'évoquer quelque chose? Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Contacts

21. Acceptez-vous que l'on vous contacte pour vous poser quelques question complémentaires ou pour réaliser un entretien ?

Oui

Non

22. Coordonnées auxquelles nous pouvons vous contacter

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms

III. Annexe 3 : Guide d'entretien – médiateur et médiatrice en santé

Contexte de l'entretien

L'ARS et la FAS travaillent sur un projet de développement de la médiation en santé à destination des personnes en situation de précarité. Nous cherchons donc à comprendre le travail de médiation en santé, trouver les points communs entre les différentes expériences existantes et les particularités qu'il peut y avoir sur certains territoires, certains publics ou certaines structures. Nous cherchons aussi à comprendre ce qui peut favoriser et au contraire ce qui peut freiner la mise en place de la médiation en santé.

Conditions de l'entretien

Nous aborderons au cours de cet entretien différents sujets/thèmes :

Les contours de votre poste de médiateur-ices

Vos conditions de travail

La phase d'intégration dans l'équipe

Vos compétences pour exercer ce métier

La valorisation de ce métier

Si une de mes questions ne vous met pas à l'aise, sentez-vous libre de me dire que vous ne souhaitez pas y répondre, il n'y a aucun problème.

L'entretien sera **anonymisé** dans la mesure du possible.

Etes-vous ok pour que **j'enregistre l'entretien**, pour que je puisse après le retranscrire et l'anonymiser ?

Poste de médiateur-ices

Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez ?

Comment êtes-vous arrivé à ce poste de travail ?

Pouvez-vous me parler de votre parcours, ce qui vous a amené à ce poste ?

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail ?

- Missions
- Objectifs
- Définition du travail/poste
- Vos attentes

Comment définiriez-vous votre poste et rôle au sein de l'équipe (salarié, professionnel, membre de l'équipe, électeur libre, travailleur social, traducteur, outil, représentants d'utilisateur...) ?

Quel est le profil des personnes que vous accompagnez ?

Combien de temps accompagnez-vous les personnes ?

Qu'est ce qui détermine la fin de l'accompagnement ?

Que pensez-vous que votre travail apporte :

- Aux personnes accompagnées par la structure ?
- A vos collègues ?
- A la structure ?

Concrètement, quelles sont les actions que vous mettez en place ?

- Pouvez-vous me donner des exemples ?

Pouvez-vous me donner un exemple de situations que vous considérez comme des réussites ?

Comme des échecs ?

Avez-vous commencé vos actions/mission dès le début de votre prise de poste ? (=> vois si la personne a d'abord fait diagnostic, ou d'abords tenter de créer des liens partenariaux, ou tout de suite accompagné des gens)

Conditions de travail

Qui est-ce qui décide de vos interventions / actions ?

Est-ce les usagers/personnes accompagnées qui vous contactent directement ? Est-ce que c'est un professionnel qui les oriente vers vous ?

Travaillez-vous en lien avec les autres professionnels de votre équipe ? comment ? pouvez-vous donner des exemples ?

Travaillez-vous en lien avec les autres professionnels de votre territoire ? comment ? pouvez-vous donner des exemples ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique ?

Et au contraire, qu'est-ce qui facilite votre pratique ?

Etes-vous en CDD, en CDI ?

Etes-vous sur un temps plein ou un temps partiel ?

Quel est votre salaire ?

Comment vous sentez-vous dans ce poste ?

Etes-vous satisfait de :

- votre salaire ?
- vos conditions de travail ?
- votre temps de travail ?
- vos missions ?

Que pensez-vous de votre charge de travail ?

Etes-vous en liens avec d'autres médiateurices en santé ?

Faites-vous des analyses de pratiques ? dans quel cadre ?

Intégration

Comment avez-vous été recruté ?

Savez-vous pourquoi ?

Comment s'est passée votre intégration dans l'équipe ?

Pensez-vous qu'il y a des choses qui auraient pu être améliorées, faites autrement ?

Pensez-vous qu'il y a, au contraire des choses qui sont à reproduire, à systématiser ?

Savez-vous si certaines choses ont facilité la création du poste de médiateur·ices ?

Au contraire, certaines choses ont-elles freiné la création de ce poste ?

Votre fonction est-elle connue des professionnels de la santé ?

Des professionnels du social ?

Est-elle reconnue par ces deux secteurs ?

Compétences & Valorisation

Quelles sont selon vous les compétences nécessaires à l'exécution de votre travail ?

Y a-t-il des compétences qui ne sont pas nécessaires, mais qui vous sont utiles ?

Avez-vous suivie une formation spécifique pour effectuer ce travail ?

Y a-t-il des valeurs qui pour vous sont indissociables de la médiation en santé ?

Comment pensez-vous que votre fonction actuelle pourrait être (plus) valorisée ?

Qu'est-ce que vous souhaiteriez qui soit amélioré sur votre poste/fonction/statut ?

Quels sont les besoins que vous rencontrez aujourd'hui ?

IV. Annexe 4 : Guide d'entretien – équipe

Contexte de l'entretien

L'ARS et la FAS travaillent sur un projet de développement de la médiation en santé à destination des personnes en situation de précarité. Nous cherchons donc à comprendre le travail de médiation en santé, trouver les points communs entre les différentes expériences existantes et les particularités qu'il peut y avoir sur certains territoires, certains publics ou certaines structures. Nous cherchons aussi à comprendre ce qui peut favoriser et au contraire ce qui peut freiner la mise en place de la médiation en santé.

Conditions de l'entretien

Nous aborderons au cours de cet entretiens différents sujets/thèmes :

Les contours du poste de médiateur·ices

Le recrutement

Les apports pour les personnes accompagnées ou usagères

Accueil au sein de l'équipe

Relation au sein de l'équipe

Si une de mes questions na vous met pas à l'aise, sentez-vous libre de me dire que vous ne souhaitez pas y répondre, il n'y a aucun problème.

L'entretien sera **anonymisé** dans la mesure du possible.

Etes-vous ok pour que **j'enregistre l'entretien**, pour que je puisse après le retranscrire et l'anonymiser ?

Les contours du poste de médiateur·ices

Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez ?

Comment est arrivée l'idée de recruter un·e médiateur·ices?

- Pourquoi ?
- Qui l'a décidé ?
- Qu'est-ce qui a motivé son recrutement ?

Quelles sont selon vous les compétences nécessaire pour exercer ce métier ?

Quelles sont les compétences non nécessaires mais qui sont utiles à la pratique ?

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le travail du/de la médiateur·ices?

- Missions
- Objectifs
- Définition du travail/poste
- Vos attentes

Concrètement, quelles sont les actions qu'il ou elle a mis ou met en place ?

- Pouvez-vous me donner des exemples ?

Qui est-ce qui décide de ses interventions / actions ?

Comment les personnes accompagnées/usagères viennent à lui/elle ?

Recrutement

Comment avez-vous recruté ?

Comment ce poste est financé ?

Le poste est-il financé de manière pérenne ou non pérenne ?

Quels sont pour vous, les avantages de ce modèle de financement ?

Quels sont les inconvénients ?

Qu'est-ce qui a favorisé l'obtention des financements pour le recrutement ?

Avez-vous du soutien de la part d'une ou plusieurs institutions ?

Apports pour les usagers, personnes accompagnées

Avez-vous l'impression que l'arrivée de ce poste a fait évoluer des choses pour les personnes accompagnées ?
lesquelles ?

Selon vous, qu'est-ce qu'il ou elle leur apporte ?

Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il leur apporte ?

Accueil au sein de l'équipe

Comment a été prise la décision d'accueillir un-e médiateur-ices dans l'équipe ? (*est-ce une décision collective, une décision descendante*)

Comment s'est déroulé son intégration dans l'équipe ?

- Ce qui l'a facilité ?
- Ce qui a été compliqué ?

Relation au sein de l'équipe

Quelles sont selon vous, les difficultés auxquelles il ou elle fait face ?

Qu'est-ce qui favorise son travail ?

A quelles occasions êtes-vous en contact avec lui/elle, est-ce un travail d'équipe, ou en autonomie ?

Comment le/la sollicitez-vous ?

- Quand ?
- Pourquoi ?

Valorisation

Selon vous que faudrait-il faire pour valoriser (plus) ce poste/métier/fonction/statut ?

V. Annexe 5 : Grilles d'analyse concernant les missions et moyens d'actions des médiateurs en santé, leurs profils et compétences

	Médiateur.ices	Médiateur.ices pair.es	Equipe	Commun	Particularité due à : 1 profil, 1 public, 1 territoire
Missions					
Compétences					
Profils					
Comment / méthode					

VI. Annexe 6 : Grille d'analyse concernant les attentes, les besoins et les effets remarquables

Besoins & attentes	Moyens d'action / mission (en relation avec la grille d'analyse « définition »)		Effets remarquables
	Commun	Particularité	

VII. Annexe 7 : Matrice SWOT

Clé de lecture de la matrice (pages ci-après) : les numéros indiqués à côté de chaque atout, faiblesse, opportunité et menace renvoient à la préconisation à laquelle ils se réfèrent. Par exemple, la préconisation 1 a pour objectif de pallier les faiblesses et menaces annotées du numéro 1, en utilisant comme ressources les atouts et opportunités annotés 1.

