



Médiation en santé :
Sécuriser le métier de médiatrice
et médiateur en santé
pour en assurer l'efficacité

*Étude sur le cadre professionnel des
médiatrices et médiateurs en santé*

(Etude C-PRO-MS)

Février 2024

Promoteurs :

Fnasat-Gens du voyage et Sidaction

Auteurs :

Elodie RICHARD, Fnasat-GV, Centre Bordeaux population health, Inserm U1219, Université de Bordeaux, France

Sabrina COSSAIS, Responsable analyse de données pôle Analyses et Plaidoyer, Sidaction, Paris, France

Natacha REVOLLON, Consultante en santé publique, Angers, France

Anaïs SAINT-GAL, Responsable plaidoyer pôle Analyses et Plaidoyer, Sidaction, Paris, France

Frédérique QURINO CHAVES, Responsable du pôle santé de la Fnasat-GV et coordinatrice du programme national de médiation en santé, Paris, France

Stéphane LEVEQUE, Directeur Fnasat-GV, Paris, France

Hélène ROGER, Directrice du pôle Analyses et Plaidoyer, Sidaction, Paris, France

Pour plus d'informations :

FNASAT-GV : info@fnasat.asso.fr

Sidaction : Sidaction@sidaction.org

REMERCIEMENTS

Aux médiatrices et médiateurs en santé et aux structures ayant participé à l'étude ;

Aux membres (structures et médiatrices et médiateurs en santé) du Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé ayant participé à la conception de l'étude, la collecte des données, l'interprétation des résultats et la co-construction des recommandations ;

A Stéphanie Vandentorren et Nicolas Vignier pour leur relecture ;

À Santé publique France, à l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine pour leur soutien.

Dans une approche égalitaire de la langue et de représentation des médiatrices et médiateurs en santé, il a semblé important et cohérent d'utiliser l'écriture inclusive pour rédiger cette étude.

Résumé

Contexte : Malgré l'existence d'un cadre légal de la médiation en santé - celle-ci est inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et dans le Code de la Santé Publique –, le métier de médiateur·rices en santé ne bénéficie pas d'un statut professionnel reconnu. L'absence d'identification de ce métier en termes de référentiel que ce soit au niveau du recensement dans le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME), de la certification professionnelle, du positionnement dans les conventions collectives (grille de salaires, évolution de carrière, etc.) ou de la formation qualifiante, impacte lourdement les conditions de travail des médiatrices et médiateurs en santé et la mise en œuvre au quotidien de leurs actions. Selon les constats empiriques, ces difficultés seraient également liées à la non-reconnaissance de leur positionnement et de leur légitimité dans les collaborations avec les professionnels des secteurs sanitaire, social et du médico-social.

Co-pilotée par la Fnasat-GV et Sidaction, l'étude visait à élaborer un état des lieux du cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé relatif à leurs conditions d'emploi et d'exercice, en 2023, dans toute la France. Cette étude s'inscrit dans la démarche de plaidoyer pour la reconnaissance et la sécurisation professionnelle du métier, portée par le Collectif pour la Promotion de la médiation en santé (CPMS).

Méthode : Nous avons mené une étude en méthodes mixtes, en France, de janvier à juin 2023, auprès de médiateur·rices en santé et de directions ou de coordinations de structures employant des médiateur·rices en santé. L'étude comportait une enquête transversale quantitative, complétée dans un second temps par une enquête qualitative. L'étude a été réalisée de manière collaborative et participative. Concernant l'enquête quantitative, la collecte des données a été réalisée à l'aide de deux auto-questionnaires en ligne, renseignant le cadre professionnel des médiateur·rices en santé, l'un à destination des médiateur·rices en santé et l'autre à destination des directions ou des coordinations de structures employant des médiateur·rices en santé à l'aide d'un échantillonnage en boule de neige. Pour l'analyse, nous avons décrit les données pour faire l'état des lieux du cadre professionnel des médiateur·rices en santé. Nous l'avons complété par :

1. une analyse univariée pour spécifier le cadre professionnel en fonction du statut ou non de pair et de la catégorie de la structure employeuse, et
2. une régression logistique pour identifier les facteurs associés à la reconnaissance du métier de médiatrice et médiateur en santé par les partenaires.

Concernant l'enquête qualitative, nous avons réalisé des focus groupes auprès des médiateur·rices en santé participant aux activités du CPMS, à l'aide d'un échantillonnage de convenance. Nous avons mené un focus group pour approfondir notre compréhension des résultats quantitatifs autour de la reconnaissance du métier de médiateur et médiatrice en santé, et cinq focus groupes pour co-interpréter les résultats quantitatifs et identifier les propositions concrètes à mettre en œuvre pour remédier aux difficultés perçues. Nous avons conduit ces focus groupes à l'aide de guides préalablement établis puis réalisé une analyse de contenu thématique. Nous avons à la suite triangulé les données en vue de formaliser des recommandations concrètes.

Résultats : Au total 215 médiateur·rices en santé exerçant dans 151 structures mettant en œuvre la médiation en santé sur le territoire français ont participé à l'enquête quantitative. Le profil des participant·es se caractérisait par une majorité féminine (69%). Plus de 69% des participant·es avaient un niveau d'étude inférieur ou égal à bac+3. Le niveau d'étude le plus représenté était le niveau d'étude Bac + 3 (34%). Presque tous les participant·es (98%) avaient une formation initiale. Parmi les participant·es, 30% avaient un diplôme en médiation en santé et 20% étaient en formation en médiation en santé.

Les principaux statuts juridiques des structures employant des médiateur·rices en santé étaient des associations (67%), des établissements publics de santé (19%). La moitié des structures percevaient de multiples financements pour un poste de médiateur·rice en santé d'une durée médiane d'un an. Un peu moins de la moitié des structures avait des grilles de salaires pour les médiateur·rices en santé et un quart des structures n'avait pas de convention collective. La médiane du nombre de poste de médiateur·rice en santé était de un. Plus d'un tiers des structures se déclarait en sous-effectif de médiateur·rices en santé.

L'ancienneté des médiateur·rices en santé au sein de leur structure était en médiane de 2 ans. Un tiers des participant·es était en contrat à durée déterminé et un tiers travaillait à temps partiel. Le salaire net mensuel médian était de 1 620 euros¹ IIQ [1 371, 1 900] avec un taux horaire net médian de 11,10 euros [9,66, 12,69]. Une grande partie des participant·es percevait leur situation financière comme impossible (6.5%), difficile (17%) ou juste (37%).

La moitié des médiateur·rices en santé exprimait un manque de moyens matériels et financiers pour l'exercice de leurs missions. Plus des trois quarts des médiateur·rices en santé exprimaient des difficultés dans leur collaboration avec les partenaires avec lesquels ils·elles sont amené·es à travailler dans leurs missions. Un tiers des médiateur·rices en santé ressentait un manque de reconnaissance de la part des partenaires (e.g., professionnels de santé et du travail social, services déconcentrés de l'Etat tels que les mairies, préfectures etc. et avec des élus).

Les facteurs associés à une meilleure reconnaissance des médiateur·rices en santé auprès de leurs partenaires étaient le fait d'avoir une situation financière perçue comme stable ($p=0.01$), un soutien de l'encadrement de leur structure d'exercice ($p=0.01$), l'accès à des analyses de pratique ($p=0.05$), un sentiment de reconnaissance auprès des publics accompagnés ($p=0.01$), le sentiment de reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé ($p=0.02$), et la reconnaissance de la place de tiers par les partenaires ($p<0.001$). L'enquête qualitative a précisé que malgré le fait que l'efficacité du champ d'expertise du médiateur·rice en santé soit bien reconnue par les travailleur·euses sociaux·ales et les professionnel·les de santé, les activités, enjeux, et limites du métier apparaissaient mal connus des partenaires. Tou·tes les participant·es ont partagé un sentiment de non-existence officielle du métier de médiateur·rice en santé et un défaut d'identité sociale de la médiation en santé dans les secteurs social et médico-social et de manière accrue dans le secteur sanitaire.

Les participant·es des six focus groupes ont finalement formulé des propositions visant la sécurisation du métier de médiateur·rice en santé. Ces propositions concernaient :

¹ Pour comparaison, l'INSEE établissait, pour 2022, le salaire mensuel net médian (avant impôt sur le revenu) en équivalent temps plein, des salariés du secteur privé en France à 2091€ (données publiées le 08/11/2023).

1. **Le statut professionnel**, avec en particulier l'inscription souhaitée du métier dans le Code de la santé publique et le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME), son positionnement dans les conventions collectives des secteurs sanitaire, social et médico-social et de la fonction publique hospitalière et territoriale, l'adoption d'une charte ou d'un cadre éthique ayant une valeur réglementaire et la formalisation d'une place opérationnelle, pour les médiateur·rices en santé, dans le système de santé;
2. **La formation**, avec la mise en place de formations initiales et continues qualifiantes de médiateur·rice en santé accessibles sans exigence de diplôme préalable à l'entrée et la création d'une certification professionnelle permettant de valoriser les compétences acquises par l'expérience ;
3. **Le soutien et l'accompagnement professionnel** des médiateur·rices en santé, avec la mise en place d'un appui à trois niveaux: face aux difficultés rencontrées dans les missions (analyse et échange de pratiques entre médiateur·rices en santé), un soutien personnel dans l'exercice du métier (appui psychologique), un accompagnement des structures employeuses à l'intégration des médiateur·rices en santé dans leurs équipes et des partenaires mobilisant la médiation en santé, cet axe de demande étant formalisé dans la mise en place souhaitée, en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), de programmes régionaux de médiation en santé (PRMS) pour et avec des médiateur·rices en santé;
4. **Le financement pérenne des projets** et postes de médiation en santé par des canaux stables, lisibles et adaptés permettant un déploiement adapté aux besoins des territoires.

Discussion : Cette étude met en lumière les difficultés rencontrées par les médiateur·rices en santé dans l'exercice de leur métier, en lien avec un manque de sécurisation professionnelle. Alors que les acteur·rices de terrain et de la recherche sont déjà pleinement engagé·es en faveur de la reconnaissance et sécurisation du métier, notamment via le plaidoyer porté par le CPMS, l'évolution du métier nécessite l'implication significative et durable des pouvoirs publics aux différentes échelles territoriales concernées, dans cette démarche collaborative.

Une voie pour aller vers les changements attendus pourrait être la démarche d'une stratégie nationale de déploiement et de pérennisation de la médiation en santé, assortie de financements dédiés à sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation. Une autre voie qui apparaît pertinente et ancrée dans l'expérience et l'histoire des collaborations acteur·rices, décideur·ses, chercheur·ses sur les territoires, consisterait à s'appuyer et à accompagner les initiatives régionales de structuration de la médiation en santé. En effet, des démarches de mobilisation d'acteur·rices et d'animation de réseaux, voire de préfiguration de programmes régionaux de médiation en santé en lien avec une communauté de pratiques autour des besoins en santé des populations en situation de vulnérabilité sociale, se font jour sur plusieurs territoires, à des échelles de déploiement et à des niveaux d'avancement variables (e.g., Guyane, Nouvelle-Aquitaine, Hauts de France, Auvergne Rhône Alpes, Pays de la Loire, Provence alpes côte d'azur). Aller vers une mutualisation de ces expériences et une capitalisation des bonnes pratiques pour favoriser une implémentation de la médiation en santé cohérente, éthique, adaptée aux contextes territoriaux, dépassant une approche par publics et rompant avec une logique par silos pour promouvoir une logique intégrative, pourrait

inspirer un mouvement pérenne “down-up” des territoires vers l'échelle nationale, en faveur de la reconnaissance et de la sécurisation du métier de médiateur·rice en santé.

L'engagement politique apparaît ainsi comme un enjeu décisif pour inscrire ces évolutions dans un cadre légal et/ou réglementaire et atteindre une sécurisation des pratiques dans un cadre professionnel éthique cohérent, fondé sur un socle commun de référence reconnaissant et valorisant. Néanmoins, la diversité des profils des médiateur·rices en santé, pairs et non pairs, les expériences et les contextes d'intervention, nécessaires à l'adaptation constante de la médiation en santé à un contexte socialement mouvant. Cette sécurisation devra donc advenir avec le souci de ne pas rigidifier les pratiques.

Quelle que soit la voie qui sera privilégiée, il y a urgence à sécuriser ce métier, pour garantir l'efficacité de la médiation en santé, un accès équitable et un recours effectif au système de santé pour toutes et tous.