	Positif		Négatif	
	FORCES		FAIBLESSES	
Intérieur	<p>Intrinsèque aux équipes :</p> <p>Un médiateur inclus dans une équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permet des échanges de pratique entre collègues ⇒ Permet du soutien entre collègues ⇒ Permet un regard nouveau et des informations différentes lors des temps d'équipe dédiés à l'accompagnement ⇒ Le médiateur est aussi un outil pour les collègues, apporte un regard différent et des informations nouvelles ⇒ Facilite le lien entre professionnels de l'équipe et le médiateur pour permettre l'orientation des personnes vers le ou la médiatrice + facilite sa mobilisation par les professionnels ⇒ Permet de travailler en binôme pluriprofessionnel <p><i>Lors d'entretiens ou visites à domicile communes</i></p> <p><i>Lors d'analyse de situations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le médiateur permet de faire le lien avec les professionnels du territoire ⇒ Être inclus dans une équipe pluriprofessionnelle permet le croisement des regards <p>Un médiateur inclus dans une équipe de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les collègues soignants sont aussi des personnes-ressources pour le ou la médiatrice ⇒ Permet aux professionnels de la santé de mieux comprendre les professionnels du social et du médicosocial ⇒ Permet aux professionnels de la santé de mieux comprendre les difficultés sociales des personnes ayant un impact sur leurs difficultés de santé (santé globale) 	1	<p>Intrinsèque aux équipes :</p> <p>Isolement du poste de médiateur, non inclus dans une équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pas de secret professionnel partagé, donc difficultés à échanger sur les situations ⇒ Des conditions de travail matérielles dégradées ⇒ Pas de possibilité d'échanges informels comme de sas de décompression ⇒ Arrêt des accompagnements en cas d'absence / pas de relai possible ⇒ Charge de travail et charge mentale importante <p>Un contexte de travail dans un réseau de professionnels libéraux</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le statut libéral ne permet pas aux professionnels d'accompagner le ou la médiatrice en santé en début de prise de poste (pas de temps RH dégagé) <p>Des missions déterminées par une institution et non une équipe de terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Déconnexion des besoins des publics + risque de charge de travail importante + risque de missions trop nombreuses ⇒ Pas de liens avec d'autres professionnels <p>Une charge de travail trop importante</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Due au manque d'explications des collègues lors de l'adressage ⇒ Due au manque de délimitation du cadre d'intervention du ou de la médiatrice ⇒ Due à la mauvaise compréhension des professionnels/collègues du rôle des médiateurs en santé ⇒ Due au manque de définition préalable à l'embauche du poste et de ses missions 	1, 2
				20
				1, 20
				15
				15, 20
				15
				15, 20

<p>Un médiateur inclus dans une équipe sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permet de créer du lien avec les professionnels de santé du territoire, et d'obtenir les informations de santé nécessaires à l'accompagnement social ⇒ Permet de décharger les travailleurs sociaux des accompagnements vers le soin pour se consacrer aux accompagnements sur d'autres difficultés ⇒ Les collègues travailleurs sociaux sont aussi des personnes-ressources pour le ou la médiatrice 	1	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Due une trop grande diversité des missions 	15, 20
<p>Une médiation portée par un binôme ou une équipe pluriprofessionnelle en multiréférence</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Missions de médiation partagées ⇒ Permet de pallier l'absence d'un médiateur, pas d'interruption des accompagnements ⇒ Mutualisation de compétences et croisement des regards ⇒ Permet l'entraide entre collègue ou l'entraide entre médiatrices ⇒ Si binôme de médiatrices, des réunions régulières permettent d'harmoniser les pratiques 	2	<p>Un salaire bas</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cause de l'insatisfaction ⇒ Ne fidélise pas sur le poste ⇒ Crée des disparités salariales entre les territoires <p><u>En amont du recrutement</u></p> <p>Une absence de contours de poste, de définition des missions préalablement au recrutement</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Induit une absence de limites du poste et donc une surcharge de travail ⇒ Induit une trop grande diversité des missions, dont une partie sortent du cadre de la médiation en santé ⇒ De trop nombreuses missions réalisées sur des horaires de travail « exceptionnels » ⇒ Une confusion possible entre les missions du ou de la médiatrice et les missions d'un travailleur social, d'autant plus si l'équipe pluriprofessionnelle a déjà un TS en son sein 	33 15, 17 15, 17 20 17
<p>Une présence du ou de la médiatrice sur le site où le public cible vient rencontrer les autres professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Facilite sa mobilisation par les professionnels (pour orientation PA ou pour avis/conseils) ⇒ Être au contact du public cible facilite le lien avec les personnes concernées ⇒ Facilite son intégration dans l'équipe 	4	<p>Un temps partiel dédié à la médiation en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Temps partiels de médiation en santé en cause de financements insuffisants ⇒ Ou lorsque les besoins ne sont pas suffisants pour un temps plein ⇒ Difficile de recruter des médiateurs à temps partiels ⇒ Un temps prévu pour la médiation en santé trop faible pour répondre au besoin du public cible ⇒ Si double fonction, peut être difficile de réaliser ses différentes missions, la médiation nécessitant une grande disponibilité et réactivité (répondre rapidement aux besoins et sollicitation – risque d'entraver la bonne exécution des missions de l'autre fonction) 	32
<p>Doter le ou la médiatrice d'équipements et de fournitures suffisantes pour exercer ses missions dès le début de la prise de poste</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Téléphone portable : facilite et maintien le lien de confiance ⇒ Véhicule ⇒ Bureautique 	4 31	<p><u>Au moment du recrutement</u></p> <p>Des termes du contrat de travail non explicités dès le début</p>	19
<p>Engagement militant des professionnels de santé et vision globale de la santé portée par l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Facilite l'intégration du ou de la médiatrice en santé dans l'équipe car les professionnels voient la nécessité <p><u>En amont du recrutement</u></p>	23	<p><u>Après le recrutement</u></p> <p>Absence d'accompagnement en début de prise de poste, particulièrement dans le cadre d'un recrutement d'un médiateur non formé et/ou non expérimenté</p> <p>Des conditions matérielles de travail précaires</p>	23

<p>Une sensibilisation des membres de l'équipe (et du CA si statut associatif) sur les missions de médiation en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Information sur la fonction de médiation en santé ⇒ Travail de projection sur l'organisation avec cette nouvelle fonction ⇒ Travail collectif autour de l'intégration de travailleurs pairs dans l'équipe (voir rapport FAS Bretagne) ⇒ Une bonne connaissance de la fonction, des objectifs et de l'intérêt d'avoir cette fonction au sein de l'équipe facilite son intégration et sa mobilisation ⇒ Définir le périmètre d'action et les missions du médiateur <p>Une prise de décision de recruter un médiateur qui est collective et qui fait consensus</p> <p><u>Au moment du recrutement</u></p> <p>Recruter des médiateurs en santé ou des médiateurs pairs en santé déjà connus des professionnels, des partenaires et/ou des personnes accompagnées</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permet de faciliter l'intégration ⇒ Permet de faciliter la définition des missions <p><u>Après le recrutement</u></p> <p>Soutenir le ou la médiatrice en début de prise de poste</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ RDV régulier pour faire le point, dégager du temps RH ⇒ Assister à des consultations ou entretiens individuels en binôme avec un collègue <p>Réaliser des supervisions et analyses de pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Supervision, particulièrement en début de poste : des temps d'échange réguliers pour savoir quelles situations prioriser ⇒ Analyses de pratiques régulières avec un intervenant extérieur, en équipe <p><u>Intrinsèque aux médiateurs et médiatrices en santé</u></p> <p>Expériences professionnelles antérieures dans le domaine du social et/ou de la santé (métiers de l'humain)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Connaissance du secteur du social ⇒ Connaissance du secteur de la santé, des services de soins 	<p>15</p> <p>15, 17</p> <p>15, 17</p> <p>15</p> <p>15, 17</p> <p>16</p> <p>19</p> <p>23, 26</p> <p>23, 26</p> <p>24</p> <p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pas d'accès à une imprimante ⇒ Pas de mise à disposition de véhicule (particulièrement en milieu rural ou semi-rural) ⇒ Pas de mise à disposition de véhicule adapté PMR ⇒ Pas de bureau à disposition <p><u>Intrinsèque aux médiateur et médiatrices en santé</u></p> <p>Une médiatrice qui se trouve en situation de fragilité psychologique dans une équipe non préparée</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Qui n'arriverait pas à prendre de recul vis-à-vis de la souffrance des personnes accompagnées ⇒ D'autant plus dans une équipe qui n'a pas les moyens de dégager du temps d'accompagnement <p>Une méconnaissance du secteur du travail social</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ D'autant plus lorsque l'on travaille avec des publics en situation de précarité 	<p>31</p> <p>31, 21</p> <p>31</p> <p>31</p> <p>26</p> <p>8</p>
--	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Connaissance du système d'accès aux droits : les démarches d'accès aux droits, connaître les droits, le fonctionnement des aides et prestations sociales, le secteur du logement social ⇒ Développement d'expertise de certains publics ⇒ Avoir un profil d'IDE : ouvre des portes auprès des professionnels de la santé, notamment libéraux, du territoire 			
<p>Expériences professionnelles antérieures en tant que travailleur pair</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Connaissance de ses propres limites ⇒ Connaissance du secteur du social et/ou de la santé ⇒ Connaissance du public, particulièrement si le public cible est un public en situation de précarité ⇒ Posture de médiation en santé pair déjà acquise 	<p>5, 26 5 5</p>		
<p>Des postes de médiateurs pair en santé à temps partiel</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un temps partiel choisi ⇒ Intégration plus douce ⇒ Protection de la santé mentale au travail (voir rapport intégration TP – FAS Bretagne) 	<p>5, 26 32</p>		
<p>Des compétences et savoir-être facilitant le travail de médiation en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Voir tableau des savoir-être ⇒ S'avoir s'affirmer face aux professionnels de santé ⇒ Être autonome ⇒ Voir tableau des savoir-faire ⇒ Voir tableau des connaissances 	<p>6 23 23,6</p>		
<p>Un médiateur qui a une bonne connaissance de son territoire</p>	<p>7 8</p>		
<p><u>En début de prise de poste</u></p>			
<p>Définition du cadre du poste, en équipe, avec le ou la médiatrice</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les missions ⇒ Les actions ⇒ Les procédures ⇒ Les limites ⇒ Les objectifs ⇒ Les outils ⇒ Proportion accompagnements individuels / ateliers collectifs 	<p>21 18, 21</p>		