Table des matières

Résumé.....	4
Acronymes et abréviations	10
Listes des tableaux et figures.....	11
1. Contexte	12
2. Objectif	14
3. Méthode.....	16
3.1 Schéma d'étude	16
3.2 Populations d'étude.....	16
3.3 Collecte de données quantitatives.....	17
3.3.1 Outils de collecte de données	17
3.3.2 Implication des médiatrices et médiateurs en santé dans la construction des outils de collecte de données	18
3.3.3 Echantillonnage.....	18
3.3.4 Modalités de collecte des données.....	18
3.4 Collecte de données qualitatives	18
3.4.1 Outils de collecte	19
3.4.2 Echantillonnage et mode de recueil des données	19
3.5 Analyse	19
3.6 Démarches réglementaires.....	20
4. Résultats.....	20
4.1 Cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé	20
4.1.1 Caractéristiques des médiatrices et médiateurs en santé	20
4.1.2 Caractéristiques des structures mettant en œuvre la médiation en santé.....	29
4.2 Cadre professionnel en fonction du statut perçu de pair ou non	33
4.3 Cadre professionnel selon la catégorie de la structure employeuse	34
4.4 Reconnaissance du métier de médiatrice/médiateur en santé.....	37
4.4.1 Facteurs favorisant la reconnaissance des médiatrices et médiateurs en santé auprès des partenaires	37
4.4.2 Identité sociale de la médiation en santé à construire.....	38
4.5 Propositions formulées par les médiatrices et médiateurs pour sécuriser le métier.....	41
4.5.1 Statut	41
4.5.2 Formation.....	42
4.5.3 Soutien et accompagnement professionnel des médiatrices et médiateurs en santé.....	42

4.5.4 Financement et déploiement	44
5. Discussion.....	45
5.1 Synthèse des résultats.....	45
5.2 Enjeu de finaliser la reconnaissance et sécurisation du métier	45
5.2.1 Difficultés rencontrées par le manque de sécurisation professionnelle.....	45
5.2.2 Effet limité de l'unification sémantique assumée des médiations pour faciliter l'identité sociale de la médiation	46
5.2.3 Equilibre à trouver : sécuriser sans rigidifier.....	47
6. Limites et forces	48
7. Perspectives.....	49
7.1 Un engagement politique devenu nécessaire par les pouvoirs publics.....	49
7.2 Propositions concrètes au niveau des territoires.....	50
Bibliographie	51
Annexe 1 : Budget	53
Annexe 2 : Calendrier	53
Annexe 3 : Démarches réglementaires.....	54
Annexe 4 : Outils de collecte des données	56
Questionnaire structure.....	56
Questionnaire personnes en médiation santé	59
Guide de focus group	63
Annexe 6 : Cadre professionnel des personnes en médiation en santé	66
Annexe 7 : Cadre professionnel en fonction du statut pair ou non.....	71
Annexe 8 : Cadre professionnel en fonction de la catégorie de la structure employeuse.....	78
Annexe 9 : DAG.....	87

Acronymes et abréviations

AFPA :	Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes
ALISFA :	Branche des Acteurs du Lien Social et Familial
ARS :	Agence régionale de santé
Asa :	Structures menant des actions en santé
Aso :	Structures menant des actions sociales
CAF :	Caisse d'allocations familiales
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CC :	Convention collective
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CCN :	Convention collective nationale
CCOMS :	Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale
CESF :	Conseiller·es en économie sociale et familiale
CPF :	Compte personnel de formation
CPMS :	Collectif pour la promotion de la médiation en santé
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DAG :	Graphe acyclique orienté
Dihal :	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées
DREETS :	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DU :	Diplôme universitaire
Esa :	Etablissements de santé
Eso :	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ESPIC :	Etablissements de santé privé d'intérêt collectif
GCSMS :	Groupement de coopération sanitaire et médico-social
GIP :	Groupement d'intérêt public
HAS :	Haute autorité de santé
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IIQ :	Intervalle interquartile
IMEA :	Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
IRTS :	Institut régional du travail social
MR :	Méthodologie de référence
MS :	Médiateur·rices en santé
MSNP :	Médiateur·rices en santé non pairs
MSP :	Médiateur·rices en santé pairs
N :	Nombre
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
PNMS :	Programme national de médiation en santé
PRAPS :	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis
ROME :	Répertoire opérationnel des métiers et des emplois
RPS :	Risques psychosociaux

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience
VAPP : Validation des acquis personnels et professionnels

Listes des tableaux et figures

- Tableau 1** : Profil des médiatrices et médiateurs en santé. Etude C-pro-MS, France, 2023
- Tableau 2** : Difficultés rencontrées, sentiment de reconnaissance et besoins exprimés par les médiatrices et médiateurs en santé. Etude C-pro-MS, France, 2023
- Tableau 3**. Profil des structures mettant en œuvre la médiation en santé. Etude C-pro-MS, France, 2023
- Tableau 4** : Description des ressources en personnel au sein des structure (N=66). Etude C-Pro-MS, France, 2023
- Tableau 5** : Modalité de ressources humaines et financières. Etude C-Pro-MS, France, 2023
- Tableau 6** : Sources de financement des structures en médiation en santé. Etude C-Pro-MS, France, 2023
- Tableau 7** : Facteurs favorisant la reconnaissance des médiatrices et médiateurs en santé auprès des partenaires. Etude C-Pro-MS, France, 2023
- Annexe 6 Tableau A** : Cadre d'exercice des médiatrices et médiateurs en santé en fonction du statut pair ou non. Etude C-pro-MS, France, 2023.
- Annexe 6 Tableau B** : Poste des médiatrices et médiateurs en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.
- Annexe 6 Tableau C** : Perception dans le poste des médiatrices et médiateurs en santé. Etude C-Pro-MS, France, 2023.
- Annexe 7 Tableau A** : Profil des médiatrices et médiateurs en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.
- Annexe 7 Tableau B** : Cadre d'exercice des médiatrices et médiateurs en santé en fonction du statut pair ou non. Etude C-pro-MS, France, 2023.
- Annexe 7 Tableau C** : Poste des médiatrices et médiateurs en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.
- Annexe 7 Tableau D** : Perception dans le poste des médiatrices et médiateurs en santé. Etude C-Pro-MS, France, 2023.
-
- Figure 1** : Répartition des médiatrices et médiateurs en santé par catégorie de structure (N=215)
- Figure 2** : Région d'exercice des participant·es à l'étude (n=215), Etude C-pro-MS, France, 2023.
- Figure 3** : Principaux publics d'intervention des médiatrices et médiateurs en santé (%)
- Figure 4** : Principaux partenaires des médiatrices et médiateurs en santé (%)
- Figure 5** : Répartition des participants selon leur perception de leur situation financière (%)
- Figure 6** : Répartition du type de difficulté des médiatrices et médiateurs en santé dans leur poste (N=52)

1. Contexte

La médiation en santé est à la fois un nouveau métier, pensé à la l'interface entre les professionnels de santé et les usagers du système de santé, et une intervention prometteuse de réduction des inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont à la fois le reflet des déterminants sociaux de la santé, d'un accès inégal à la prévention, et de barrières et leviers rencontrés dans le recours aux services de santé. Le recours aux services de santé présuppose la reconnaissance d'un besoin en santé, l'intention d'aller consulter et l'utilisation effective du système de santé (1). La médiation en santé est un processus de régulation sociale correspondant à la médiation du lien, elle permet de (re)créer du lien entre des services, des professionnel·les de santé et des publics qui en sont éloignés (2).

Après des expériences innovantes prometteuses (3–12), un cadre institutionnel a été formalisé par l'inscription de la médiation en santé dans la loi de modernisation du système de santé (13), le code de santé publique en 2016 (14), et par l'élaboration, en 2017, d'un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques par la Haute Autorité de santé (HAS) (15). Celle-ci définit la médiation en santé comme un processus temporaire de « l'aller vers » les populations, les professionnel·les du secteur sanitaire, social et médico-social et les institutions et du « faire avec » les personnes dans une logique d'augmentation de leur pouvoir d'agir (i.e., empowerment) (15). La médiation en santé apparaît alors comme une fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics en situation de vulnérabilités ; d'autre part, sensibiliser les acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

La HAS soutient la mise en œuvre de la médiation en santé comme objectif prioritaire, dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis (PRAPS) portés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Toutefois, ni le législateur, qui a défini les objectifs de la médiation en santé, ni le gouvernement qui en a donné une définition réglementaire, ne détermine si la médiation en santé doit être portée par une profession dédiée ou si elle peut être mise en œuvre par tout·e professionnel·le de santé ou du social. Ce début d'institutionnalisation a permis d'inscrire la médiation en santé dans le système de santé. Néanmoins, il reste difficile de caractériser la personne mettant en œuvre la médiation en santé au sein d'un métier identifié et spécifique qui, par manque de reconnaissance statutaire, prend diverses appellations : patient·e navigateur·rice, médiateur·rice sanitaire, médiateur·rice en santé, pair aidant·e, médiateur·rice pair, adulte relais, femme relais, référent·e santé, animateur·rice santé, agent de santé communautaire, etc. (16).

A cela s'ajoute une forte disparité de l'offre de formation que ce soit dans sa nature ou dans sa disponibilité locale (17). En effet, il n'existe pas de standard de durée ou de contenu permettant de garantir la qualité des formations. Les compétences nécessaires à l'exercice de la médiation en santé sont mal identifiées, les contenus des formations peu homogènes, la visibilité et la reconnaissance de ce domaine sont trop peu gratifiantes (17). Les formations sont de durée variable (3 mois/5 ans) (17). Enfin, les médiatrices et médiateurs en santé étant majoritairement employé·es par des associations sur des fonds labiles (16), il n'y a, le plus souvent, ni sécurité de maintien dans l'emploi, ni perspectives de pérennisation ou d'évolution de carrière. Tous ceci décrit un cadre professionnel peu sécurisant.

Or, ces éléments ainsi que la non-reconnaissance du métier au niveau du diplôme, de la certification, de la norme métier, du recensement dans le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME), engendrent des difficultés au quotidien pour mettre en œuvre des actions de médiation en santé et limitent leur efficacité (16).

La médiation en santé étant un maillon essentiel pour faciliter le recours aux droits, aux soins et à la prévention des populations éloignées du système de santé et socialement exclues (15), Sidaction et la Fnasat-GV ont réalisé une étude relative au cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé afin d'identifier et d'évaluer les besoins de sécurisation statutaire et financière du métier de médiatrice/médiateur en santé.

La notion de cadre ou contexte professionnel renvoie à l'ensemble des conditions d'exercice qui caractérisent un emploi : diplôme et qualification requise, salaire, formation initiale et continue, convention collective ou droits et avantages relevant d'un accord collectif national, type de contrat de travail et financement de poste, perspectives d'évolution de carrière, référentiel d'activités et profil de poste, place dans l'organisation de la structure employeuse, modalités concrètes de travail au sein de l'équipe, supervision, relations hiérarchiques et autonomie, environnement et conditions de travail, relations partenariales, etc.

2. Objectif

Dans le prolongement de la mesure 27 du Ségur de la Santé et de l'intérêt réaffirmé pour les « démarches d'aller vers », la médiation en santé est inscrite à l'agenda des autorités sanitaires². Depuis 2020, dans un monde traversé par une crise sanitaire sans précédent et une nouvelle prise de conscience du creusement des inégalités sociales de santé, la question de « l'aller vers » est en effet devenue un slogan brandi, comme par le passé lors des grandes crises épidémiques, notamment celle du VIH/SIDA. Elle apparaît comme une solution privilégiée aux failles de l'organisation du système de santé, en particulier pour atteindre les populations les plus éloignées du système de santé (16). Une revue de la littérature sur les conditions de succès et de faisabilité de la médiation en santé auprès des personnes éloignées du système de santé conclue que la question de la sécurisation du statut des médiateur·rice en santé est importante, de manière à favoriser la pérennité et l'efficacité des dispositifs de médiation demeure prégnante (16). Cette question renvoie ainsi à l'enjeu de la reconnaissance et de la sécurisation du métier de médiatrice et médiateur en santé par son inscription dans un cadre professionnel commun.

L'hypothèse est que la non-reconnaissance ou formalisation du métier de médiatrice et médiateur en santé entrave l'efficacité de son action auprès des populations éloignées du système de santé et des partenaires. Cette non reconnaissance/formalisation relève de plusieurs dimensions :

- › **Statutaire** : absence de statut professionnel dans les secteurs public et privé, le métier n'étant pas inscrit dans un cadre professionnel commun ; diversité des contenus, durées et niveaux des formations,
- › **Financière** : financements non pérennes des postes,
- › **Institutionnelle** : manque de soutien institutionnel dans les structures de soins, manque de reconnaissance du positionnement et de la légitimité des médiateur·rices employé·es dans des structures à vocation sociale, dans leurs interactions avec les professionnel·les des secteurs sanitaire, social et médico-social,
- › **Organisationnelle** : insuffisance de plateformes locales d'appui et de coordination, de lieux d'échanges, d'information, de ressources et de plaidoyer sur les obstacles en matière de recours aux soins, fragilité des partenariats ; manque de transversalité entre acteur·rices de la santé et du social qui entretient les logiques de fonctionnement en silos.

Dans un premier temps, il apparaît indispensable d'établir un état des lieux des contextes professionnels des médiatrices et médiateurs en santé afin de formuler, dans un second temps, des recommandations inspirées des réalités de terrain, des besoins recensés et des suggestions portées par les acteur·rices concerné·es.

Par conséquent, les questions de recherche de cette étude sont :

- › Dans quel cadre professionnel les médiateur·rices en santé mettent-elles·ils en œuvre la médiation en santé ?
- › Ce cadre professionnel varie-t-il en fonction de leur statut de pair ? En fonction de la catégorie des structures employeuses ?

² IGAS *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, Juillet 2023

- › Quels sont les facteurs favorisant la reconnaissance du métier de médiatrice et médiateur en santé ?

Ainsi, l'objectif principal est d'élaborer un état des lieux du cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé relatif à leurs conditions d'emploi et d'exercice, en 2023, dans toute la France. Les objectifs secondaires sont d'identifier si ce cadre professionnel varie en fonction de leur statut de pair et en fonction de la catégorie des structures employeuses, d'identifier les facteurs favorisant la reconnaissance du métier de médiatrice et médiateur en santé et finalement, de formuler des recommandations pour la reconnaissance et la sécurisation de ce métier.

3. Méthode

3.1 Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude en méthodes mixtes menée, en France, de janvier à juin 2023, auprès des personnes travaillant en médiation en santé, des directions et des coordinations de structures employant des médiateur·rices en santé. L'étude comportait une enquête transversale quantitative, complétée dans un second temps par une enquête qualitative. L'étude a été réalisée de manière collaborative et participative. Ce travail implique une démarche collective, réfléchie et systématique dans laquelle le chercheur et les parties prenantes de la communauté s'engagent dans toutes les étapes du processus de recherche dans le but d'améliorer la pratique. Cette démarche implique la création d'un travail collaboratif, des échanges réguliers entre les associations/collectifs communautaires, mais aussi le partage d'expériences entre les chercheurs et les médiateur·rices en santé.