	<p>Rencontre du ou de la médiatrice avec tous les partenaires du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Professionnels de santé du territoire ⇒ Professionnels du social du territoire ⇒ Professionnel médicosocial du territoire ⇒ Structures associatives du territoire 	27		
Extérieur	<p style="text-align: center;">OPPORTUNITES</p> <p><u>Intrinsèque aux équipes</u></p> <p>Lien avec les membres de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Echanges formels (réunions ; temps de concertation ; entretiens individuels/consultations et VAD réalisés en binôme) ⇒ Echanges informels sur les situations <p><u>En début de prise de poste</u></p> <p>Rencontrer tous les collègues individuellement</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Se présenter et présenter ses missions pour faciliter les orientations ⇒ Comprendre les missions de chacun des collègues <p>Etudier en équipe ou en binôme les freins d'accès aux soins sur le territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pour éviter que le médiatrice se trouve seul face à une absence de solutions ⇒ Permet de délimiter les limites du poste <p>Une intégration dans une équipe pluriprofessionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fait bénéficier du réseau professionnel de chacun des membres de l'équipe pour débloquer des situations ⇒ Le médiateur n'est pas seul, il a le soutien de ses collègues ⇒ Intégration de la médiation dans une pratique existante <p>Un accès à l'interprétariat facilite le travail des médiateurs et médiatrices en santé travaillant avec les publics exilés ou allophones</p> <p><u>Intrinsèque aux médiateurs et médiatrices en santé</u></p> <p>Avoir l'opportunité d'échanger sur ses difficultés</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Avec ses collègues (échanges informels – en équipe) ⇒ Lors de supervisions 	<p>1</p> <p>25</p> <p>18, 21</p> <p>1</p> <p>21</p> <p>23</p>	<p style="text-align: center;">MENACES</p> <p><u>Intrinsèque aux équipes</u></p> <p>Des missions qui ont pour objectif de pallier les manques d'un territoire</p> <p>Ne pas avoir suffisamment de temps d'encadrement à accorder au ou à la médiatrice en santé recrutée</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Travail pouvant être pressurant ⇒ Travail qui consiste à recueillir les difficultés des personnes => veille santé mentale du ou de la médiatrice en santé ⇒ Particulièrement si recrutement d'une personne pas encore autonome sur ses missions ⇒ Particulièrement si recrutement d'une personne présentant des fragilités personnelles <p><u>Intrinsèque aux manques de formations / mises à niveau sur des sujets spécifiques</u></p> <p>Un manque d'accessibilité des formations sur des sujets spécifiques relatifs aux publics accompagnés ou aux problématiques de ces publics</p> <p>Peu d'accompagnement lors de la prise de poste / peu de formations à la médiation en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Absence de mentorat / tutorat ⇒ Peu de formations accessibles à toutes et tous ⇒ Pas de formation spécifique à l'accompagnement des publics cibles <p><u>Intrinsèque au secteur d'activité du travail social</u></p> <p>La grande proximité entre médiation en santé et travail social</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Peut créer de la confusion ⇒ Crainte de la mise en concurrence des postes 	<p>17</p> <p>23, 6, 26</p> <p>10, 9</p> <p>34</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>27, 37</p>

<p><u>En début de prise de poste</u> Rencontre des partenaires du quartier pour expliquer les contours de son poste 27</p> <p>Intrinsèque au secteur d'activité du travail social Construire les contours du poste en fonction des besoins prioritaires sur le territoire ⇒ Eviter les relations concurrentielles 17 ⇒ Penser l'articulation entre les missions de la médiation en santé et les missions des travailleurs sociaux du territoire 17, 21</p> <p>Construire les contours du poste en fonction des besoins des publics accompagnés 17, 21</p> <p>Clarifier auprès des acteurs sociaux du territoire le contour du poste 27, 30 ⇒ Pour lever les réticences ⇒ Pour favoriser le partenariat</p> <p>Pouvoirs construire un réseau partenarial et l'entretenir ⇒ Avec les travailleurs sociaux du territoire (particulièrement si exerce dans une structure de santé) 27, 29, 30, 37 ⇒ Avec le tissu associatif du territoire, notamment qui fait de l'accompagnement administratif 27, 29 ⇒ Permet un connaissance et reconnaissance de la médiation en santé qui peut déboucher vers une orientation mutuelle de personnes 27, 29, 30</p> <p>L'accessibilité des professionnels sociaux et médicosociaux du territoire facilite le travail du ou de la médiatrice 29, 37</p> <p>Intrinsèque au secteur d'activité de la santé Pouvoir construire un réseau partenarial et l'entretenir ⇒ Travailler avec les professionnels de santé du territoire (y compris si intégré dans une équipe de santé) 29 ⇒ Développer du lien avec les hôpitaux du territoire 27, 29 ⇒ Développer du lien avec les pharmacies du territoire 27, 29 ⇒ Développer du lien avec les organismes de santé (CPAM, MSA) 27, 29 ⇒ Permet un connaissance et reconnaissance de la médiation en santé qui peut déboucher vers une orientation mutuelle de personnes 27, 29</p>	<p>27</p> <p>17 17, 21</p> <p>17, 21</p> <p>27, 30</p> <p>27, 29, 30, 37 27, 29</p> <p>27, 29, 30</p> <p>29, 37</p> <p>29</p> <p>27, 29 27, 29 27, 29 27, 29</p>	<p>Un secteur social peu stable ⇒ Turnover important : Nécessite renouvellement permanent d'explication des contours et missions du poste</p> <p>Une méconnaissance relative de la médiation en santé par les professionnels du social 27, 37 ⇒ Peu de sensibilisation ⇒ Parfois non évoquée dans les formations des travailleurs sociaux</p> <p>Intrinsèque au secteur d'activité de la santé Une faible démographie médicale / désert médicaux 21 ⇒ Saturation de secteur de la santé complique l'obtention de RDV (médecine générale et spécialisée) ⇒ Délai de RDV très longs ⇒ Diminue l'accessibilité aux soins (problématique de mobilité)</p> <p>Un secteur sous tension ; manque de moyens financiers des services publics du soin 21, 41, 42 ⇒ Saturation des services de santé => délais de RDV extrêmement longs ⇒ Impacte prioritairement les plus éloignés du soin ⇒ Mène à l'absence de réponses aux situations les plus complexes ⇒ Saturation des dispositifs santé-précarité ⇒ Saturation des dispositifs de médiation en santé</p> <p>Une profonde méconnaissance de la médiation en santé par les professionnels de la santé 27, 36 ⇒ Professionnels hospitaliers 27, 36 ⇒ Professionnels libéraux (généralistes et spécialistes) 27 ⇒ Secrétaires médicales 27, 36 ⇒ Mauvais usage de la médiation en santé par des professionnels peu sensibilisés 27, 36 ⇒ Inexistence de la médiation en santé dans les programmes de formation initiales en médecine 27, 36</p> <p>Une méconnaissance de la médiation en santé exercée par les travailleurs pairs ⇒ Inexistence de la médiation en santé exercée par les pairs dans les formations initiales en médecine 21</p>	<p>30</p> <p>27, 37</p> <p>21</p> <p>21, 41, 42</p> <p>27, 36 27, 36 27 27, 36 27, 36 27, 36</p> <p>21</p>
--	--	--	--

<p>Une sensibilisation à la médiation en santé auprès des professionnels du soin, réalisée par des professionnels de la santé, de pair à pair</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Assure une oreille plus attentive ⇒ Augmente la légitimité 	28	<p>Une méconnaissance des publics en situation de précarité dans les cabinets libéraux</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ « Un barrage filtrant » réalisé par les secrétaires médicales => refus de soins ⇒ Absence de sensibilisation aux contraintes et besoins des publics en situation de précarité dans les programmes de formation initiale 	26
<p>Une médiation qui répond aux problématiques des soignants</p>	36		
<p><u>Intrinsèque aux institution /contexte politiques</u></p>			
<p>Obtenir des financements pérennes</p>		<p>La tarification à l'acte des professionnels de santé</p>	42
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permet le CDI 	39, 40	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Limite le temps disponible pour l'encadrement d'un ou d'une médiateurice en santé (si recrutement dans une structure de soin) 	42
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permet une égalité de statut avec les autres salariés de l'équipe => légitimité 	39, 40	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Limite les possibilités d'interroger les déterminants de santé en consultation 	42
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ancrer les actions et les accompagnements dans le temps 	39, 40	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Limite les possibilités de travailler en coordination avec la médiation en santé 	5, 28
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Assurer un suivi au long cours des personnes accompagnées 	39, 40		
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Assure un travail partenarial 	39, 40		
<p>La présence de permanence d'organisme de santé sur le quartier / en proximité</p>	29	<p>Un entre soi médical : Cloisonnement des secteurs</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permet de tisser du lien 		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Difficulté à dialoguer avec les professionnels du soin pour les professions non reconnues/connues comme professionnels de la santé (légitimité non perçue) 	5
<p>Soutien politique et institutionnel</p>	38	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ La barrière du secret médical 	5
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ De l'ARS 		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Peu de partenariat avec les structures sociales 	42
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ De la CPAM 			
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ De la ville 			
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ De la DIHAL (dans le cas des dispositifs Un Chez Soi d'Abord) 			
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Rassure les professionnels de santé (lorsque recruteurs) 		<p>Manque d'adaptabilité du secteur médical</p>	42
<p>Imaginer la médiation en santé dans le droit commun (selon un principe d'universalisme proportionné)</p>		<p>Un recours à l'interprétariat trop faible (voire inexistant)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pourrait permettre une meilleure reconnaissance du métier 	40, 41	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ En médecine libérale 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pourrait permettre l'intégration de la fonction médiation en santé dans les conventions ACI, dans les conventions avec la CPAM 	40, 41	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dans le secteur hospitalier 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pourrait permettre l'intégration de la fonction dans les structures sociales et/ou santé précarité 	41	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dans le secteur psychiatrique 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Financement de la fonction 	40, 41	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ En structure de santé mentale de ville 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gradation des moyens ETP et financiers en fonction des besoins des publics et de leur territorialisation 	41	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Refus de certains professionnels de recourir à l'interprétariat ou recours aléatoire 	42
<p><u>Liens avec d'autres médiateurs et médiatrices en santé :</u></p>		<p><u>Intrinsèque aux personnes accompagnées :</u></p>	
<p>S'organiser en réseau de médiateur en santé permet d'échanger sur :</p>	34, 35	<p>Une file active pour les médiateurices en santé qui s'allonge</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Manque de temps 		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Manque de moyens RH (médiateurices en santé) 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Manque de moyens RH (médiateurices en santé) 		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Liste d'attente 	
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Liste d'attente 		<p><u>Intrinsèque aux institution /contexte politiques :</u></p>	38, 39, 40