L'équipe projet se constitue de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv) et de Sidaction. Le comité de pilotage (copil) regroupe l'équipe projet et les partenaires institutionnels (Santé Publique France), de terrain et des chercheur·ses (Université de Bordeaux et Université Sorbonne Paris Nord). Les partenaires de terrain sont : les associations membres du Programme National de Médiation en santé (PNMS) - La Sauvegarde du Nord, La Sauvegarde de l'Isère, le PopS 38, Les Forges Médiation, Médecin du Monde, Première Urgence Internationale mission Île-de-France, Soliha Normandie, Adept93, Amitiés Tsiganes, ALQR, Centre Social Les Alliers, Centre Social Le chemin du Hérisson, Centre Social St Exupéry, Itinérance 22, ADAPGV 86, ADGVE, ASAV, RAGV, Tsigane Habitat, Voyageurs 72 – le Comède 94, le Samu social de Paris, La Place Santé Saint-Denis, la Case de Santé de Toulouse, le réseau des Comités de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), le Codeps 13, l'Ireps ARA, le Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, l'association Ader Guyane, La CASE de Bordeaux, le Dispositif d'accompagnement médico-social des patients suspects de COVID Marseille (Corhesan), l'Institut Renaudot et France Médiation.

Le copil s'est réuni tous les trois mois d'octobre 2022 à février 2024 pour participer à la conception de l'étude, la collecte des données, l'interprétation des résultats et la co-construction des recommandations.

3.2 Populations d'étude

Population 1 : médiatrices et médiateurs en santé

Toute personne salariée se considérant médiateur·rice en santé, occupant un emploi dans la médiation en santé. Critère d'exclusion : être bénévole.

Population 2: directions et coordinations de structures

Toute personne représentant la direction ou la coordination d'une structure mettant en œuvre des actions de médiation en santé ou ayant au sein de son équipe un.e médiateur.trice en santé. Critère d'exclusion : être bénévole.

3.3 Collecte de données quantitatives

3.3.1 Outils de collecte de données

Nous avons identifié les données à collecter pour spécifier le cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé à partir du référentiel de compétence élaboré sous l'égide de la HAS (15), du savoir expérientiel du Copil, d'une enquête préliminaire menée en 2015 en Ile-de-France (5) et d'un travail de thèse précédemment menée sur les conditions d'efficacité de la médiation en santé (18).

Le questionnaire destiné aux médiateur·rices en santé (population 1) est composé de 54 questions, dont 44 à choix multiples et 10 ouvertes (Annexe 4 questionnaire médiateur·rice en santé). Le questionnaire portait sur 5 domaines :

Le profil des médiateur·rices en santé défini par le genre, l'âge, le niveau d'étude, la formation initiale, la formation continue et les organismes de formation, la formation en médiation en santé, l'intitulé du poste précédent et le statut perçu de pair ou non pair ("médiation mise en œuvre par des personnes issues du public d'intervention ou avec le même parcours biographique" était précisé dans le questionnaire pour préciser le sens de pair).

Le cadre d'exercice des médiateur·rices en santé questionne sur le statut juridique de la catégorie de la structure employeuse, la région d'exercice, les publics et lieux d'intervention, les activités menées et le niveau de collaboration avec les partenaires.

Les caractéristiques du poste occupé sont l'intitulé du poste actuel, l'ancienneté dans la structure, le type et la durée de contrat, le temps de travail, le salaire net mensuel et l'état financier perçu.

Les difficultés et les besoins exprimés pour mettre en œuvre et exercer la médiation en santé sont le type de difficultés, les moyens, les type de besoins, le sentiment de reconnaissance (auprès du public, des partenaires, en interne, auto-reconnaissance), le sentiment de respect de la place de tiers auprès du public et des partenaires et le sentiment de reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé.

Les axes de plaidoyer perçus comme prioritaires

Le questionnaire destiné aux structures (population 2) (Annexe 4 questionnaire structure) est composé de 29 questions (22 questions à choix multiple et 7 questions ouvertes). Ce questionnaire portait sur les domaines suivants : statut juridique, catégorie de la structure, ressources humaines (e.g., composition de l'équipe, type d'accompagnement proposé aux médiateur·rices en santé, procédures, critères de recrutement etc.), financement de la médiation en santé (sources, durée, besoins) et besoins de plaidoyer.

3.3.2 Implication des médiatrices et médiateurs en santé dans la construction des outils de collecte de données

Entre octobre et novembre 2022 les coordinateur·rices de structures participant au comité de pilotage de l'étude et les médiateur·rices en santé travaillant dans ces structures ont pris connaissance des premières versions des questionnaires, ont proposé des modifications puis ont validé les versions ajustées en fonction de leurs suggestions. Plus précisément, il leur a été demandé - sur la base de leur expérience - de valider, de modifier ou de rejeter les questions incluses dans les projets de questionnaires créés par l'équipe projet. Il s'agissait ainsi d'identifier au mieux et au plus près de leurs conditions réelles d'exercice les différentes variables permettant de décrire ensuite leur cadre d'emploi et leurs besoins. Un groupe de volontaires, composé de médiateur·rices et de coordinateur·rices, a finalement testé les versions ainsi co-construites des questionnaires pour s'assurer de la fluidité de la démarche de réponse et de collecte des données.

3.3.3 Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage choisie était la méthode boule de neige, recommandée pour les études de réseaux relationnels. La médiation en santé étant un domaine très spécifique, nous avons identifié des personnes appartenant à ce domaine (membres du Copil). Ainsi, ces dernières ont indiqué d'autres personnes de leur connaissance appartenant au milieu de la médiation en santé à l'équipe projet afin de diffuser les outils de collecte par mail. Par conséquent, l'échantillon tend à la représentativité du réseau médiation en santé des membres du Copil.

3.3.4 Modalités de collecte des données

Deux auto-questionnaires en ligne créés sur Framafarm ont permis de collecter les données nécessaires à l'étude d'une durée de remplissage de 15 minutes chacun. Les questionnaires étaient pseudonymisés. Pour le questionnaire structure, une table de correspondance a été élaborée au préalable par l'équipe projet pour attribuer des identifiants à chaque structure. Les éléments relatifs à l'identification de la structure ont été effacés par la suite. Pour le questionnaire médiateur·rice en santé, un identifiant était créé, composé de l'identifiant de la structure dans laquelle ils exerçaient suivi d'un algorithme aléatoire.

3.4 Collecte de données qualitatives

Un recueil de données qualitatives est venu compléter l'étude, afin de préciser certains résultats issus des données quantitatives.

Nous avons réalisé des focus groupe auprès des médiateur·rices en santé, participant aux activités du CPMS pour :

- › Approfondir notre compréhension des résultats quantitatifs autour de la reconnaissance du métier de médiateur et médiatrice en santé (focus groupe reconnaissance),
- › Co-interpréter les résultats quantitatifs et identifier les propositions concrètes à mettre en œuvre pour y remédier (focus groupe proposition).

3.4.1 Outils de collecte

Un guide de focus groupe a été construit pour explorer les dimensions autour de la sécurisation du métier : la reconnaissance du métier, la reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé, l'identité sociale de la médiation en santé, la formation et l'accompagnement des médiatrices et médiateurs en santé, ainsi que le financement pour faciliter le déploiement de la médiation en santé (annexe 4).

3.4.2 Echantillonnage et mode de recueil des données

Les focus groupe ont été menés en visioconférence et ont duré deux heures chacun environ. Pour le focus groupe reconnaissance, nous avons réalisé un échantillonnage de convenance et invité les médiatrices et médiateurs en santé participant aux activités du CPMS à y participer. Pour le focus groupe proposition, nous avons réalisé un échantillonnage de convenance et invité à participer les médiateur·rices en santé du programme Un chez soi d'abord, de la coordination régionale des médiateur·rices en santé des Haut de France et Auvergne Rhône Alpes, et à la coordination départementale de Gironde et de la ville de Marseille.

3.5 Analyse

Le plan d'analyse a été élaboré par l'équipe projet.

Le nettoyage des données a permis d'éliminer les doublons et de régulariser les données aberrantes. Cette étape a également permis de catégoriser les réponses des questions ouvertes et de redéfinir les catégories de certaines variables.

Nous avons classé les structures en fonction de leur dimension d'activités « social » ou « santé » et selon le fait qu'elles étaient soumises ou non à une réglementation spécifique : code de la santé publique ou code de l'action sociale et des familles. Les modalités de la variable « catégorie de structures » sont les structures à dimension santé (non soumises au code de la santé publique), les établissements de santé regroupant les établissements et les centres de santé participatifs ou communautaires (soumis au code de la santé publique), structures ayant le statut d'établissement social et médico-social (au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF)) et les structures à dimension sociale (n'ayant pas le statut d'établissement social ou médico-social au sens du CASF). Les activités sont les activités proposées dans la taxonomie des activités réalisables par les médiateur·rices en santé (18).

Nous avons ajouté une analyse des collaborations intersectorielles à l'aide de la variable « niveau de collaboration ». Selon Bilodeau et al (19), le premier niveau de collaboration est la mise en réseau et représente l'échange d'informations. La coopération renvoie au fait de collaborer pour optimiser les ressources afin de mieux accomplir ses buts propres. Cela demande moins d'interdépendance entre les secteurs que la coordination des actions. La coordination implique un travail conjoint entre les acteurs et actrices pour apporter des ajustements mutuels de sorte à rendre les actions plus cohérentes et plus solides pour atteindre des objectifs partagés. L'intégration vise à co-construire des interventions nouvelles, et nécessite l'intégration d'objectifs, de processus, de ressources et d'actions. Elle demande un degré de collaboration et d'interdépendance encore plus élevé entre les acteur·rices.

Pour les données quantitatives, nous avons d'abord réalisé une description des données issues des auto-questionnaires pour faire l'état des lieux du cadre professionnel des médiateur·rices en santé. Les données quantitatives sont décrites sous forme de médiane et intervalle interquartile [IIQ] et les données qualitatives sous forme d'effectif (n) associé à son pourcentage. Nous avons complété cette étape descriptive par une analyse univariée pour spécifier le cadre professionnel en fonction du statut pair et de la catégorie de la structure employeuse. Nous avons fusionné les deux données issues de chaque questionnaire sur une base de données unique. Sur cette base de données, nous avons réalisé une régression logistique pour identifier les facteurs associés à la reconnaissance du métier de médiatrice/médiateur en santé par les partenaires (seuil de significativité à 5%). Le traitement et l'analyse des données a été réalisé sur le logiciel R version 4.0.3.

Pour les données qualitatives, nous avons enregistré et retranscrit les focus group. Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique suivant le cadre conceptuel de la médiation en santé (18). Chaque entretien a été codé indépendamment par deux chercheuses, puis une discussion a eu lieu sur les codages divergents jusqu'à consensus.

En suivant, nous avons effectué une triangulation des résultats afin de proposer des recommandations en lien avec les résultats ainsi obtenus.

3.6 Démarches réglementaires

Le budget, le calendrier et les démarches réglementaires sont précisés en annexe (Annexes 1, 2 et 3). Le traitement de données mis en œuvre par la présente enquête, est conforme à la méthodologie de référence MR004 et dispose d'une déclaration de conformité n°2229335 et consignera l'enquête dans son registre.

4. Résultats

4.1 Cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé

4.1.1 Caractéristiques des médiatrices et médiateurs en santé

4.1.1.1 Profil des médiatrices et médiateurs en santé

Entre janvier et avril 2023, 215 personnes s'identifiant comme médiateur·rice en santé salarié·es, exerçant au sein de 151 structures, ont répondu au questionnaire en ligne. Le profil des participant·es (tableau 1) se caractérisait par une majorité féminine (69%), avec un âge médian de 39 ans (intervalle interquartile [IIQ] [32-44]).

Plus de 69% des participant·es avaient un niveau d'étude inférieur ou égal à bac+3. Le niveau d'étude le plus représenté était le niveau d'étude Bac + 3 (34%). Presque tous les participant·es (98%) avaient une formation initiale dont 11% présentaient plus de deux formations initiales. Les formations initiales étaient : 40% dans le social, 30% dans autres (art, tourisme, droit) et 27% en santé (sanitaire et santé publique).

Parmi les participant·es, 30% avaient un diplôme en médiation en santé et 20% des participant·es étaient en formation en médiation en santé. Deux tiers des participant.es diplômé.es avaient un diplôme universitaire (D.U.) de médiation en santé et un tiers la licence médiation en santé pair. Les participant.es en formation ont mené majoritairement une Licence de médiation en santé pair (48%) ou le D.U. de médiation en santé (24%). Parmi ces personnes suivant une formation en médiation en santé, 64% précisait que celle-ci était certifiante (33% de l'Université Sorbonne Paris Nord - anciennement Université Paris 13 et 17% de l'Université de Bordeaux), et 27% ont déclaré qu'elle leur avait permis de bénéficier d'une évolution de salaire.

Pour la majorité des participant·es, l'intitulé du poste était « médiateur·rice en santé » (53,0%) ou « médiateur·rice en santé pair » (9,8%). Les autres types de postes occupés étaient « animateur·rice » (7,5%), « agent·e administratif·ive » (6,1%) et « infirmier·ère » (6,1%). Les médiatrices et médiateurs en santé occupaient leur poste depuis une ancienneté médiane de 2 ans [IIQ 1 - 4 ans]. Plus de la moitié des participant·es se définissaient comme médiateur·rices en santé (58%), 29% comme médiateur·rices en santé pairs et 13% ne savaient pas comment se définir.

Avant d'occuper leur poste, les participant·es ont exercé des métiers divers et variés. Ainsi, 13% exerçaient déjà dans la médiation en santé, 13% exerçaient des métiers issus du secteur social, 12% du secteur sanitaire, 10% étaient chargé·es de projet. Un peu plus de 18% provenaient de secteurs éclectiques (e.g., communication, architecture, tourisms, etc.).

Tableau 1 : Profil des médiatrices et médiateurs en santé. Etude C-pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%) (N = 215) [†]
Genre	
- Féminin	48 (69.0)
- Masculin	54 (25.0)
- Autre	13 (6.0)
Age (en années) *	
- 20-30	39 [31.5, 48.0]
- 31-40	46 (21.5)
- 41-50	70 (32.5)
- 51 et +	62 (28.8)
Niveau d'études	
- <Bac	37 (17.2)
- Bac	46 (21.5)
- Bac +2	70 (32.5)
- Bac +3	62 (28.8)
- Bac +5 et plus	37 (17.2)
Formation initiale	
Médicale (Oui)	9 (4.2)
Paramédicale (Oui)	30 (14.0)
Médico-sociale (Oui)	39 (18.0)
Santé publique (Oui)	20 (9.3)
Science humaines et sociales (Oui)	48 (22.0)
Droit (Oui)	7 (4.7)

Caractéristiques	N (%) (N = 215) [†]
Gestion (Oui)	19 (8.8)
Communication (Oui)	12 (5.6)
Art (Oui)	8 (3.7)
Education (Oui)	6 (2.8)
Tourisme (Oui)	3 (1.4)
Sans formation (Oui)	5 (2.3)
Autres (Oui) ⁱ	12 (4.2)
Nombre de formations initiales	
- 1	192 (89.0)
- 2	19 (8.8)
- 3+	4 (2.2)
Intitulé du poste précédent	
Administrateur·rice	17 (8.7)
Animateur·rice	15 (7.7)
Chargé·e de projet	19 (9.7)
Education	11 (5.6)
Gestion	8 (4.1)
Médiateur·rice en santé	25 (13.0)
Responsable-coordonateur·rice	10 (5.1)
Profession du secteur de la santé	21 (12.0)
Professionnel·le du secteur social	25 (13.0)
Sans emploi	7 (3.6)
Autres (communication, étudiant·e, ..)	35 (18.1)
Intitulé du poste actuel	
Agent administratif	13 (6.1)
Animateur·rice	16 (7.5)
Chargé·e de projet-mission	8 (3.7)
Infirmier·e	13 (6.1)
Médiateur·rice en santé	114 (53.0)
Médiateur·rice en santé numérique	2 (0.9)
Médiateur·rice en santé pair	21 (9.8)
Pair·e aidant·e	6 (2.8)
Psychologue	2 (0.9)
Responsable-coordonateur·rice	6 (2.8)
Travailleur·euse social	7 (3.3)
Autres	6 (2.8)
Statut perçu	
- Pair	62 (29.0)
- Non pair	124 (58.0)
- Ne sait pas	29 (13.0)
Diplôme en médiation en santé ()	
- Diplôme Universitaire de médiation en santé	64 (30.0)
- Licence professionnelle médiation en santé pair Centre collaborateur OMS	37 (62.7)
- Autres diplômes	19 (32.2)
- Autres diplômes	3 (5.1)
Formation en médiation en santé ()	
- Diplôme Universitaire de médiation en santé	42 (20.0)
- Licence Médiation en santé pair CCOMS	10 (23.8)
- Licence Médiation en santé pair CCOMS	20 (47.6)

Caractéristiques	N (%) (N = 215) [†]
- Programme National Médiation en Santé	5 (11.9)
- Autres formations continues	7 (16.7)
Organismes de formation Diplômante	
o Université Sorbonne Paris Nord (Paris 13)	27 (64.0)
o Université de Bordeaux	17 (63.0)
- <i>Non certifiante</i>	10 (37.0)
o Ader	15 (36.0)
o Fnasat-GV-PNMS	4 (26.6)
o Autres organismes	5 (33.4)
	6 (40.0)
Evolution de salaire suite à la formation	52 (27.0)
Ancienneté dans la structure (en année) *	2 [1, 4]

*Médiane [IIQ]

4.1.1.2 Cadre d'exercice des médiatrices et médiateurs en santé

Les principaux statuts juridiques des structures employant des médiateur·rices en santé étaient des associations (67%), des établissements publics de santé (19%) ou des collectivités territoriales (3,8%) (Annexe 6 tableau A). Les participant·es exerçaient principalement dans des structures menant des actions en santé³ (37%) et des établissements de santé⁴(20%) (Figure 1).

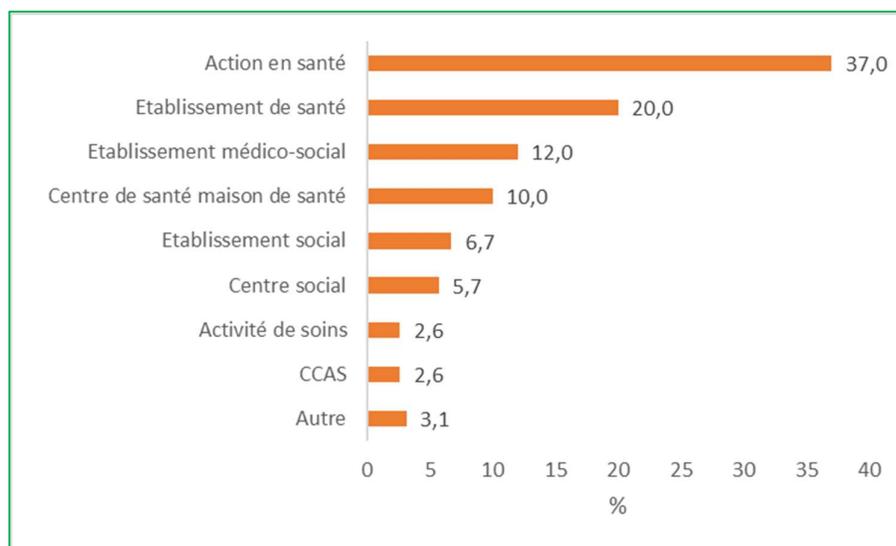


Figure 1 : Répartition des médiatrices et médiateurs en santé par catégorie de structure (N=215)

³ Une structure à dimension santé est une structure qui mène des actions en santé et qui n'est pas soumis au code de santé publique.

⁴ Un établissement de santé mène des actions en santé et est soumis au code de santé publique.

La majorité des participant·es exerçaient en Ile-de-France (n=68), en Auvergne-Rhône-Alpes (n=38) et en Guyane (n=26) (Cf. Figure 2).

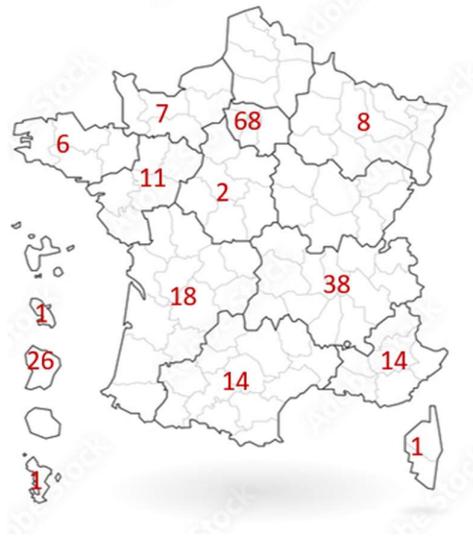


Figure 2 : Région d'exercice des participant·es à l'étude (n=215), Etude C-pro-MS, France, 2023.

Les principaux publics visés par les interventions des médiatrices et médiateurs en santé étaient les personnes migrantes, sans domicile, en accompagnement en santé mentale et en situation d'addiction (Figure 3).

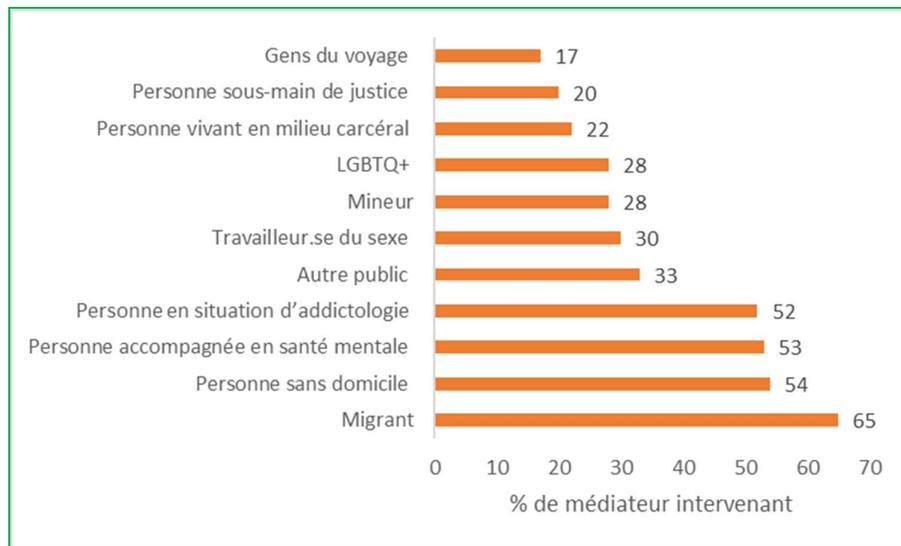


Figure 3 : Proportion de médiatrices et médiateurs accompagnant les publics clés

Les lieux d'intervention des médiatrices et médiateurs en santé étaient principalement au sein d'un logement individuel (70%), dans la rue (64%), en logement d'insertion (45%) et en logement accompagné (38%) (Cf. Annexe 6, Tableau A).

Les médiatrices et médiateurs en santé travaillaient majoritairement en partenariat avec des professionnel·les de santé (95%) et des travailleur·euses sociaux·les (93%) (Figure 4). Ils·elles pouvaient aussi être amené·es à collaborer avec les services déconcentrés de l'Etat (ARS, Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), préfecture) (20%) et avec des élu·es (municipaux, départements, régions, etc.) (21%), soulignant ainsi la variété des partenaires possibles. Le niveau de collaboration avec ces partenaires était pour la moitié (53%) la mise en réseau, 15% de la coopération (i.e., détermination des objectifs en commun), un quart (25%) la collaboration (i.e., mise en place et coordination collectives des actions), 7% de l'intégration (i.e., réflexion et construction collectives des stratégies de développement de la médiation en santé sur le territoire).

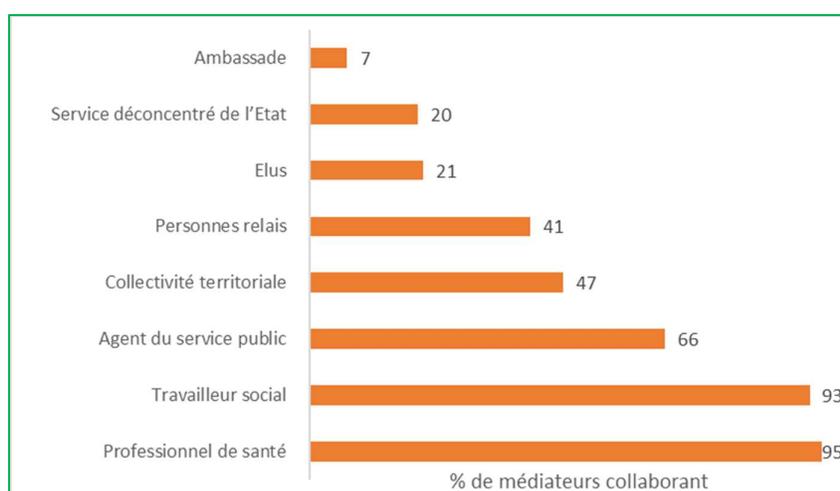


Figure 4 : Proportion des médiateur.rices en santé travaillant avec les principaux partenaires (%)

Les principales activités menées par les médiatrices et médiateurs en santé (Annexe 6 Tableau A) étaient les activités de navigation dans le système de santé, à savoir :

- › La rencontre informelle des personnes éloignées (aller vers pour soutenir et informer sur les droits, les dispositifs et les acteurs disponibles (78%)),
- › La rencontre avec les partenaires (65%),
- › L'orientation des populations éloignées (90%) et de leurs partenaires (63%) vers les services compétents,
- › L'accompagnement des personnes accompagnées à naviguer dans le système de soins et les services essentiels de l'Etat (82%),

- › La sensibilisation des populations éloignées aux enjeux de santé et de fonctionnement du système de santé et des partenaires sur les obstacles rencontrés par les populations éloignées (32%).

Concernant les activités de coordination et de pilotage, les médiatrices et médiateurs en santé déclaraient concevoir ou évaluer les activités de réponse aux besoins de santé des populations éloignées et socialement exclues, en lien avec les autres acteurs concernés sur le territoire (51%). Enfin, concernant les activités de structuration territoriale de la médiation en santé, 56% menaient des activités d’alerte et 45% un diagnostic territorial.

4.1.1.3 Postes des médiatrices et médiateurs en santé

Après avoir précisé le profil et le cadre d’exercice des médiatrices et médiateurs en santé de notre étude, il s’agit ci-après de déterminer les caractéristiques du poste en médiation en santé en lui-même (Annexe 6, Tableau B). Les structures financent un ou des postes de médiateur·rice en santé. Pour la moitié (49%) d’entre elles, ce ou ces postes reposent sur des financements multiples. L’ancienneté des médiatrices et médiateurs en santé au sein de leur structure était en médiane de 2 ans.

La majorité des participant·es étaient en CDI (66%) et 32% étaient en CDD, les autres étant en emploi aidé ou vacataire. Parmi les personnes en CDD, 47% avaient une durée de contrat de moins d’un an, 47% entre 1 et 3 ans et 6% de 3 ans et plus. Plus des deux tiers des médiatrices et médiateurs en santé étaient à temps complet (70%) contre 30% à temps partiel.

Le salaire net mensuel médian était de 1 620 euros⁵ IIQ [1 371, 1 900] avec un taux horaire net médian de 11,10 euros [9,66, 12,69]. Une grande partie des médiatrices et médiateurs en santé percevaient leur situation financière comme impossible (6.5%), difficile (17%) ou juste (37%), exprimant ainsi une gestion économique difficile au quotidien (Figure 5).