<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ses difficultés ⇒ Ses pratiques et postures ⇒ D'échanger des conseils ⇒ Des échanges possibles lorsque les conditions de travail sont similaires (en termes de publics et de territoire) ⇒ Nourrit la pratique des médiateurs ⇒ Pallie un peu l'isolement (si c'est le cas) 		<p>L'absence de financements pérennes</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Précarise le poste ⇒ Induit une activité chronophage : réaliser des demandes de financement (appels à projet) parfois annuelle ⇒ Ampute le travail d'accompagnement ⇒ Insécurise les accompagnements (si pas de renouvellement de subventions : fin brutale des accompagnements) ⇒ Délégitime le poste ⇒ Restreignent les possibilités de partenariats ⇒ Une reconnaissance que partielle de la part des institutions 	<p>39, 40</p> <p>39, 40</p> <p>39, 40</p> <p>38, 39, 40</p> <p>36, 39</p> <p>38, 40</p> <p>38, 39, 40</p>
<p>Participer au réseau de médiateur en santé pairs permet d'échanger sur (UCSA - niveau national)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Partage d'expérience sur les pratiques ⇒ D'échanger sur ses difficultés ⇒ D'échanger des conseils 	<p>34</p>	<p>Des financements insuffisants</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Obligent au temps partiel, ETP en deçà des besoins 	<p>39, 40</p>
<p>Participation des médiateurs en santé pairs au réseau de pair-aidants en Bretagne</p>	<p>34</p>	<p>Un système de financements basé sur les réponses à appel à projets</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Activité chronophage et énergivore ⇒ Insécurise les accompagnements ⇒ Oblige à recruter une personne autonome, efficace rapidement, incompatible avec un projet nécessitant un important temps d'accompagnement ou du temps de co-construction (type médiation pair) 	<p>38, 40</p>
<p><u>Intrinsèque aux territoires</u></p> <p>Être ancré dans un territoire actif, avec des partenaires de proximité engagés sur le territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Favorise le travail partenarial ⇒ Favorise la solidarité ⇒ Facilite le travail de la médiatrice 	<p>29, 21</p>	<p>Un métier du soin non reconnu => Un système de financements non autosuffisant</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Non intégré aux conventions de la CPAM ⇒ Non financé par la solidarité nationale 	<p>38, 40</p> <p>29</p>
<p>Faire des rencontres régulières avec les partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Accélère le repérage ⇒ Entretiens des liens partenariaux ⇒ Permet de pallier le turn-over des professionnels (notamment du social) 	<p>29, 30</p> <p>29, 30</p> <p>30</p>	<p>Un partenariat avec la CPAM parfois insuffisant</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Droits à la sécurité sociale flous ⇒ Partenariat difficile à établir 	<p>29</p> <p>22</p>
<p>Une localisation d'accès facile pour le public cible</p>	<p>4</p>	<p>Un contexte politique en tension sur le sujet de l'immigration</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Renoncements à l'accès aux droits et aux soins ⇒ Une vigilance accrue des médiatrices énergivore et chronophage 	<p>42</p>
		<p>Une offre de transports médicaux trop contraintes</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dépassement des missions des médiatrices en santé ⇒ Absence de solution, limites des possibilités d'accompagnements du ou de la médiatrice en santé 	

		<p>Dématérialisation des services publics</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Frein à l'accès aux droits ⇒ Frein à l'accès à la santé <p>Mauvaise prise en compte des spécificités et besoins du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Rendre inefficace la médiation en santé <p>Une médiation en santé trop fléchée public précaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Parce que des besoins plus importants pour ces publics ⇒ Induit un désintérêt politique si droit commun non concerné ⇒ Induit une faible reconnaissance du métier, et un faible financement des missions <p><u>Liens avec d'autres médiateurs et médiatrices en santé</u></p> <p>Des réseaux de médiatrices en santé inexistantes ou ne répondant pas aux besoins de ceux-ci</p> <ul style="list-style-type: none"> => espaces pour décharger pour les médiatrices isolées ou couvrant un trop grand territoire => absence d'échange de pratique entre médiatrices en santé => pas de temps d'analyses des pratiques animés par un intervenant extérieur => des réalités de terrains et des missions trop différentes qui limitent la pertinence des échanges => manque de temps <p><u>Manque de reconnaissance de cette profession :</u></p> <p>Des salaires bas</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ecart de salaires importants d'un poste à l'autre ⇒ Des salaires plus bas pour les médiateurs en santé pairs <p>Une méconnaissance de la médiation en santé de la part des élus locaux et surtout nationaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Absence de financements étatiques issus de la solidarité nationale ⇒ Empêche la reconnaissance du métier dans les conventions CPAM, les conventions ACI ⇒ Empêche la reconnaissance en tant que métier, son affiliation à un statut, à un secteur (santé ou social) ⇒ Précarise les médiatrices en santé 	<p>21, 22, 42,</p> <p>17, 21</p> <p>41</p> <p>35</p> <p>34</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>34</p> <p>33</p> <p>38</p>
--	--	---	--

		<p>Une reconnaissance du métier trop partielle</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Confusion avec des métiers similaires, mise en concurrence ⇒ Entrave les relations partenariales et/ou diminue les possibilités partenariales <p><u>Manque de promotion / visibilité de ce métier</u></p> <p>Manque de promotion du métier</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Particulièrement auprès des professionnels encore « frileux » ⇒ Promotion des apports/résultats de cette fonction <p><u>Intrinsèques aux spécificités du territoire</u></p> <p>La médiation en milieu rural</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Des déplacements importants => chronophages ⇒ Des déplacements en hiver => risques et complications ⇒ L'éloignement des structures de soins et des services publics <p>Une médiation en santé qui diffère en fonction des spécificités des publics accompagnés</p> <p>Des déterminants de la santé hors du champ du ou de la médiatrice en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Crise du logement dans certaines villes ⇒ Contextes politiques et socioéconomiques <p>Surdimensionnement du poste par rapport aux spécificités du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un ETP couvrant un secteur géographique trop important ⇒ Un ETP couvrant une file active trop importante ⇒ Risque pour la santé mentale et le bien-être au travail <p>Une création de poste qui ne s'intègre pas dans le réseau local existant</p>	<p>36, 37 36, 38, 37</p> <p>36,37</p> <p>30</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>21</p> <p>17</p>
--	--	--	---

VIII. Annexe 8 : Compte-rendu des échanges avec les délégués et déléguées du CRPA

Une journée d'échange avec les délégués et déléguées du conseil régional des personnes accueillies et accompagnées a été organisée le 28 novembre 2024. 5 d'entre elles et eux ont participé.

La matinée de ce travail a consisté à interroger les délégués sur ce que leur évoquait la médiation en santé à l'aide de capsules vidéo dans lesquelles des médiateurs et médiatrices en santé, pairs et non pairs, exerçant dans différents types de structure et différents territoires français, témoignent (Figure 1).

L'après-midi, les délégués et déléguées du CRPA ont pu faire des propositions sur diverses interrogations sur le poste de médiateur en santé :

- Quelles doivent être ses missions (Annexe 8 - Figure 2) ?
- Quelles sont les compétences importantes pour l'exercice de ces missions (Annexe 8 - Figure 2) ?
- Quels sont les profils les plus adéquats pour exercer la fonction de médiation en santé (Annexe 8 - Figure 3) ?
- Dans quel(s) type(s) de structures des médiateurs et médiatrices en santé devraient être intégrés (Annexe 8 - Figure 4) ?
- Quelles sont les conditions de travail essentielles pour exercer la fonction de médiation en santé (Annexe 8 - Figure 5) ?

VIII.1. Les missions

Les délégués et déléguées du CRPA identifient les missions suivantes pour des postes de médiateurs et médiatrices en santé (Figure 1 et Figure 2) :

- Créer un lien de confiance avec les personnes accompagnées
- Partager son expérience (si médiateur en santé pair) ou ses savoirs
- Encourager les personnes / apporter un soutien psychologique / valoriser les efforts de la personne accompagnée
- Accompagner physiquement les personnes vers les services de soins, les services sociaux et les administrations
- Orienter les personnes vers les services et dispositifs adéquats
- Devenir le porte-parole et le traducteur de la personne accompagnée
- Informer la personne sur ses droits, sur le système de santé, etc
- Repérer les freins et les points de blocage et comprendre les points de blocage dans le parcours de la personne
- Aller à la rencontre des personnes cible (ex : maraudes, pratiques informelles...)
- Récolte de la parole des personnes accompagnées

- Sensibilisation des professionnels, et négociation avec les professionnels et les institutions
- Partager les informations avec les professionnels pour améliorer l'accès aux soins des personnes
- S'appuyer sur un tissu associatif local ainsi que sur les communautés
- Le médiateur en santé doit aider à comprendre le système de santé, à orienter vers une structure adaptée, et pour la prise de rendez-vous.
- Diversité des tâches : préparer (créer le lien de confiance, conseiller), expliquer, amener
- Le médiateur en santé doit prendre en compte la temporalité des publics. Pour un public en situation de précarité, qui agit dans l'immédiateté, il doit pouvoir répondre à la demande tout de suite
- Il fait le lien entre les personnes accompagnées et les professionnels du soin
- Favoriser l'accès aux droits et l'accès aux soins
- Créer des partenariats avec le secteur associatif et les services publics

Les déléguées et délégués du CRPA identifient quelques points de vigilance :

- La médiation en santé ne peut pas tout faire, elle ne peut pas régler les disparités territoriales. Elle doit défendre l'égalité des chances en termes de plaidoyer.
- Pour la création d'un poste de médiateurs en santé, il paraît important pour les délégués du CRPA de prendre en compte les différents contextes : géographique et territoriaux ; les différences de sensibilisation des professionnels du territoire ; les profils et spécificités du public cible
- La médiation en santé ne doit pas remplacer une fonction déjà existante

VIII.2. Compétences

Les délégués et déléguées du CRPA identifient plusieurs compétences nécessaires pour les médiateurs et médiatrices en santé (Figure 1 et Figure 2) :

- Les savoirs expérientiels (dans le cas d'une médiation en santé paire) : plus-value très importante car elle permet de motiver, de donner de l'espoir, et de ne pas généraliser. La légitimité du médiateur en santé pair sera également plus importante que celle d'un médiateur en santé non paire.
- Empathie et impartialité : trouver la bonne distance /proximité
- Savoir trouver un langage commun / savoir adapter son discours
- Savoir développer une proximité relationnelle. A noter que dans le cas de la médiation en santé paire, il peut y avoir une proximité expérientielle utile
- Savoirs utiliser les pratiques informelles
- Savoir s'adapter à la personne
- Disponibilité : par exemple avec un numéro d'urgence ou selon les profils des personnes accompagnées, travailler sur des horaires atypiques (ex : le week-end)
- Non jugement, accepter de ne pas avoir de représentations sur les personnes accompagnées

- Une connaissance du secteur du médicosocial. Celle-ci peut venir soit du vécu, soit de sa formation, soit de son expérience professionnelle.

Les délégués et déléguées du CRPA identifient un point de vigilance : créer la confiance prend du temps, il est donc nécessaire de développer des postes de manière pérenne

VIII.3. Profils

Les délégués et déléguées du CRPA ont ensuite discuté pour déterminer quels étaient les avantages et ou inconvénient des différents profils de médiateurs en santé (Figure 1 et Figure 3) :

- Le profil pair permet : une reconnaissance plus rapide, la création d'un lien de confiance plus rapide, une légitimité plus importante, et il est vecteur d'espoir
- Le profil IDE : il présente un risque puisqu'il y a « *déjà pas assez de soignants* ». Les déléguées et délégués du CRPA se posent la question de la plus-value d'un tel profil. Ils et elles pensent cependant qu'il peut présenter un intérêt pour faciliter la création d'un réseau professionnel
- Le profil travailleur social : présente un risque si celui-ci adopte une posture de travailleur social, particulièrement si les personnes accompagnées sont déjà suivies par une équipe sociale.
- Constituer des binômes de médiateurs en santé : 1 profil pair et un profil autre (IDE ou travailleur social)
- Formations doivent être délivrées en fonction des spécificités du poste, en fonction des besoins des publics et des besoins locaux. Il pourrait s'agir de différents modules qui permettrait au médiateur de s'outiller suivant les besoins de son poste : sur les particularités de son ou ses publics, et les particularités de son territoire.
- Il n'y a pas besoin de formation initiale dans le cas de profil pair. La connaissance du médico-social vient soit du vécu, soit de l'expérience professionnelle ou associative, soit des formations.
- Il semblerait important de proposer des formations pour devenir médiateurs en santé (pairs) aux personnes qui notamment exercent cette fonction de manière bénévole dans des structures associatives. Ces formations devraient être courtes (moins de 6 mois) et pourraient être proposées dans les structures associatives. Ces formations devraient être accessibles, tant sous un prisme géographique, que sous un prisme d'exigence (d'absence) de niveau d'étude

VIII.4. Conditions de travail

Pour les délégués et déléguées du CRPA, il est important que les médiateurs et médiatrice en santé ne soient pas isolés sur leur poste (Figure 5). Il leur paraît important de créer des binômes de médiateurs en santé, constitué d'un médiateur en santé issu d'un profil professionnel, de type infirmier ou travailleur social, et d'un médiateur en santé pair afin de permettre, par des compétences complémentaires, de s'assurer de la réussite de l'action de médiation en santé.

Enfin, pour les déléguées et délégués du CRPA il pourrait être pertinent de proposer aux allocataires du RSA une activité de médiateur en santé pair qui puisse entrer dans les 15h d'activité hebdomadaires (prévue dans la récente réforme du RSA). Cela permettrait aux personnes d'acquérir un rôle social, de remplir les nouvelles conditions d'obtention du RSA et de bénéficier d'opportunité de formation et d'insertion. Il serait cependant pertinent d'augmenter le temps de travail de manière graduelle et de ne pas commencer à 15h d'activité par semaine dès le début.

VIII.5. Type de structures

Les déléguées et délégués du CRPA ont ensuite identifié les structures pour lesquelles des postes de médiateurs en santé seraient nécessaires (Figure 4) :

- Hôpitaux : dans les services sociaux, les services d'urgence, les services spécialisés, les équipes mobiles pour pouvoir amener vers d'autres services de soins,
- Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et autres foyers d'hébergement
- Lits halte soins santé (LHSS), Lit d'accueil médicalisé (LAM), appartement de coordination thérapeutique (ACT)
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO),
- Centre communal d'action sociale (CCAS), Centre départemental d'action sociale (CDAS)
- Aide sociale à l'enfance (ASE)
- Maison du département (MDD)
- Croix rouge

- S'appuyer sur tissu associatif local + communautés ^{genre culturelle}
- Comme le travail bénévole de Noya?
 - ↳ aide à la barrière de la langue
 - ↳ compréhension du système de santé
 - ↳ de orientation vers structure adaptée
 - ↳ prise de RDV
- Diversité des tâches
 - créer le lieu de confiance
 - préparer
 - conseiller
 - expliquer
 - amener /
- Immédiateté / temporalité
 - ↳ répondre à la demande tout de suite x (public rue, Orpèze, etc).
- Profil: infirmier, assistants sociaux
- Lien entre les personnes et pro du soins
- Partenariat ^{associatif} services publics
- Sensibilisation / négociation avec les pro
 - ↳ après parcours associatifs.
 - DU: faire engage* des pro
 - ↳ inter-liaisons aux structures associatives.
 - ↳ accessibilité géographique
 - ↳ diffusion
- Formation
 - ↳ pas pro du médico-social.
 - ↳ pairs avec des compétences.
- * Traduction / gens des communautés
 - ↳ pas pro du médico-social.
 - ↳ pairs avec des compétences.

- Inégalités sociales de santé
 - ↳ attentes sur les greffes.
- Importance des contextes ^{territoires}
 - ↳ environnementaux (géographiques)
 - ↳ face sensibilisation des professionnels
 - ↳ profil des patients (culture, langue, etc) ^{gens voyagés}
- Ne doit pas remplacer / fonction existante.
- Médiation peut pas tout faire
 - ↳ elle doit défendre l'égalité des chances (plaidoyer)
 - ↳ peut pas régler des disparités territoriales
- * spécificités ou généralistes
 - ↳ des modules en fonction des spécificités
 - ↳ en fonction des besoins des publics et des besoins locaux.
 - ↳ pas besoin de formation initiale
 - ↳ dans le cas de profil pair
 - ↳ travail pair → même
 - ↳ veut soit du vécu
 - ↳ veut soit expertise pro/ass
 - ↳ veut former
- connaissance médico-social
- Accès aux soins
- Accès au droit → amener les gens.

Figure 1 : Recueil des compréhensions, représentations et réflexions des délégués et déléguées du CRPA au sujet de la médiation en santé.

MISSIONS

- créer un lieu de confiance
- partager son expérience (TP) / ou ses savoirs
- encourager / soutien psych / Valorisation de ses efforts
- accompagner physiquement services / soins / sociaux / administration
- orienter.
- devenir / porte-parole de la personne. ^{traducteur}
- Informer la personne
- Comprendre les points de blocage.
- Aller à la rencontre des personnes.
 - ↳ maraude.
 - ↳ pratiques informelles
- récolte de la parole
- Négociation avec les institutions
- repérer les freins et les points de blocage.
- partager les infos avec les pros.

COMPETENCES

- savoirs expérimental. (TP) plus valeur ++
- empathie
- langage commun / adapter son discours.
- Proximité / relationnelle ^{relationnelle expérimentale}
- Selbu → les profils des personnes travailler sur les horaires atypiques (week end).
- pratiques informelles
- S'adapter à la personne.
- Disponibilité → n° d'urgence.
- accepter de ne pas avoir de représentations
- Non jugement
- impartialité → trouver la bonne distance / proximité

Créer la confiance prend du temps → nécessité des poste penance

Figure 2 : Missions et compétences pour exercer le métier de médiateur en santé, identifiées par les délégués du CRPA

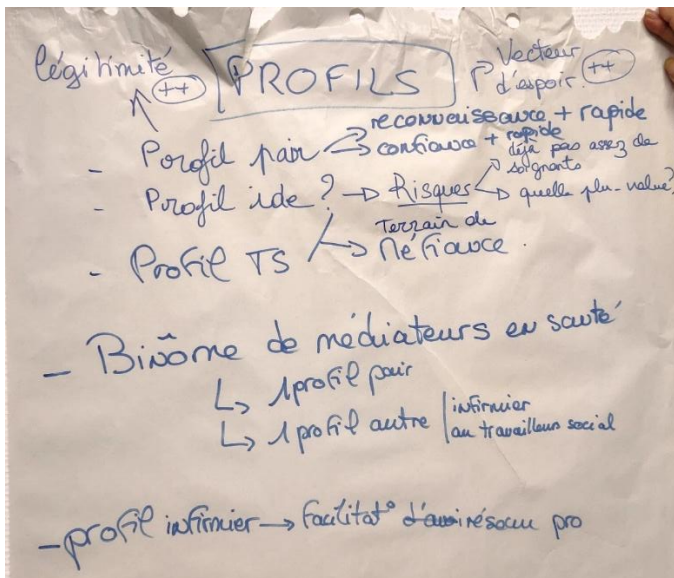


Figure 3 : Avantage et inconvénient des différents profils de médiateurs en santé, identifiés par les délégués du CRPA

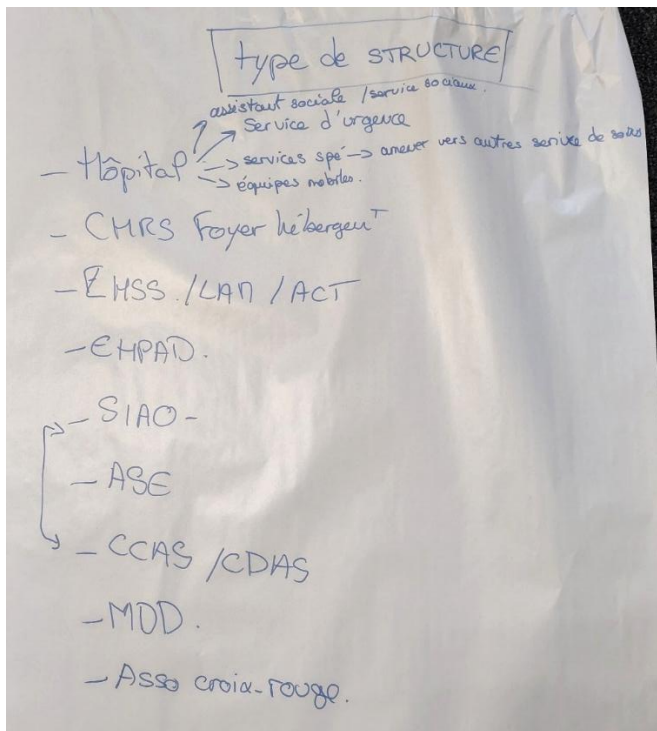


Figure 4 : Type de structure dans lesquelles les délégués du CRPA jugent utiles d'intégrer des médiateurs et médiatrices en santé

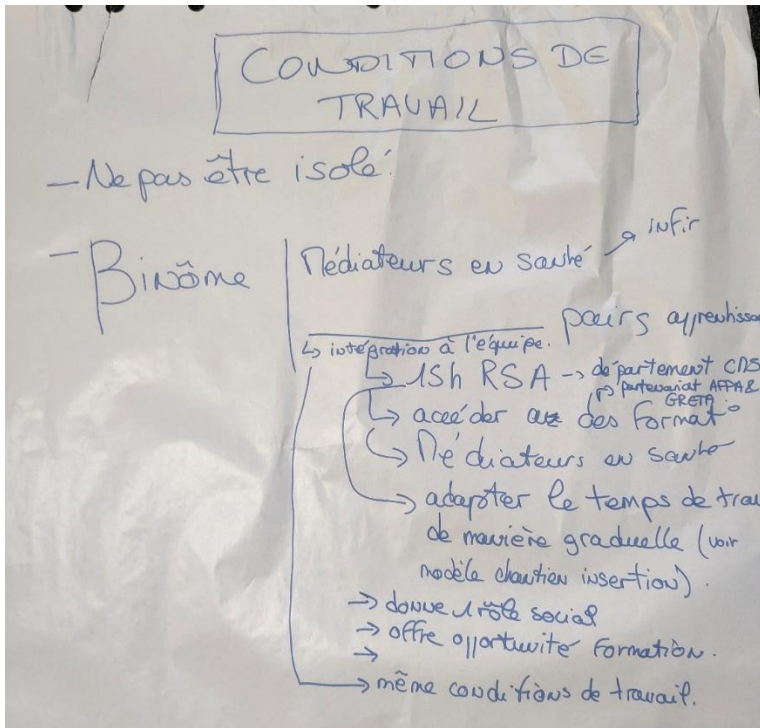


Figure 5 : Conditions de travail essentielles pour la fonction de médiation en santé, selon les délégués du CRPA

IX. Annexe 9 – Compte-rendu du groupe de travail régional

Enfin, les 42 préconisations initiales issues de la première analyse ont ensuite été présentées lors d'un groupe de travail composé à la fois de médiateurs et médiatrices en santé, pairs et non pairs ; de professionnels exerçant avec elles et eux ; de délégués du CRPA ; des membres de la DREETS ; mais également des professionnels de structures sanitaires, médicosociales ou sociales (ex : centres de santé communautaire, points santé, EMPP, dispositifs un « chez-soi d'abord », etc.) ; et de professionnels d'institution ou d'organisme de santé (CPAM, ARS, etc.).