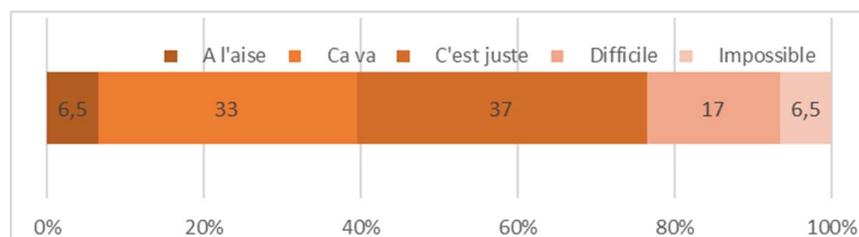


Figure 5 : Répartition des participant·es selon leur perception de leur situation financière (%)

Les participant·es bénéficiaient de soutien professionnel en interne d’une part auprès des collègues (91%) et d’autre part de l’encadrement, direction, coordination, et/ou chef·fe de service (82%). Pour faciliter les échanges et le partage, 95% des participant·es bénéficiaient de réunions d’équipe.

⁵ Pour comparaison, l’INSEE établissait, pour 2022, le salaire mensuel net médian (avant impôt sur le revenu) en équivalent temps plein, des salariés du secteur privé en France à 2091€ (données publiées le 08/11/2023).

Parmi les médiatrices et médiateurs en santé en bénéficiant, 61% précisait qu'elles se déroulaient chaque semaine. Il en est de même pour l'analyse des pratiques, 68% en bénéficiaient, parmi lesquels 53% étaient réalisées une fois par mois.

4.1.1.4 Difficultés rencontrées et besoins exprimés par les médiatrices et médiateurs en santé

La présence et le type de difficultés rencontrées par les médiatrices et médiateurs en santé est présentée en Annexe 6 (Tableau C). Ces dernier·ères étaient 30% à se sentir en difficulté dans leur poste. La première difficulté rapportée était un défaut d'effectif (40%), un manque de soutien de la hiérarchie (26%), et le manque d'expérience (19%) (Figure 6).

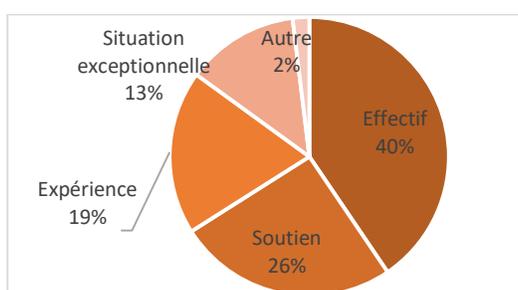


Figure 6 : Répartition du type de difficulté des médiatrices et médiateurs en santé dans leur poste (N=52)

Plus des trois quarts des participant·es (85%) exprimaient des difficultés dans leur collaboration avec leurs partenaires (Tableau 2). Les difficultés principales étaient le manque de communication (58%), la méconnaissance de leur métier (57%) et de leur rôle (57%). Au-delà des difficultés évoquées, la moitié des participant·es (50%) déclaraient manquer de moyens pour réaliser les actions sur le terrain, notamment à cause du manque de matériel (24%), de moyens financiers (24%) ou par manque d'un véhicule (11%) (Tableau 2).

En termes de sentiment de reconnaissance, 31% ne se sentaient pas reconnus par les partenaires, 28% en interne (i.e., structure employeuse) et 17% par les publics. A noter que 16% des participant·es ne percevaient pas de sentiment de reconnaissance personnel (i.e., auto-reconnaissance). Sur la perception de leurs compétences, les médiatrices et médiateurs en santé estimaient que celles-ci n'étaient pas reconnues par les partenaires (30%), en interne (28%) et par les personnes accompagnées (18%). Près d'un.e médiateur.ice en santé sur quatre (24%) percevait un manque de respect de leur place de tiers de la part de partenaires ; 20% de la part des publics.

La majorité des médiatrices et médiateurs en santé (80%) avait le sentiment d'avoir un impact sur la qualité de vie des publics accompagnés.

Plus de 70% des participant·es ont exprimé des besoins nécessaires à l'exercice de leur poste. Les médiatrices et médiateurs en santé ont déclaré un besoin de formation (32%), un salaire acceptable (26%), ainsi que la nécessité d'être écouté et soutenu (17%) et/ou la pérennisation de leur poste (17%).

Tableau 2 : Difficultés rencontrées, sentiment de reconnaissance et besoins exprimés par les médiatrices et médiateurs en santé. Etude C-pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%) N=215
Difficulté de collaboration avec les partenaires (Oui)	181 (85.0)
Manque de communication (Oui)	101 (58.0)
Méconnaissance du métier de médiatrice/médiateur en santé (Oui)	100 (57.0)
Méconnaissance du rôle de médiateur·rice en santé (Oui)	100 (57.0)
Sentiment de chevauchement des rôles (Oui)	61 (35.0)
Manque de reconnaissance (Oui)	63 (36.0)
Relation médecin-patient (Oui)	47 (27.0)
Sentiment de discrimination en lien avec le métier (Oui)	25 (14.0)
Sentiment de discrimination en lien avec le statut de pair (Oui)	16 (9.2)
Manque de moyen en général (Oui)	104 (50.0)
Manque de véhicule (Oui)	26 (11.0)
Manque de moyen matériel (Oui)	52 (24.0)
Manque de moyen financier (Oui)	52 (24.0)
Sentiment d'auto-reconnaissance (Non)	35 (16.0)
Sentiment de reconnaissance en interne (Non)	60 (28.0)
Sentiment de reconnaissance auprès des publics (Non)	37 (17.0)
Sentiment de reconnaissance auprès des partenaires (Non)	66 (31.0)
Sentiment de compétences reconnues en interne (Non)	60 (27.9)
Sentiment de compétences reconnues par les publics (Non)	37 (17.5)
Sentiment de compétences reconnues par les partenaires (Non)	66 (30.4)
Sentiment de respect de la place de tiers par les publics (Non)	52 (20.0)
Sentiment de respect de la place de tiers par les partenaires (Non)	43 (24.0)
Sentiment d'impact sur la qualité de vie des publics (Non)	35 (20.0)
Besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé (Oui)	153 (71.0)
Premier besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	
- Ecoute/soutien	25 (17.0)
- Formation	49 (32.0)
- Matériel	3 (2.0)
- Organisation	2 (1.3)
- Pérennité du poste	25 (17.0)
- Reconnaissance	5 (3.3)
- Ressource humaine	2 (1.3)
- Salaire	40 (26.0)

4.1.1.5 Axe de plaidoyer à poursuivre

Plus de trois quarts des participant·es souhaitaient défendre un plaidoyer sur la reconnaissance du métier de médiatrice/médiateur en santé : 52% des participant·es souhaitaient favoriser un plaidoyer sur leur statut professionnel, 42% sur les besoins liés à l'exercice de leur profession, 35%

sur la formation, 28% sur le diplôme de médiation en santé et 14% sur le respect de la place de tiers. Parmi les enjeux de différentes natures présentés, les participant·es ont indiqué un ordre d'importance. Ainsi, l'enjeu de plaidoyer n°1 était l'enjeu statutaire pour 47%, puis l'enjeu financier pour 37%, et l'enjeu institutionnel pour 36% des médiatrices et médiateurs en santé.

4.1.2 Caractéristiques des structures mettant en œuvre la médiation en santé

Le questionnaire structure a concerné 66 structures regroupant 210 postes de médiatrices et médiateurs santé. Le statut juridique des structures était majoritairement des associations (77%) ou des établissements publics de santé (9,2%). Les catégories de structures les plus représentées étaient les structures menant des actions en santé (30%) et les établissements médico-sociaux (23%) (Tableau 3). La plupart des structures faisait partie d'un collectif en médiation en santé (48%) notamment celui du CPMS (32%) ou celui du PNMS (14%). Il existait aussi des coordinations locales sur le sujet pouvant réunir quelques structures (Tableau 3).

Tableau 3 : Profil des structures mettant en œuvre la médiation en santé (N=66). Etude C-pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%)
Statut juridique de la structure	
- Association	50 (77.0)
- Collectivité territoriale	2 (3.1)
- Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (hôpital à but non lucratif)	1 (1.5)
- Etablissement public de santé (hôpital public)	6 (9.2)
- Etablissement public à caractère administratif (e.g., CCAS)	1 (1.5)
- Fondation	1 (1.5)
- Groupement de coopération sanitaire et médico-social (GCSMS)	2 (3.1)
- Maison de santé	2 (3.1)
- Mutuelle	0 (0.0)
Catégorie de structure	
- Action en santé	20 (30.0)
- Centre de santé/maison de santé (centres infirmiers, maison de santé, PMI)	11 (17.0)
- Centre social (agrément CAF)	7 (11.0)
- Etablissement de santé (hôpitaux, centre médico- psychologique)	6 (9.1)
- Etablissement médico-social	15 (23.0)
- Etablissement social	3 (4.5)
- Autres (dont CCAS)	4 (6.0)
Membre d'un collectif de médiation en santé (Oui)	32 (48.0)
PNMS (Oui)	8 (14.0)
France médiation (Oui)	2 (3.1)
CPMS (Oui)	21 (32.0)
GIP médiation NA (Oui)	3 (6.3)

Les ressources humaines des structures sont décrites dans le Tableau 4. Les professionnel·les les plus communément employé·es sont les médiateur·rices en santé (88%) et les infirmier·es (58%). Au sein des structures, il y avait généralement 2 postes de médiation en santé [IIQ : 1-4] ne représentant qu'un poste équivalent temps plein [IQQ : 1-3]. La majorité des structures disposaient d'un pôle sanitaire (82%), environ un tiers d'un pôle social (36%) et 29% d'un pôle combiné sanitaire et social.

Tableau 4 : Description des ressources en personnel au sein des structure (N=66). Etude C-Pro-MS, France, 2023

Caractéristiques	N (%)
Personnel de la structure	
Educateur·rice spécialisé·e (Oui)	25 (38.0)
CESF (Oui)	14 (21.0)
Assistante sociale (Oui)	27 (41.0)
Infirmier·e (Oui)	38 (58.0)
Médiateur·rice social (Oui)	14 (21.0)
Médiateur·rice en santé (Oui)	58 (88.0)
Médecin (Oui)	30 (45.0)
Psychologue (Oui)	30 (45.0)
Autres (Oui) (animateur, chargé de mission, responsable-coordonateur)	31 (47.0)
Nombre de postes d'encadrement (coordination, direction) par structure* :	2 [1 ; 3]
Nombre de postes en médiation santé par structure* :	2 [1 ; 4]
Nombre de salariés en médiation santé par structure* :	2 [1 ; 5]
Nombre d'équivalents temps plein de médiateur en santé par structure* :	1 [1 ; 3]
Pôle sanitaire (oui)	54 (82.0)
Pôle social (Oui)	24 (36.0)
Pole sanitaire et social combinés (Oui)	19 (29.0)

*Médiane (intervalle interquartile)

Concernant spécifiquement le poste de médiateur·rice en santé, nous avons interrogé les directions et coordinations de structures sur les éléments nécessaires pour les ressources humaines et les modalités de financement dédiées à ce métier (Tableau 5). Une fiche de poste pour les médiatrices et médiateurs en santé existait pour 92% des structures, et une grille de salaire pour 43% d'entre elles. Le salaire brut mensuel médian étaient de 2085 euros [IIQ : 1 900 ; 2 294]. L'existence d'une convention collective concernait deux tiers des structures (69%).

Tableau 5 : Modalité de ressources humaines et financières. Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%)
Fiche de poste (Oui)	61 (92%)
Grille de salaire (Oui)	28 (43%)
Salaire brut mensuel des médiatrices et médiateurs en santé (en euros)*	2085 [1900 ; 2294]
Convention collective (Oui)	45 (69.0)
Type de convention collective	
- <u>ALISFA</u> ⁶	8 (18%)
- Accord entreprise	8 (18%)
- CC1147 ⁷	2 (4.4%)
- CC56 ⁸	1 (2.2%)
- CCCF ⁹	2 (4.4%)
- CCN51 ¹⁰	5 (11%)
- CCN66 ¹¹	12 (27%)
- ECLAT ¹²	2 (4.4%)
- CC Hospitalière	2 (4.4%)
- PACT ARIM ¹³	3 (6.7%)
Plan de formation	
- Ne sont pas positionnées sur une formation à ce jour, mais réflexion en cours	10 (20.0)
- Ont déjà bénéficié du plan de formation	38 (58.0)
- Sont positionnées sur une formation programmée dans les 2 ans	3 (4.5)
- Vont bénéficier prochainement d'une formation programmée dans les 12 prochains mois	12 (18.0)
Procédure prévue si difficulté ()	38 (58.0)
Analyse de pratiques professionnels	25 (68.0)
Procédures (Fiche de saisine, procédures de sécurité, fiche d'évènement indésirable)	3 (8.1)
Réunion	8 (22.0)
Sous-effectif de médiatrices et médiateurs santé ()	24 (38%)

⁶ Convention Collective Nationale (CCN) des Acteurs du Lien Social et Familial (Alisfa) : centres sociaux et socioculturel, établissements d'accueil de jeunes enfants, associations de développement social local, espaces de vie sociale

⁷ Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981

⁸ Convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux (Avenant du 16 mars 2012 relatif à la mise à jour de la convention

⁹ Convention collective Croix rouge Française

¹⁰ Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951

¹¹ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

¹² Convention collective nationale des métiers de l'éducation, de la culture, des loisirs et de l'animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des territoires (ÉCLAT) du 28 juin 1988

¹³ Convention collective nationale des personnels PACT et ARIM du 21 octobre 1983

Premier critère de recrutement	6 (9.2)
- L'expérience professionnelle	5 (7.7)
- La connaissance de l'environnement	9 (14.0)
- La formation initiale	18 (28.0)
- La posture	26 (40.0)
- <u>Le savoir être</u>	1 (1.5)
- Les compétences techniques	
Deuxième critère de recrutement	
- L'expérience professionnelle	9 (14.0)
- La connaissance de l'environnement	13 (20.0)
- La formation initiale	1 (1.5)
- <u>La posture</u>	25 (38.0)
- Le savoir être	13 (20.0)
- Les compétences techniques	4 (6.2)
Troisième critère de recrutement	
- L'expérience professionnelle	11 (17.0)
- <u>La connaissance de l'environnement</u>	23 (36.0)
- La formation initiale	3 (4.7)
- La posture	8 (12.0)
- Le savoir être	7 (11.0)
- Les compétences techniques	8 (12.0)
Profil recherché pour exercer des missions de médiation en santé	
- Diplômé du secteur sanitaire	8 (12.0)
- Diplômé du secteur social	10 (16.0)
- Exerçant en médiation	10 (20.0)
- Indifférent	9 (14.0)
- Un·e pair·e	21 (33.0)

Dans 58% des structures, les médiatrices et médiateurs en santé ont déjà bénéficié d'un plan de formation leur permettant de compléter, approfondir, maîtriser des aspects nécessaires à l'exercice de la profession. Parmi les structures, 20% n'étaient pas positionnées sur une formation à ce jour, mais une réflexion était en cours, 18% déclaraient qu'une formation était programmée dans les douze prochains mois. Plus de la moitié des structures (58%) proposaient un accompagnement des médiatrices et médiateurs en santé tel que l'analyse de pratiques professionnelles (68%), la mise en place de réunions (22%), ou des fiches de saisine, d'événement indésirable, de procédures de sécurité (8,1%).