Au total, 54 personnes se sont mobilisées. Cette demi-journée de travail collectif a été organisée le 5 décembre 2024.

La séance de travail a été organisée en world café. 4 équipes de personnes ont été constituées, en mélangeant les secteurs, fonctions et structure d'exercice. Ces 4 équipes ont tour à tour étaient mobilisées sur 4 « ateliers » différents :

- Atelier 1 : Quel(s) profil(s) des médiateurs et médiatrices en santé ?
- Atelier 2 : Quelles missions des médiateurs et médiatrices en santé ?
- Atelier 3 : Quelles conditions de travail ?
- Atelier 4 : Quelles conditions de faisabilité ?

Les 42 préconisations issues de la première analyse leurs ont été présentées. Chaque équipe a pu compléter, discuter, abonder, réfuter, etc, les différentes préconisations.

IX.1. Restitution de l'atelier 1 : Quel(s) profil(s) des médiateurs et médiatrices en santé ?

IX.1.1 Les profils

La préconisation concernant les profils recrutés recommandait de privilégier un profil non existant ou minoritaire dans l'équipe afin de tendre vers la pluridisciplinarité de l'équipe. Les participants confirment qu'un nouveau profil dans l'équipe permet d'enrichir celle-ci.

Ils signalent tout de même qu'avoir un minimum de connaissances du système de santé est un atout supplémentaire. Les participants insistent également sur l'apport des savoirs expérimentiels, et donc des profils de pairs, qui sont un atout supplémentaire pour une équipe, à condition que celle-ci soit prête à recruter un tel profil, qui peut venir bousculer celle-ci (voir rapport sur le travail pair de la FAS Bretagne).

Selon les participants, le recrutement doit être pensé selon les besoins repérés par la structure auprès du public accompagné ou bien sur le territoire. Ce sont ces besoins qui devraient orienter le profil recherché lors du recrutement d'un ou d'une médiatrice en santé. Ainsi, la fiche de poste devra, elle aussi, être construite en fonction des besoins du public accompagné sur le territoire.

Enfin, la motivation de la personne pour réaliser ce métier, ses appétences et ses envies doivent également orienter le recrutement.

IX.1.2 Les compétences

La première préconisation présentée aux participants concernait les compétences comportementales ou savoir-être.

Lors des échanges, les participants insistent sur l'importance de savoir travailler en équipe.

Les participants rappellent que les compétences relationnelles sont indispensables pour créer un lien de confiance avec les personnes accompagnées. Ils ajoutent également qu'outre le fait de permettre le développement d'un réseau partenarial, elles permettent également de trouver la juste manière (« tact ») d'améliorer la prise en charge des publics par les professionnels du soin, comme par exemple, la manière de convaincre un professionnel de santé de faire appel à un interprète pour une consultation avec une personne allophone.

Les participants expliquent que la posture de non-jugement est difficile à tenir lorsque les personnes sont accompagnées depuis de longues années, nécessitant alors de passer le relai à une autre personne. Cependant, la médiation en santé ayant pour vocation de permettre aux personnes accompagnées de s'inscrire dans le système de santé de droit commun pour qu'elles puissent, *in fine*, naviguer au sein de celui-ci de manière autonome, elle n'a ainsi pas vocation à suivre les personnes au-delà du nécessaire et la plupart des accompagnements s'inscrivent dans une temporalité à court et moyen terme. En effet, l'enquête a montré que les accompagnements réalisés par les médiateurs et médiatrices en santé exerçant actuellement en Bretagne peut durer jusqu'à plusieurs années (s'étalant d'un accompagnement ponctuel à un accompagnement durant jusqu'à 5 ans).

Les participants insistent sur la nécessité pour l'équipe recruteuse de soutenir et d'accompagner les médiateurs ou médiatrices en santé, particulièrement en cas de recrutement d'un ou d'une médiatrice en santé paire pour éviter que ceux-ci ne se retrouvent en difficulté. En effet, le ou la médiatrice en santé paire est amenée à livrer aux personnes accompagnées une part de son intimité plus ou moins importante selon les personnes et selon les médiateurs en santé pairs.

Enfin, les participants ont souhaité faire apparaître la capacité de reformulation dans les compétences nécessaires à l'exercice du métier de médiateur en santé (qui serait alors une compétence technique plus qu'une compétence comportementale), ainsi que sur la capacité à « entendre ce que dit l'autre » et à faire preuve de souplesse. Ces compétences peuvent être incluses dans la compétence de mener des entretiens (la reformulation étant par exemple une étape de l'entretien motivationnel).

Une deuxième préconisation portait sur les compétences techniques nécessaires pour l'exercice des médiateurs en santé (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Certains participants ont souhaité apporter un point de vigilance concernant la maîtrise des outils de bureautique et de navigation sur internet, qui ne doit pas, selon eux, être un critère obligatoire de recrutement.

Les participants insistent sur l'importance de savoir mener des entretiens, sans pour autant que le métier de médiateur en santé soit conditionné à la possession d'un diplôme particulier comme un diplôme d'infirmier ou de travailleur social.

Concernant les compétences inhérentes au secteur sanitaire, les participants n'étaient pas d'accord avec la compétence de lecture et compréhension des résultats d'examen de santé, et y préféraient la compétence de savoir faciliter l'expression des personnes sur leur pathologie, leurs besoins et leurs attentes. Toujours sur les compétences inhérentes au secteur sanitaire, les participants souhaitaient compléter l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par la notion d'éducation à la santé, une notion plus large et dont l'ETP fait partie.

Les participants ont ajouté au panel de compétences techniques la compétence de négociation, la capacité à trouver de l'information et la création de lien.

Enfin, les participants ont soulevé la possibilité d'inscrire, parmi les compétences techniques nécessaires à la réalisation du métier de médiateur en santé, les capacités rédactionnelles. Les capacités rédactionnelles ont été mentionnées, durant l'enquête par un faible nombre de médiateurs et médiatrices en santé exerçant en Bretagne et ne sont donc pas apparues comme faisant partie du socle commun minimal des compétences propres au métier de médiation en santé. Elles pourront néanmoins être intégrées dans les compétences pouvant être utiles en fonction des spécificités du poste.

La dernière préconisation concernait les connaissances (savoirs), nécessaires pour la réalisation du métier de médiateur et médiatrice en santé.

Cette partie a suscité de moins nombreux échanges. Néanmoins, certains participants ont tenu à exprimer que la connaissance du public cible, en tant que préalable à l'embauche peut être un frein au recrutement, particulièrement lorsqu'il s'agit de public très spécifique, comme cela peut par exemple être le cas avec le public des « gens du voyage ». Pour des publics spécifiques, un temp d'adaptation en prise de poste et donc de découverte des spécificités du public est nécessaire.

IX.1.3 Les formations

Enfin, il était demandé aux participants de s'exprimer sur les formations, qui selon elles et eux, sont nécessaires pour l'exercice de ce métier ou peuvent outiller le médiateur en santé.

Les participants se sont manifestés plutôt en accord avec la préconisation de ne pas conditionner le recrutement à la possession d'un diplôme universitaire spécifique à la médiation en santé, qui risquerait alors de « mettre des barrières » à certaines personnes, de se révéler être un frein pour certains profils de médiateurs en santé ; et risquerait de créer des disparités salariales importantes au sein de la profession de médiateurs en santé. Si le recrutement n'est pas conditionné à l'obtention d'un diplôme spécifique, alors sur quelle grille salariale se baser pour ces métiers (voir restitution de l'atelier « condition de travail ») ?

En revanche, les participants notent qu'une formation diplômante aide à la reconnaissance de statut professionnel, ainsi qu'à la reconnaissance du métier par les professionnels, notamment de santé.

Les participants ont également suggéré de se baser, pour le recrutement, sur un référentiel de compétences nécessaires pour exercer ce métier. Si certaines de ces compétences ne sont pas acquises, alors le médiateur ou la médiatrice en santé peut les acquérir au travers de diverses formations continues. Ainsi, les participants préconisent que les médiateurs et médiatrices en santé aient accès aux diverses formations continues à travers les plans de formation, au même titre que tous les autres salariés. Ainsi, ils pourront se former à des techniques complémentaires qu'ils jugent utiles pour leur pratique.

IX.2. Restitution de l'atelier 2 : Quelles missions des médiateurs et médiatrices en santé ?

IX.2.1 A propos des missions socles

(a) Créer et entretenir un lien de confiance :

- Le lien de confiance est essentiel. Il doit s'inscrire dans le temps et la manière de le créer est importante ; par exemple en mettant en avant l'aspect relationnel (par exemple accompagner une personne quand elle va fumer) ;
- L'adaptabilité du médiateur en santé est primordiale
- Comment établir ce lien ? en allant vers les personnes et en les accueillant. En tenant compte de la structure, de ses ressources, du territoire (rural ou urbain).
- Il est important pour la personne accompagnée de ne pas avoir à répéter son histoire. Un interlocuteur unique et des outils de liaison (ex. fiche de suivi, de transmission) peuvent être un levier.

(b) Accompagnement individuel sur les déterminants de la santé :

- Encourager le retour des personnes vers le droit commun (selon leurs possibilités) ; important que le médiateur en santé connaisse les relais existants
- Ne pas se substituer aux dispositifs existants ni aux personnes accompagnées (rappeler que l'objectif est de favoriser l'autonomie selon les capacités de chacun) ; le médiateur en santé doit accompagner les personnes sans faire à leur place
- Accompagner aux RDV doit faire partie des missions du médiateur en santé. Doit se faire en fonction des besoins du patient. Essentiel en milieu rural ou quand la personne présente un état de santé très dégradé. La médiation doit s'adapter à ces réalités.

(c) Informier et sensibiliser les professionnels de santé aux contraintes, besoins et spécificités des publics accompagnés, à leurs facteurs de vulnérabilités (auprès de leurs collègues, auprès des autres professionnels du territoire, auprès des futurs professionnels) :

- Clarifier le rôle et la place des professionnels de santé envers ces publics (garde-fou sur leurs devoirs en tant que professionnel de santé). Ce plaidoyer auprès des professionnels de santé relève davantage des structures d'exercice et des DAC que du médiateur en santé. Celui-ci établit le lien avec les professionnels de santé par l'approche individuelle (d'où l'importance de créer une relation de confiance des professionnels de santé envers le médiateur en santé).
- Créer un lien de confiance réciproque entre patients et professionnels de santé pour éviter un désengagement de ces derniers en raison notamment des rdvs non honorés
- Principaux freins : la légitimité des médiateurs en santé, la disponibilité des professionnels de santé, et parfois l'attitude des secrétaires médicales, qui considèrent le public en situation de précarité comme « problématique »

(d) Soutien aux professionnels du social :

- Articuler les interventions entre les champs santé et social
- Faire équipe

(e) S'ancrer dans un territoire : développement et entretien d'un réseau partenarial

IX.2.2 A propos des missions optionnelles :

(a) Actions collectives et promotion de la santé :

- Elles permettent de capter les publics, de faire connaître la structure et la médiation en santé aux personnes concernées et de mobiliser celles-ci : les actions collectives sont une première étape vers un parcours de soins individualisé
- Elles créent un cadre différent pour établir du lien (en quelques sorte un mode *d'aller vers*)
- Les médiateurs en santé se sont globalement dit qu'ils n'étaient pas formés pour faire des actions de prévention ou n'étaient pas suffisamment outillés

Consensus du groupe 3 : La prévention devrait être une mission socle du médiateur en santé car elle représente un levier pour aller vers les publics et instaurer la confiance

Point de vigilance : Le terme « prévention » est large. Chaque médiateur doit l'adapter selon ses compétences et le contexte de son intervention

IX.2.3 Identifier les dysfonctionnements dans la prise en charge (PEC) :

- Le médiateur en santé peut assurer un rôle de veille et de relais auprès de la structure d'appartenance en signalant les besoins et manques sur les territoires. Il appartient ensuite à la structure de faire le lien avec les institutionnels.
- Faire remonter les dysfonctionnements systémiques sur les territoires qui entravent l'accès aux soins des publics accompagnés serait plutôt un rôle des instances de type DAC.
-

IX.2.4 Représentation de la médiation en santé et de la structure :

Plaidoyer auprès des professionnels de santé relève plus du rôle des structures et des DAC que de celui du médiateur en santé – le lien avec le professionnel en santé se fait par l'approche individuelle.

IX.3. Restitution de l'atelier 3 : Quelles conditions de travail ?

IX.3.1 Les conditions matérielles de travail

La première préconisation présentée aux participants concernait les conditions de travail des médiateurs et médiatrices en santé et recommandait de mettre à disposition de celui ou celle-ci tout le matériel nécessaire pour la bonne exécution de son travail. Si pour certains participants, cette préconisation était une évidence parce qu'une obligation légale, elle a tout de même été complétée par d'autres participants. Ainsi, avoir un véhicule à disposition apparaît comme indispensable pour les médiateurs et médiatrices en santé exerçant leur activité en milieu rural. Si le médiateur en santé doit être mobile, et pouvoir échanger avec les personnes accompagnées de manière informelle ou dans des lieux autres qu'un bureau, les participants ont tout de même mis en exergue la nécessité d'avoir un lieu fixe, tel qu'un bureau, pour recevoir les personnes qui souhaitent discuter dans un endroit intimiste ou de façon plus formelle. De plus, un « bureau à soi » permet également d'offrir au médiateur en santé un lieu calme de replis ou de repos pour les moments où le professionnel aurait besoin d'un sas de décompression. Pour les médiateurs en santé pairs, ou les médiateurs en santé exerçant dans une équipe de professionnels libéraux, avoir un bureau attitré peut-être plus compliqué. Il faut alors veiller, selon les participants, à réfléchir en amont du recrutement à une solution pour qu'ils aient accès à un bureau lorsqu'il en a besoin.

Enfin, concernant les conditions de travail, les participants ont évoqué un « salaire décent ». Outre la lutte contre la précarité, un salaire décent participerait également à la valorisation de ce métier selon les participants, ainsi qu'à l'atténuation des hiérarchies entre les professionnels d'une même structure, tout du moins entre le médiateur en santé et d'autres professionnels de la même équipe. En l'absence d'une grille nationale qui fixerait les salaires, et en l'absence d'obligation d'obtention d'un diplôme pour exercer le métier de médiateur en santé, les participants constatent que chaque structure peut fixer le salaire qu'elle souhaite pour les médiateurs en santé ; ce qui peut, selon les participants, être générateur de tensions et, si le salaire est trop bas, participer à

la dévalorisation de celui-ci (considérer le médiateur en santé comme un « *sous-travailleur social* » ou un « *sous-infirmier* ». Aussi, certains participants se sont accordés pour considérer que la rémunération d'un médiateur en santé doit être réalisée selon le même échelon que les travailleurs sociaux ou les infirmiers de la structure dans laquelle il travaille, et qui leur soit ainsi proposé le même niveau de rémunération. Le fait qu'il ne soit pas rémunéré à un échelon inférieur à ces postes participerait à la légitimité de celui-ci et donc à la valorisation de ce poste.

Enfin, la participation à un réseau de médiateur en santé breton paraissait, pour les participants, importante, particulièrement pour les médiateurs en santé pairs.

IX.3.2 L'intégration dans une équipe et le soutien du ou de la médiatrice en santé

La première préconisation concernant l'intégration d'un médiateur en santé dans l'équipe a plutôt mis d'accord la majorité des participants, à l'exception d'un faible nombre de participants qui la complète en expliquant qu'un médiateur en santé, particulièrement dans le cas d'un médiateur en santé pair, peut exercer son activité de manière indépendante (et non en étant intégré dans une équipe).

Les participants émettent tout de même une vigilance, si le médiateur en santé est intégré dans une équipe, il faut veiller à ce que celle-ci soit acculturée à la notion de médiation en santé, et d'autant plus si l'équipe fait le choix de recruter un médiateur en santé pair qui peut, en cours de pratique, venir questionner et bousculer l'équipe (voir rapport travail pair FAS Bretagne).

Les participants ont noté que la pluriprofessionnalité de l'équipe est un élément facilitateur de l'intégration du ou de la médiatrice en santé, puisque l'équipe est habituée à travailler avec des professionnels possédant diverses cultures professionnelles. Intégrer les médiateurs en santé dans les échanges d'équipe leur paraît alors comme une richesse supplémentaire.

Pour les participants, il est important de noter que le médiateur en santé doit être intégré dans une équipe qui possède déjà des espaces d'échange collectif, et met déjà en place différents temps d'équipe. Ainsi, les participants ont souhaité insister sur le fait qu'une intégration dans une équipe peut permettre le soutien du ou de la médiatrice en santé, par le développement d'une culture commune et la mise en place d'analyses de pratiques.

Selon les participants, les temps de supervision recommandés par la préconisation 22 devrait en réalité s'appliquer pour tous les salariés de l'équipe et pas seulement pour les médiateurs et médiatrices en santé.

Les participants proposent également de mettre en place un mentorat, en début de prise de poste du ou de la médiatrice en santé, afin de faciliter son intégration au sein de l'équipe et sa prise de repères (la mise en place de mentorat a aussi été décrite comme devant être proposée à chaque nouveau salarié de l'équipe).

Enfin, les participants proposent de recruter 2 médiateurs ou médiatrices en santé au sein d'une même équipe afin de permettre un soutien mutuel de l'un envers l'autre et des échanges réguliers concernant leurs pratiques et postures respectives, leurs situations, etc.

IX.3.3 Le temps de travail

Les préconisations concernant le temps de travail adéquat pour un médiateur ou une médiatrice en santé a suscité de nombreux échanges au sein des participants.

En effet, si le temps partiel précarise les médiateurs et médiatrices en santé – si celui-ci est subit -, une partie des participants indique qu'il peut également être un besoin ou une volonté, et donc un choix, de celles et ceux-ci, et pas uniquement dans le cas d'une médiation en santé effectuée par un pair. Ainsi, les participants recommandent de laisser la possibilité aux structures de recruter un ou une médiatrice en santé à temps partiel, ou de laisser la possibilité de transformer un temps plein en un temps partiel si le médiateur ou la médiatrice en santé en éprouve le besoin. En revanche, les participants constataient que lorsqu'un ou une médiatrice en santé était à temps partiel – voire généralement pour n'importe quel poste à temps partiel – l'activité propre du métier, la réalisation des tâches incombant au poste étaient privilégiées sur les temps de formation et les temps d'équipe : « *c'est toujours les temps de formation et les temps d'équipe qui sautent* ». Ainsi, si une équipe et un médiateur en santé font le choix du temps partiel pour ce dernier, il apparaît alors primordial que ce temps partiel ne s'effectue pas au détriment de ces temps précieux autant pour son intégration dans l'équipe, pour sa montée en compétence du médiateur en santé, pour le soutien du médiateur que pour le partage d'informations en équipe. Dans ce cas de figure, le ou la médiatrice en santé doit pouvoir participer aux différents temps collectifs de son équipe et doit pouvoir dégager du temps de formation.

L'enquête avait conduit à formuler une préconisation de mutualisation d'un poste de médiateur en santé sur deux structures différentes plutôt que d'attribuer une seconde mission au médiateur en santé si les besoins de la structure n'étaient pas suffisamment importants pour combler un temps plein. En effet, aux vues des particularités des missions de médiation en santé qui nécessitent entre autres d'être disponible et de pouvoir accueillir une demande au moment où celle-ci est formulée, il paraissait difficile de confier des missions supplémentaires au médiateur en santé, l'empêchant alors de réaliser à bien soit sa mission de médiation en santé, soit sa deuxième mission.

Les avis des participants divergent beaucoup sur cette préconisation.