L'une des difficultés exprimées par les occupant·es des postes de coordination ou de direction était celle du sous-effectif en personnel concernant les postes en médiation en santé : 38% des structures étaient dans cette situation.

Les trois principaux critères de recrutement des médiatrices et médiateurs en santé rapportés par les structures étaient le savoir être (40%), la posture (38%) et la connaissance de l'environnement (36%). Pour les missions de médiation en santé, les structures recherchaient d'abord une personne ressemblante ou ayant la même expérience de vie que le public accompagné (33%), puis une personne avec une expérience en médiation en santé (20%), et/ou diplômé·e du secteur social (16%) ou du secteur sanitaire (12%).

Pour financer ces postes de médiation en santé, la majorité des structures ayant répondu à l'étude (89%) bénéficiaient d'un financement d'une Agence Régionale de la Santé (ARS) (Tableau 6) pour une durée médiane de 2,5 ans. Comme l'ARS, un financement de la direction générale de la Santé (DGS) était d'une durée médiane de 2,5 ans, l'ensemble des autres structures de financement ne finançant que sur une durée médiane d'un an.

Tableau 6 : Sources de financement des structures en médiation en santé. Etude C-Pro-MS, France, 2023

Structures de financement	Part des structures financées	Durée en années *
Agence régionale de santé	89%	2,5 [1 ; 3,5]
Direction générale de la santé	7.6%	2,5 [1,2 ; 3]
Sidaction	23%	1 [1 ; 1]
Région	6.1%	1 [1 ; 1]
Département	15%	1 [1 ; 1]
Collectivité territoriale	17%	1 [1 ; 1]
Sources internes	12%	1 [1 ; 2,5]
Direction de la cohésion sociale	4.5%	1 [1 ; 2]
DJSCJ	3%	1 [1 ; 1]
Autres	26%	2 [1 ; 4]
- Article 51	7.1%	
-	14%	
- CPAM	14%	
- Politique de la ville	14%	
- Préfecture	14%	
- Fond privé	21%	
- Recherche	14%	

*Médiane [intervalle interquartile]

Concernant l'évaluation des enjeux de plaidoyer rapportés par les directeur·rices et coordinateur·rices ayant répondu au questionnaire structure, les priorités étaient d'ordre financier (46%), statutaire (38%) et institutionnel.

4.2 Cadre professionnel en fonction du statut perçu de pair ou non

Sur l'ensemble des participant·es (N=215), 29 personnes ne savaient pas se qualifier en médiateur·rice en santé pair (MSP) ou non pair (MSNP). Parmi les médiateurs en santé ne se définissant pas comme médiateur pair (MSNP) (N=124), on retrouvait plus de femmes (78% contre 53% chez les MSP) et un âge plus jeune (37 ans en médiane contre 44 ans pour les MSP).

Concernant le niveau d'études, 39% des MSNP et 13% des MSP avaient un niveau bac+5. A l'inverse, 3,2% des MSNP et 8,1% des MSP avaient un niveau inférieur au bac. La moitié des MSP (N=62) avait un diplôme en médiation en santé contre 20% des MSNP. Ces derniers avaient des formations dans le secteur de la santé ou du social tandis que les MSP avaient des formations plus diverses (e.g., gestion, art, communication). Cette diversité de profils se percevait également lorsque l'on observait le précédent poste occupé : les MSNP détenaient des postes dans le secteur

de la santé ou du social principalement, alors que les MSP étaient déjà médiateur·rices en santé auparavant (13%) ou exerçaient dans un tout autre secteur (38%) (Annexe 7 Tableau A).

En revanche, d'une façon générale, nous n'avons pas retrouvé de différences dans la mise en œuvre de la médiation en santé en fonction du statut. Les MSP et les MSNP exerçaient auprès des mêmes publics et dans les mêmes lieux d'intervention. Quel que soit le statut perçu de pair ou non, la majorité des médiatrices et médiateurs en santé exerçait dans une structure qui avait un statut juridique d'association ou d'établissement de santé, avec une présence plus importante des MSP dans ce dernier secteur. Pour la catégorie de la structure, 42% des MSP exerçaient en établissement de santé et 34% en établissement médico-social. Les MSNP étaient 41% en structures menant des actions en santé, 15% en centre/maison de santé et 12% en établissement de santé. Sur les activités dans leurs postes, nous remarquons une tendance selon laquelle les MSNP réalisaient plus de missions d'orientation (65% contre 56%) et de sensibilisation des partenaires (37% contre 24%) que les MSP, travaillant plus avec les collectivités territoriales (56% contre 43%) et les services publics (73% contre 60%) (Annexe 7 Tableau B).

Des différences existaient sur les caractéristiques de leurs postes. Les postes étaient plus souvent en CDI chez les MSNP (75% versus 56%, $p=0,005$) et plus souvent à temps complet (77% versus 53%, $p=0,002$). Les taux horaires nets (11.4 euros pour les MSNP versus 10.8 pour les MSP, $p=0,002$) et le salaire net mensuel médian étaient plus élevés chez les MSNP que les MSP (1 742 euros contre 1 460 euros $p<0,001$). Malgré les différences en termes de contrats (plus précaires pour les MSP) et de rémunération (moindre pour les MSP), aucune différence en termes de perception de leur situation financière n'apparaissait (Annexe 7 Tableau C).

La principale difficulté rencontrée dans leur exercice était le manque d'effectif pour les MSNP et le manque de soutien de leur hiérarchie pour les MSP. Globalement, il y avait plus de difficultés perçues dans les collaborations chez les MSP que chez les MSNP. Une différence significative portait sur un sentiment de chevauchement des rôles perçu par 52% des MSP et 31% des MSNP ($p=0,007$).

Les sentiments de reconnaissance générale et de leurs compétences ne présentaient pas de différence significative dans les 2 groupes. Les principaux besoins ressentis par les MSP dans l'exercice de leur poste étaient la formation (37%) et l'écoute-soutien (24%), tandis que les MSNP exprimaient un besoin de revalorisation salariale (31%) et de formation (27%) (Annexe 7 Tableau D).

Les sujets à porter en plaidoyer faisaient résonance avec les besoins évoqués plus haut : les MSP étaient plus nombreux·ses à vouloir faire du plaidoyer sur la formation et le diplôme (39% et 25% respectivement) que les MSNP (29% et 22% respectivement).

4.3 Cadre professionnel selon la catégorie de la structure employeuse

Les structures ont été réparties en 4 catégories : les établissements de santé (Esa), les établissements sociaux regroupant les établissements sociaux et médico-sociaux (Eso), les structures menant des actions en santé (Asa) et les structures menant des actions sociales (Aso).

Le profil des médiateur·rices en santé ne présentait pas de différence en termes de genre, d'âge ou de niveau de formation selon la structure (Annexe 8 Tableau A). Sur la formation initiale, seule la formation paramédicale différait selon la structure : les structures sociales emploient davantage de

médiateur·rices en santé disposant d'une formation initiale paramédicale (33,0 et 19,0% pour Aso et Eso) que les structures à vocation sanitaire (6,8 et 7,9% pour Asa et Esa) ($p=0,006$). Quelle que soit la structure, l'intitulé du poste actuel est principalement « médiateur·rice en santé », plus marqué pour les Asa (70,7%) et les Aso (66,8%). Le terme « médiation » n'apparaissait que dans 44,4% des intitulés des postes de médiateur·rice en santé des Eso alors qu'il apparaissait dans plus de 75% des intitulés de postes dans les autres structures ($p=0,002$). Les médiateur·rices disposaient d'un diplôme en médiation en santé dans 24,7 à 41,3% des cas, sauf pour ceux exerçant en Aso qui étaient 4,8% à disposer d'un tel diplôme ($p=0,008$). Il n'y avait pas de différence sur la formation continue en médiation en santé, ni sur l'obtention d'une formation continue certifiante (Annexe 8 Tableau A).

Le cadre d'exercice était comparable, en termes de publics cibles, partenaires, lieux d'intervention et activités menées dans chaque catégorie de structure (Annexe 8 Tableau B). Seule une différence dans la pratique des activités de tiers expertise (diagnostic, alerte) se dégageait. Cette activité était davantage marquée dans le milieu sanitaire (34% pour Asa et 49% pour Esa) que dans le secteur social (29% pour Aso et 22% pour Eso) ($p=0,04$). Si toutes les structures travaillaient en partenariat avec les professionnel·les de santé, les Asa et Aso le faisaient de manière prédominante (100% contre 92% pour les Esa et Eso ; $p=0,02$). Les partenariats avec les collectivités territoriales étaient moins marqués auprès des Esa (37%) versus les autres structures (56 à 67%) ($p=0,02$). Les types de collaboration étaient comparables selon les structures avec la prédominance de la mise en réseau (42,8 à 61,1%) (Annexe 8 Tableau B).

Pour les postes de médiateur·rices en santé, les financements étaient multiples dans les Asa et Aso (100%) et uniques pour les Esa et Eso (100%) (Annexe 8 tableau C). Il n'y avait pas de différences sur le type de contrat en fonction de la structure (entre 61,1 et 76,2% de CDI). Les employé·es des Eso exerçaient davantage à temps partiel (56%) que les employé·es des autres structures (entre 23 et 29%) ($p=0,005$). L'ancienneté des médiateur·rices variait selon le type de structure de 1 an en médiane dans les structures sociales (Aso et Eso) à 2 ans dans les structures sanitaires (Asa et Esa) ($p=0,009$).

Le taux horaire et le salaire net mensuel étaient plus élevés pour les salarié·es des structures Esa (respectivement 12, versus <11,1 dans les autres structures pour le taux horaire et 1 923 euros versus <1 750 dans les autres structures pour le salaire brut mensuel médian ; $p<0,001$). Concernant la perception de leur situation financière, les médiateur·rices en santé exerçant en Esa exprimaient davantage être à l'aise (11,1%) que dans les autres structures (1,4 à 5,6%). Pourtant, la structure où la situation financière était perçue comme difficile était également les Esa (19,1%). Concernant le besoin de soutien qu'il soit de la part des collègues ou de la part de l'encadrement, aucune différence entre les structures. Les répondant·es ont déclaré participer à des réunions dans 92,1% des Aso et 100% des Eso ; celles-ci avaient lieu majoritairement de manière hebdomadaire dans toutes les structures (54,5 à 75,0%). Une analyse des pratiques était menée dans 63,5 à 74,3% des structures, leur fréquence était le plus souvent mensuelle, quelle que soit la structure (46,9 à 58,3%).

Selon les catégories de structures, un quart à un tiers des médiateur·rices en santé rencontraient des difficultés (Annexe 8 tableau D). Il s'agissait majoritairement d'un manque d'effectifs pour les Asa (57,2%) et les Eso (66,6%) et d'un manque de soutien pour les Esa (42,1%). Pour les Aso, les difficultés se répartissaient également entre le manque d'effectif et d'expérience et la gestion

courante de situations exceptionnelles (28,6% respectivement). Un manque de moyens était davantage perçu par les Aso (57,1%) et les Esa (54,0%). Les difficultés de collaboration avec les partenaires étaient perçues de manière équivalente dans les différentes catégories de structures (13,7 à 20,6%). Pour les difficultés de collaboration, le manque de reconnaissance et la méconnaissance du métier étaient davantage perçus dans les Esa (respectivement 55,4 et 71,4%) que dans les autres structures (23,8 à 38,5% pour la reconnaissance ; $p=0,005$ et 42,9 à 50,0% pour la méconnaissance ; $p=0,001$).

Concernant d'une part la reconnaissance des partenaires, la reconnaissance en interne ou la reconnaissance personnelle (auto-reconnaissance), le respect de la place de tiers auprès des public ou d'autre part, le sentiment d'impact sur la qualité de vie des personnes accompagnées, aucune différence n'est apparue entre les catégories de structures. La perception de non-respect de la place de tiers par les partenaires était néanmoins moins marquée au sein des Aso (13,7%) que dans les autres structures (25,0 à 38,1%) ($p=0,02$).

Sur les besoins exprimés, les médiateur·rices en santé exerçant en Aso et Esa soulignaient un besoin de formation puis une revalorisation salariale alors que dans les Esa, ce fut l'inverse (une revalorisation salariale pour 28,2% puis la formation pour 26,1%). Dans les Eso, ces besoins étaient exprimés de manière identique (40,7%).

La composition en ressources humaines des structures étaient différentes selon la catégorie de la structure (Annexe 8 tableau E). 90,3% des Aso employaient des médiateur·rices en santé, ainsi que des médiateur·rices sociaux·ales et des infirmier·ères (32,3% l'ensemble). Les Aso employaient davantage des éducateur·rices spécialisé·es, des CESF et des assistant·es sociaux·ales (83,3% respectivement). Tous les Esa étaient constituées de médecins et de médiateur·rices en santé (100%), ainsi que dans la plupart d'infirmier·ères (94,7%) et de psychologues (89,5%). Les professionnels exerçant dans les Eso étaient principalement des médiateur·rices en santé (90,9%), des éducateur·rices spécialisé·es et des infirmier·ères (81,8% pour ces 2 catégories). La majorité des structures disposait d'un pôle sanitaire avec une prédominance dans les établissements de santé (50,0% des Aso à 100% des Esa ; $p=0,006$). La présence d'un pôle social variait selon les catégories des structures (aucun des Esa à 100% des Aso ; $p<0,001$). La réalisation d'actions combinées santé-social variait selon les structures ($p=0,01$) : aucune ne se faisait dans les Esa, 26% dans les Aso, 27% dans les Eso et 50% dans les Aso.

Il n'y avait pas de différence entre les structures concernant l'adhésion à une convention collective variant de 61,3 à 100% des structures (100% pour les Aso). La convention collective majoritaire était ALISFA pour les Aso (57,9%), PACT ARIM pour les Aso (50,0%), la convention hospitalière pour les Esa (46,2%) et la CCN66 pour les Eso (50,0%). Un référentiel métier (fiche de poste) était présent dans toutes les structures sauf pour les Eso (90,9%). Une grille de salaire pour les personnes en médiation santé existait dans 27,3% (Eso) à 66,7% (Aso) des structures. Concernant les plans de formation des médiateur·rices en santé, ceux·elles-ci en avaient déjà bénéficié majoritairement dans les Esa, Aso et Eso (respectivement 84,2, 80,7 et 54,5%). Dans les Aso, la majorité des médiateur·rices en santé devait bénéficier d'une formation au cours des 12 prochains mois (66,7%) ($p=0,002$).

Pour faire face aux difficultés rencontrées par les médiateur·rices en santé, des procédures étaient très présentes dans les Aso (100%), les Eso (90,0%), et les Esa (89,5%) alors que seule 77,4% des Aso en disposait ($p=0,004$). La principale procédure pour faire face aux difficultés était l'analyse des

pratiques professionnelles pour l'ensemble des structures. Les Esa percevaient fortement (84,2%) un sous-effectif concernant les postes en médiation en santé, contre 9,1 à 40,0% dans les autres structures ($p < 0,001$). Concernant le recrutement, le 1er critère était le savoir être dans les Aso, les Esa et les Eso et la formation initiale pour les Asa. Le critère de recrutement pour les Eso était prioritairement être une personne paire, alors que pour les Asa et les Esa il s'agissait d'une personne exerçant la médiation et pour les Aso d'une personne diplômée du secteur sanitaire. Quasiment toutes les structures étaient financées par l'ARS (96,8 à 100% des structures). Seules les Asa étaient financées par les collectivités territoriales (51,6%). Concernant les enjeux de plaidoyer, les Asa, les Aso et les Esa priorisaient les enjeux financiers et les Eso les enjeux statutaires.

4.4 Reconnaissance du métier de médiatrice/médiateur en santé

Nous avons, d'abord, cherché à identifier les facteurs associés à la reconnaissance des médiateur·rices en santé par les partenaires à l'aide des données quantitative décrites ci-dessus. Puis nous avons précisé la compréhension de ces résultats à l'aide d'une enquête qualitative.

4.4.1 Facteurs favorisant la reconnaissance des médiatrices et médiateurs en santé auprès des partenaires

Afin d'identifier les facteurs associés à la reconnaissance des médiateur·rices en santé par les partenaires, nous avons réalisé une analyse multivariée par régression logistique. La variable à expliquer était le sentiment de reconnaissance par les partenaires (Oui/Non). Les facteurs associés étaient le type et la durée du contrat, la situation financière perçue comme favorable, les difficultés dans le poste et dans les collaborations, le manque de moyens perçu, le soutien par les collègues et l'encadrement, la présence de réunions, la participation à des analyses de pratiques, le sentiment de reconnaissance du métier en interne et auprès des publics accompagnés, le sentiment de respect de la place de tiers par le public et les partenaires et le sentiment de reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé. A l'aide d'un graphe acyclique orienté (DAG), nous avons déterminé les variables d'ajustement (Annexe 9) : sexe, âge, niveau d'étude, formation en médiation en santé, statut (pair ou non) et catégorie de la structure.

Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la formation en médiation en santé, le statut et la catégorie de la structure employeuse, les facteurs associés à une meilleure reconnaissance des médiateur·rices en santé auprès de leurs partenaires (Tableau 7) étaient le fait d'avoir une situation financière perçue comme stable ($p=0.01$), un soutien de l'encadrement de leur structure d'exercice ($p=0.01$), l'accès à des analyses de pratique ($p=0.05$), un sentiment de reconnaissance auprès des publics accompagnés ($p=0.01$), le sentiment de reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé ($p=0.02$), et le fait que les médiateur·rices en santé avaient la perception de faire respecter leur place de tiers entre les partenaires avec qui il·elles travaillaient au quotidien et les publics accompagnés ($p < 0.001$).

Tableau 7 : Facteurs associés à la reconnaissance des médiatrices et médiateurs en santé par les partenaires, analyse multivariée par régression logistique. Etude C-Pro-MS, France, 2023

Facteurs associés	ORa ¹	IC95% ¹	p-valeur
CDI versus CDD			
Temps partiel versus complet	0.46	0.12, 1.56	0.20
Situation financière perçue favorable versus compliquée	0.44	0.13, 1.42	0.20
Difficultés dans le poste (ref non)	4.88	1.54, 18.1	0.01
Difficultés de collaboration (ref non)	2.20	0.67, 7.94	0.20
Manque de moyens (ref non)	0.45	0.11, 1.92	0.30
Soutien par des collègues (ref non)	1.22	0.44, 3.47	0.70
Soutien par l'encadrement (ref non)	0.22	0.02, 1.92	0.20
Réunions (ref non)	8.31	1.65, 47.9	0.01
Analyse de pratiques (ref non)	0.43	0.01, 7.82	0.60
Reconnaissance en interne (ref non)	3.38	1.02, 12.4	0.05
Reconnaissance du public (non)	0.40	0.09, 1.54	0.20
Sentiment de respect de la place de tiers par les partenaires (ref non)	7.1	1.38, 38.9	0.02
non)	52.4	10.4, 38.5	<0.001
Sentiment de respect de la place de tiers par les publics (ref non)	0.55	0.10, 2.48	0.5
Reconnaissance perçue de l'utilité de la médiation en santé (ref non)	4.70	1.26, 19.0	0.02

¹ ORa : Odds Ratio ajusté sur âge, sexe, niveau d'étude, catégorie de la structure employeuse, statut pair ou non, formation en médiation en santé

IC95 : Intervalle de confiance à 95%

4.4.2 Identité sociale de la médiation en santé à construire

Trois hommes et six femmes médiateur·rices en santé ont participé au focus groupe reconnaissance. Ils exerçaient à Marseille, dans les communes de l'intérieur en Guyane, à Montpellier, Caen et Bordeaux. Parmi eux, quatre exerçaient dans un centre hospitalier et cinq dans une association, parmi lesquels 3 se situaient en zone rurale et 6 en zone urbaine.

Selon les participant·es, la reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé était acquise aussi bien dans le champ d'intervention « sida » (i.e., partenaires anciens) que par des partenaires plus récents (i.e., champ de la santé mentale ou de la précarité).

« Par rapport à la reconnaissance de l'utilité de ma place, je n'ai pas de problème » P1

Les raisons évoquées de non-reconnaissance du métier de médiateur·rice en santé étaient :

› Le problème du respect du secret médical pour les médecins,

« Il m'est arrivé une fois alors même que la personne que j'accompagnais disait « mais j'aimerais en fait qu'elle soit là » et que le médecin n'accepte pas de me faire rentrer dans la consultation à cause du secret médical » P5

- › La difficulté de faire comprendre la place de la médiation en santé dans la relation de soins à l'origine dyadique, la distribution des espaces de confidentialité et de pouvoir entre le·a médecin et le·a médiateur·rice en santé avec le·a médecin cherchant à conserver son autorité de sachant.

« Quand on arrive à rencontrer les partenaires, ce n'est pas une généralité, il y a des médecins secteurs qu'on voit très régulièrement et ça se passe super bien et chez qui on fait des permanences médico-sociales ; c'est très bien mais c'est vrai qu'il y en a pour qui aussi le métier de médiateur n'est pas extrêmement clair dans leur esprit. » P3

« Ça nous arrive comme on vient voir un nouveau médecin de dire il y a ça et ça et ça comme pathologies et en fait de sentir que le médecin prend très mal le fait qu'on prenne la parole pour compléter quelque chose ou quoi et ça a été hyper froid et un peu particulier à vivre, et de se dire qu'on est là pour aider, on n'est pas là pour prendre leur place. » P2

En effet, les participant·es ont évoqué une opposition symbolique de postures entre les médecins détenteur de l'autorité et les médiateur·rices en santé qui proposent un accompagnement global de la santé centré sur les besoins des personnes accompagnées dans une logique d'émancipation sur la base du partage des savoirs et des pouvoirs.

« Avec les autres acteurs que ce soit de la santé ou du social, je n'ai jamais eu de problèmes par exemple les psychologues, infirmières ou un travailleur social etc. Voilà donc je pense qu'effectivement il y a cette question de la posture du médecin et du pouvoir médical tel qu'il se manifeste aujourd'hui encore. » P5

Pour les participant·es, cet enjeu ne serait pas exclusif à la médiation en santé mais concernerait également la relation des médecins avec d'autres professionnel·les de santé.

« Pour mon expérience d'infirmière, c'est déjà quelque chose que j'ai ressenti, dans le positionnement soignant face au médecin ; voilà ce n'est pas que de la médiation. (...) Evidemment ce n'est pas tous les médecins, mais c'est quelque chose d'assez fréquent. » P6

Des rencontres entre médiateur·rices en santé et les professionnel·les de santé ont permis de clarifier le positionnement, le rôle et les missions de chacun auprès des personnes concernées. Toutefois, ces rencontres ne s'avèrent pas opérantes à cause des nombreux problèmes organisationnels vécus actuellement par les professionnel·les des secteurs sanitaire, social et médico-social (e.g., turn over important, professionnel·les débordé·es, augmentation des demandes, etc.). Ces obstacles organisationnels s'avéraient présents dans tous les territoires et quel que soit le métier des professionnel·les concerné·es.

La (re)connaissance du travail réalisé par les médiateur·rices en santé était plus ou moins partagée en interne aux structures employeuses et dans les relations auprès des partenaires.

« Par exemple je travaille dans un dispensaire ou le turn over, il est énorme ; donc ça change à chaque 2 mois, 3 mois, 6 mois, 1 mois. Les médecins donc à chaque reprise, il faut en parler quand ils viennent nous voir pour faire un accompagnement. Ils demandent des interprètes. Il faut répondre à chaque fois qu'on n'est pas interprète, mais nous sommes des médiateurs et ils

ne comprennent pas. Il n'y a pas cette connaissance et cette reconnaissance de leur part, c'est un peu problématique » P6.

Le sentiment de reconnaissance de la médiation en santé auprès des partenaires semblait être facilité par la notoriété de la structure employeuse.

Cependant, les participant·es ont exprimé des difficultés récurrentes relatives à la compréhension du rôle de médiateur·rice en santé, de son périmètre, de ses limites de la part des autres professionnel·les dont le métier est également à la frontière des secteurs social et sanitaire, comme les éducateur·rices spécialisé·es ou les travailleur·euses sociaux·ales.

« C'est pourquoi je n'ai pas senti de difficultés dans mon institution, c'est juste qu'ils n'avaient toujours pas compris ce que je fais. » P1

Les participant·es exerçant à l'hôpital exprimaient un sentiment d'être différent·es des autres corps de métier de l'hôpital car leur métier ne bénéficie d'aucun cadre légal. Cela engendrait des difficultés par rapport au droit du travail et pour le choix des grilles de salaire qui reste donc à la discrétion de la structure employeuse. Ce sentiment était d'autant plus présent que les participant·es exerçaient seul·es en tant que médiateur·rice en santé au sein de leur équipe.

« On est toujours on va dire les différents de l'hôpital ; on n'a pas de contrat, on n'est pas considérés employés classiques de l'hôpital avec un contrat (...). On est toujours sur « on ne sait jamais dans quelle case on est », on ne sait jamais exactement quels droits on a, on doit toujours se renseigner, essayer de comprendre on est vraiment l'astérisque en bas du contrat. (...) Du fait qu'il soit un métier qui n'est pas encore reconnu (...), il a pris sa liste de grilles et il était là en train de regarder ses lettres et ses chiffres « mais tu vas aller dans quelle grille tu vas aller dans quel grille » P5.

Ce sentiment était moins présent pour les participant·es exerçant en associations dans lesquelles un panel de métiers plus hétérogènes coexistent et pour lesquelles le cadre réglementaire semble moins contraint.

« Car nous sommes tous entre les lignes et non pas dans des cases » P1.

Malgré le fait que l'efficacité du champ d'expertise du médiateur·rice en santé soit bien reconnue par les travailleur·euses sociaux·ales et les professionnel·les de santé, les activités, enjeux, et limites du métier apparaissaient mal connus des partenaires. Tous les participant·es ont partagé un sentiment de non-existence officielle du métier de médiateur·rice en santé et un défaut d'identité sociale de la médiation en santé dans les secteurs social et médico-social et de manière accrue dans le secteur sanitaire.