En effet, certains d'entre eux, plutôt en accord avec cette proposition l'abondent : le fait d'avoir deux missions différentes au sein d'une même équipe dévalorise le poste de médiation en santé : « *est-ce que tu proposerais ça à un travailleur social ?* » (MS).

En revanche, les participants qui se positionnaient plutôt en désaccord avec cette préconisation mettaient en évidence le fait que le métier de médiateur en santé est un métier représentant une charge mentale importante et qu'exercer cette profession sur deux structures différentes représentait un risque pour sa santé mentale. En effet, cela nécessiterait alors de constituer 2 réseaux partenariaux et d'assister aux temps collectifs des deux équipes, nécessitant alors un investissement personnel conséquent et induisant alors un temps disponible pour ses missions d'autant plus restreint (les temps collectifs des deux équipes empiétant alors sur les missions de médiation en santé).

Pour ces participants-là, la solution d'attribuer une deuxième fonction sur la même structure au médiateur en santé pour compléter un temps plein apparaît comme meilleure, à la condition de s'assurer en amont que les deux missions sont compatibles, c'est-à-dire que la deuxième mission soit compatible avec la disponibilité et l'immédiateté que nécessite la fonction de médiation en santé.

Ainsi, cette préconisation sur le temps de travail a induit de nombreux échanges. Il s'avère que les participants pensent qu'il vaut mieux privilégier un temps plein pour le poste de médiation en santé. Les temps partiels peuvent cependant être pertinents, à condition qu'ils soient choisis par le médiateur en santé, et non pas imposés par l'employeur. Les temps partiels peuvent être pertinents également dans le cas de la médiation exercée par les pairs, notamment lorsque le caractère de pairité repose sur une expérience douloureuse qui peut, au fur et à mesure de sa sollicitation, mettre le médiateur en santé pair en difficulté.

IX.3.4 Autres éléments ressortis des échanges sur cet atelier

Enfin les participants et participantes à cet atelier ont souhaité aborder d'autres sujets, relevant de sujets présentés dans les trois autres ateliers.

Les participants ont souhaité réaffirmer le sens de la médiation en santé. Pour eux, il s'agit de créer un lien de confiance avec la personne accompagnée pour pouvoir l'orienter vers les professionnels adéquates, pouvant répondre à ses différentes problématiques.

Pour les participants, il était également important de rappeler que le médiateur en santé n'est pas un « *bouche-trou* », et que l'accompagnement des personnes ne doit pas reposer uniquement sur la seule responsabilité du médiateur en santé, il faut donc veiller ainsi à éviter la référence unique. Pour cela, le médiateur en santé travaille à créer le lien entre personnes accompagnées et autres professionnels, notamment de l'équipe. Pour que cette tâche puisse être réalisée, il faut cependant que les conditions nécessaires soient mises en place, notamment en amont du recrutement du ou de la médiatrice en santé. Cela passe notamment par une acculturation de l'équipe à la notion de médiation en santé, ainsi que par une définition collective des contours du postes et des missions du médiateur en santé (voir atelier sur les conditions de faisabilité + voir rapport travail pair FAS Bretagne).

Afin d'éviter d'instaurer une relation de référence unique, il est possible de travailler en binôme pluriprofessionnel (un médiateur en santé et un autre professionnel), comme cela peut être le cas dans les équipes des dispositifs Un chez soi d'abord, au sein desquels la médiation en santé est pensée comme une posture partagée par tous les professionnels de l'équipe.

Concernant les profils des médiateurs et médiatrices en santé, les participants, et particulièrement les délégués du CRPA, représentants des personnes accompagnées, ont souhaité rappeler l'importance des profils pairs, qui selon eux, permettent « *d'aller chercher plus loin les gens* », c'est-à-dire permettent de créer un lien de confiance avec les personnes les plus éloignées du soin.

Pour les participants, la pluralité des profils de médiateurs en santé permet de couvrir un large champ de publics accompagnés. Ainsi, recruter des binômes de médiateurs en santé, s'ils permettent d'assurer un soutien entre

médiateurs en santé et un échange régulier sur leurs pratiques et postures, permettraient également aux structures de pouvoir travailler avec des publics différents et d'apporter des accompagnements les plus personnalisés possibles, en multipliant et diversifiant les possibilités de pratiques et profils de médiateurs en santé.

Enfin, pour les participants, il peut être intéressant de recruter des médiateurs en santé sur les territoires non couverts par des fonctions qui pratiquent « *l'aller vers* ».

IX.4. Restitution de l'atelier 4 : Quelles conditions de faisabilité ?

IX.4.1 Préparer, sensibiliser les équipes et décider collectivement

Préconisation initiale 14 : En amont du recrutement, réaliser une étape de sensibilisation de tous les membres de l'équipe sur ce qu'est la médiation en santé (pour s'assurer que tout le monde comprenne ses enjeux, spécificités et apports)

- L'équipe doit être préparée : il faut formaliser les attendus : à quel maillon intervient le médiateur en santé ? Comment les autres professionnels de l'équipe se repositionnent ? Faut-il qu'ils arrêtent certaines tâches ?
- Va de pair avec l'étude des besoins, quelle est la valeur-ajoutée de ce poste ?
- Il faut s'assurer de la bonne compréhension par tous les membres de l'équipe de ce que recouvre la médiation en santé

Préconisation initiale 15 : En amont du recrutement - une décision de recruter un médiateur en santé qui doit être collective

- La décision doit être collective. Cela nécessite que les missions d'un médiateur en santé soient bien précisées.
- Il faut que cela soit un besoin, une envie de l'équipe et emporte une réelle adhésion.
- Il faut également que cela soit décidé politiquement et que la hiérarchie / la gouvernance soit partie prenante. Les groupes ont plusieurs fois souligné ce point.
- Une fois le recrutement réalisé, les temps d'échanges collectifs doivent se poursuivre (voir préconisation 17)

IX.4.2 Définition collective des contours du poste et des missions

Préconisation initiale 16 : Définir les missions et les contours du poste, en adéquation avec les besoins du public et du territoire. Pour ce faire, un diagnostic peut être réalisé auprès des publics cibles, ainsi qu'auprès des partenaires du territoire.

- Parler d'une « étude des besoins » plutôt que d'un diagnostic (sauf si nouvelle structure) car de multiples diagnostics existent forcément déjà et pourront être réutilisés. L'étude de besoin, qui pourra être refaite régulièrement, permettra d'ajuster les missions en fonction du public visé, étudier la faisabilité, la pertinence, la problématique prévalente... Cela permet également de favoriser l'interconnaissance.
- Proposition de différentes modalités pour faire ces études des besoins, par exemple avec un patient traceur (démarche qualité), avec le public (enquête conscientisante)
- A faire avant l'arrivée du médiateur en santé
- Particularité SECPA : un diagnostic de pré installation est prévu qui est ensuite intégré au projet de santé
- Aller voir les partenaires : rencontre humaine avant tout une fois la personne en poste.

Préconisation initiale 17 : Redéfinition des contours du poste en équipe une fois le médiateur en santé recruté

- Etape nécessaire car sinon le médiateur en santé peut être sollicité « pour tout et n'importe quoi ». Cela permet également de contenir les attentes de l'équipe, autrement dit que l'équipe ne voit pas l'arrivée du médiateur en santé comme une baguette magique.
- Cette redéfinition permet de reposer le cadre de la médiation en santé, le médiateur en santé ne peut pas tout faire et n'est pas un « bouche-trou ».
- Ces contours de poste doivent être revus tous les 6 mois car le poste se reforme/réajuste tout le temps. Pour ce faire, besoin d'échange avec l'équipe et les usagers.
- Vigilance à ne pas se noyer dans les missions. Pour les pairs, ce qui peut aider est de repartir de son rôle d'expérience paire.
- Enfin, cela permet de penser la médiation en santé au sein d'une équipe, autrement dit, les membres de l'équipe sont aussi un relais pour la médiation en santé. Particularité points santé : la mission de médiation en santé est faite par toute l'équipe.

Préconisation initiale 19 : Des missions définies par des professionnels de terrain, et non par une structure travaillant à distance des publics accompagnés (collectivités, CPAM, CLS, etc).

- Oui comme pour les autres postes. Importance de bien définir le cadre de la médiation en santé car c'est plus confortable.

IX.4.3 Une prise en compte des particularités des territoires et des publics accompagnés pour bien dimensionner le poste

Préconisation initiale 20 : Prendre en compte les spécificités du territoire d'exercice du médiateur en santé, ainsi que les spécificités du public cible pour bien dimensionner le poste de manière à protéger la santé au travail du médiateur en santé. Eviter de surdimensionner le poste au regard d'un territoire géographique trop important. Eviter de surdimensionner le poste au regard d'une file active trop importante.

- Pas de remarques, tous les groupes sont favorables

IX.4.4 Travail en réseau

Préconisation initiale 26 : Rencontrer en début de poste, tous les partenaires potentiels, acteurs du social, du médicosocial, acteurs de la santé, et structures associatives du territoire – pour clarifier le périmètre d'action de son poste ainsi que ses missions

- Ne pas faire les rencontres seuls, pour aussi montrer que la médiation en santé est un travail d'équipe et donner plus de légitimité au poste. Cela permet de lever les incompréhensions.
- Outre les rencontres bilatérales, possible de communiquer à travers d'autres espaces comme une journée sur la médiation en santé, permettant une prise de connaissance de manière plus large.
- Il faut régulièrement se représenter au réseau. En tout cas, informer de la plus-value de la médiation en santé.
- En début de poste, il s'agit de rencontrer les personnes. Dans un second temps, il est possible d'expliquer en quoi le médiateur en santé est complémentaire de ces postes.
- NB : Dommage qu'il faille toujours justifier ce métier.

Préconisation initiale 27 : Afin de faciliter le travail du médiateur en santé, ses collègues médecins (s'il y en a) peuvent prendre part à la présentation de son rôle et de ses missions auprès des professionnels de santé du territoire car ils bénéficieront d'une plus grande légitimité accordée par ces derniers

- Pas d'accord sur cette préconisation : si les médecins peuvent aider à gagner en légitimité, ne faut-il pas tout de même sortir de ce schéma ?
- Au final, consensus sur le fait qu'il faut réfléchir au cas par cas, dans l'intérêt du poste de médiateur en santé.

IX.4.5 Autres

- La médiation en santé doit concerner tout le monde
- Attention si la médiation en santé est inscrite au RNCP, risque qu'il y ait des critères pour exercer cette profession ? + risque que les syndicats IDE soit opposés à la reconnaissance de ce poste ?