Les **facteurs favorisant la reconnaissance des médiateur·rices en santé auprès de leurs partenaires** étaient de trois ordres : (i)

1. **individuel**, lorsque la situation financière était perçue comme favorable,
2. **organisationnel**, lorsqu'un soutien de l'encadrement de la structure d'exercice était présent avec l'accès à des temps d'analyse de pratique
3. **collectif**, lorsque le ou la médiateur·rice en santé se sentait reconnu.e par les professionnels avec lesquels ils collaborent ou les publics accompagnés. Le sentiment de reconnaissance était d'autant plus important lorsque le médiateur se sentait utile et que sa place de tiers entre les partenaires avec qui il·elles travaillaient au quotidien et les publics accompagnés était respectée.

4.5 Propositions formulées par les médiatrices et médiateurs pour sécuriser le métier

Nous avons mené six focus groupes avec au total 55 participant·es pour partager avec eux·elles les résultats de l'enquête quantitative, mettre en perspective leurs expériences de terrain et recueillir leurs recommandations. Les participant·es étaient tou·tes des médiatrices et médiateurs en santé actuellement en poste. Une moitié se considérait comme médiateur·rices en santé, l'autre moitié comme médiateur·rices en santé pairs. Ils·elles exerçaient dans toutes les catégories de structures représentées dans l'enquête. Les propositions suivantes ont toutes fait l'objet d'échanges et de consensus dans les focus groupe.

4.5.1 Statut

Les participant·es ont rappelé l'importance d'inscrire le métier de médiatrice/médiateur en santé dans le Code de la santé publique et le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME). Ils·elles souhaitaient également que le métier soit intégré dans les conventions collectives des secteurs du sanitaire, du social et du médico-social et de la fonction publique hospitalière et territoriale, ainsi que dans les grilles de salaire correspondantes, en positionnant le métier sur un coefficient cohérent au regard des autres métiers. Ils·elles ont souligné l'importance de prévoir des conditions d'accès au métier qui assurent l'inclusivité des différents profils et niveaux de compétences des médiateur·rices en santé.

Les participant·es étaient également favorables à l'adoption d'une charte ou un cadre éthique ayant une valeur réglementaire, reconnaissant les principes déontologiques de la médiation en santé, tels que le non-jugement, la confidentialité et le respect de la volonté des personnes.

Les participant·es ont insisté sur la nécessité de formaliser une place opérationnelle, pour les médiateur·rices en santé, dans le système de santé afin de garantir leur légitimité et faciliter les collaborations. Pour ce faire, ils·elles ont proposé de mettre en place à l'échelle des territoires, via des programmes régionaux de médiation en santé : des modules de formation sur les missions des

médiateur·rices en santé dans les cursus des professionnel·les du secteur sanitaire, social et médico-social, et des temps de sensibilisation sur la médiation en santé à destination des équipes santé, sociales et médico-sociales pour faire connaître le métier. A l'échelle nationale, ils·elles ont demandé que le ministère de la Santé garantisse l'articulation et la complémentarité du métier de médiateur·rice en santé avec les autres métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social susceptibles d'intervenir dans le parcours de santé des personnes.

Les participant·es ont demandé enfin de reconnaître pour les médiateur·rices en santé, un droit d'alerte et de remontée des obstacles rencontrés par les publics accompagnés dans leurs accès à la santé, auprès de leurs structures et des institutions de droit commun en vue de lutter contre le non-recours, le renoncement et les ruptures de soins et de droits. Ils·elles ont alors suggéré d'inclure le devoir et la protection du signalement des situations de non-respect des droits des personnes dans les missions des médiateur·rices en santé et ont demandé de garantir la protection de ce rôle d'alerte en cas de conflit entre le·a médiateur·rice en santé et la structure employeuse.

4.5.2 Formation

Les participant·es ont demandé la mise en place de formations qualifiantes de médiateur·rice en santé accessibles sans exigence de diplôme préalable à l'entrée pour préserver la diversité des parcours des personnes et la reconnaissance des savoirs liés à l'expérience. Pour les formations qualifiantes, la majorité des participant·es ont proposé le niveau licence. Pour garantir l'accessibilité des formations, les participant·es souhaitaient que la formation soit accessible par la voie de la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP) afin qu'aucun prérequis académique, tel que le baccalauréat, ne soit exigé pour accéder aux formations. Les participant·es ont également demandé à ce que l'offre de formation de médiation en santé soit élargie en déployant les formations existantes (DU, IRTS, IFSI, AFPA) sur l'ensemble du territoire ; en développant des modalités d'accès à ces formations à distance ; ainsi qu'en donnant la possibilité à tout organisme de formation, privé (type IRTS et ONG) et public (type université), de les dispenser à condition qu'il réponde au socle commun d'objectifs pédagogiques nécessaire pour acquérir les compétences exigées par le référentiel métier.

Afin de reconnaître l'expérience des médiateur·rices en santé déjà en poste, il·elles demandaient la création d'une certification professionnelle permettant de valoriser les compétences acquises par l'expérience ou d'accéder au métier par la formation professionnelle continue. Pour ce faire, les participant·es souhaitaient que l'accessibilité de la validation des acquis de l'expérience (VAE) soit garantie aux différents profils des médiateur·rices en santé quel que soit leur niveau de formation initiale. Les participant·es ont enfin demandé de rendre possible l'accès à toutes les formations de médiation en santé via le compte personnel de formation (CPF).

4.5.3 Soutien et accompagnement professionnel des médiatrices et médiateurs en santé

Les participant·es des focus groupes ont demandé la mise en place – sinon la garantie – d'un accompagnement régulier et pérenne des médiateur·rices en santé comportant trois niveaux : un appui face aux difficultés rencontrées dans leurs missions ; un soutien personnel dans l'exercice du métier ; un accompagnement des partenaires mobilisant la médiation en santé.

Cette demande supposait tout d'abord, selon les participant·es, d'intégrer les médiateur·rices en santé aux équipes pluridisciplinaires et de garantir leur pleine contribution aux orientations et prises de décision.

Cette demande de soutien portée par les participant·es comprenait ensuite la mise en place, pour et avec les médiateur·rices en santé, d'un accompagnement leur permettant de faire face sur le long terme aux situations humaines complexes et éprouvantes au quotidien qu'il·elles rencontrent dans le cadre de leur exercice professionnel.

Cela supposait dans un premier temps d'identifier, à travers une étude nationale, les risques psychosociaux (RPS) des médiateur·rices en santé afin de proposer des actions de prévention adaptées, et d'assurer la diffusion des résultats de l'étude aux structures employant des médiateur·rices en santé.

D'après les participant·es, cela nécessitait également, non seulement d'assurer aux médiateur·rices en santé une offre d'appui psychologique individuel, mais aussi de prévoir dans le temps RH des médiateur·rices en santé, des temps réguliers de rencontres entre pairs comprenant l'analyse de pratiques, les échanges de pratiques et la formation continue. Ces temps de regroupements devraient avoir une régularité adaptée à l'ancienneté des personnes dans leur poste: par exemple, mensuelle au cours de la première année, puis trimestrielle pour les professionnel·les exerçant depuis plus d'un an. Les participant·es valorisaient enfin la promotion du parrainage, en début d'activité, des nouveaux médiateur·rices en santé par des pairs du territoire.

Cet axe de demande se formalisait finalement dans la mise en place souhaitée, en lien avec les ARS, de programmes régionaux de médiation en santé (PRMS) pour et avec des médiateur·rices en santé. Ces PRMS pourraient être intégrés dans des pôles régionaux d'appui et de soutien aux professionnel·les, services, dispositifs impliqués dans l'accompagnement en santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale, éloignées du système de santé.

Ces PRMS seraient en charge, notamment de :

- › Sensibiliser et valoriser la médiation en santé auprès des autres professionnel·les du secteur sanitaire, social et médico-social,
- › Organiser et animer les temps d'analyses, d'échanges de pratiques et de formation continue à l'échelle territoriale.

Les participant·es ont suggéré, également, de favoriser l'accompagnement des structures employeuses à la future intégration des médiateur·rices en santé dans leurs équipes afin de faciliter leurs collaborations avec les autres professionnel·les de la structure. Cet accompagnement pourrait être réalisé dans le cadre des PRMS qui auraient alors la charge de :

- › **Veiller** à l'intégration du projet de médiation en santé dans le projet global des structures employeuses ;
- › **Accompagner** les structures employeuses dans le recrutement et l'accueil de ces nouveaux métiers dans les pratiques actuelles des équipes du secteur sanitaire, du social et du médico-social ;
- › **Proposer** des actions de sensibilisation et de valorisation de la médiation en santé auprès des membres de la structure employeuse ;

- › **Accompagner** les structures employeuses à l'organisation de l'articulation de l'ensemble des professionnel·les de la structure avec le·a médiateur·rice en santé. *

4.5.4 Financement et déploiement

Les participant·es souhaitaient que les emplois de médiation en santé soient stabilisés par des moyens financiers supplémentaires et pérennes. Il·elles souhaitaient que le métier de médiatrice/médiateur en santé soit ainsi financé par des canaux stables, lisibles et adaptés, telle que les financements conventionnels via l'assurance maladie, les dotations hospitalières, ONDAM spécifique, etc. Par ailleurs, la mutualisation des financements ministériels (santé, cohésion sociale, etc.) dédiés à la médiation en santé, permettrait selon eux·elles d'en faciliter l'accès aux structures non publiques employant des médiateur·rices en santé.

Afin de déployer la médiation en santé sur l'ensemble du territoire hexagonal et outre-mer, l'Etat devrait également augmenter les budgets dédiés à la médiation en santé type ARS, délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (e.g., Dihal2), en ouvrant des crédits d'expérimentation pour des associations qui veulent ouvrir des postes de médiateur·rice en santé. Les financements pluriannuels, type contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), devraient être privilégiés et inclure les temps de coordination et l'accompagnement des équipes au sein des territoires. Les participant·es ont mis en évidence le besoin de vérifier, au moment de l'octroi des financements publics dédiés au déploiement de la médiation en santé, que celle-ci soit inscrite dans le projet global de la structure et que la fiche de poste médiation en santé corresponde aux compétences et missions minimales communes attendues par la médiation en santé.

Il·elles souhaitaient également inscrire, dans les structures concernées par un cahier des charges national un effectif minimal de médiateur·rices en santé proportionnel au nombre de personnes accompagnées ou prises en soins par la structure (à l'instar du dispositif ACT Un chez soi d'abord).

D'après les participant·es, le déploiement de la médiation en santé devrait être territorial et non populationnel pour favoriser sa mise en œuvre dans une logique d'universalisme proportionné sans stigmatiser les personnes concernées. La médiation en santé devrait par ailleurs pouvoir s'appuyer sur une dynamique territoriale favorable au sein d'un réseau professionnel. Ce déploiement devrait s'effectuer sur la base d'un diagnostic national évaluant les besoins à l'échelle des territoires et bassins de vie.

Pour accompagner le déploiement, les participant·es ont proposé de mettre en place un site internet gouvernemental de référence sur le métier de médiateur·rice en santé qui informerait sur : les missions, les secteurs amenés à mobiliser la médiation en santé, les formations qualifiantes et continues existantes, les types de financements existants (ARS et autres) et les modes d'accès aux financements et co-financements possibles, et les ressources utiles. Les participant·es ont proposé que des conseils sur la mise en place d'accompagnements des médiateur·rices soient exposés sur le site avec la réorientation vers des collectifs/réseaux déjà existants de médiateur·rices en santé.

5. Discussion

5.1 Synthèse des résultats

La volonté de collaboration et de co-construction caractérisant le déroulement de cette étude - depuis sa conception et sa mise en œuvre jusqu'aux discussions de ses résultats et des propositions émergentes - s'est incarnée dans une alliance étroite entre chercheurs, médiateur·rices en santé et représentants des structures les employant.

Ainsi, aujourd'hui les éléments qui caractérisent le cadre professionnel des médiateur·rices en santé mettant en œuvre la médiation en santé et ressortant des résultats de l'étude sont : la précarité (statutaire, financière, organisationnelle), l'isolement dans la pratique, le manque d'accompagnement et de soutien, les difficultés de collaborations, le défaut de reconnaissance et de légitimité par les partenaires. Cela appelle des évolutions urgentes :

- › **Au niveau statutaire** : la reconnaissance d'un statut professionnel dans les secteurs public et privé (référentiel métier et formation associée), qui inclut le statut de pair et garantit la valorisation des savoirs issus des expériences de vie,
- › **Au niveau financier** : un engagement financier pérenne qui renforce les actions et postes existants et qui assure le déploiement de la médiation en santé à la hauteur des besoins émergents sur les territoires,
- › **Au niveau institutionnel** : l'affirmation d'un soutien institutionnel dans les différentes structures (des secteurs sanitaire, social et médico-social) qui mettent en œuvre la médiation en santé,
- › **Au niveau organisationnel** : l'appui à la mise en œuvre de manière équitable sur l'ensemble du territoire (hexagonal et outre-mer) de plateformes locales d'appui et de coordination, de lieux d'échanges, d'informations, de ressources et de plaidoyer sur les obstacles en matière de recours aux services de santé, le renforcement des partenariats et de la transversalité entre acteur·rices de la santé et du social.

5.2 Enjeu de finaliser la reconnaissance et sécurisation du métier

Des travaux ont mis en évidence à quel point la sécurisation du médiateur·rice en santé dans l'exercice de son métier (e.g., cadre professionnel, formation qualifiante, salaire, reconnaissance) influence l'efficacité des dispositifs de médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées (11,17,18,20).

5.2.1 Difficultés rencontrées par le manque de sécurisation professionnelle

Cet état des lieux démontre que la professionnalisation de la médiation en santé reste à construire. La professionnalisation se définit comme un processus de construction identitaire qui passe autant par l'institutionnalisation d'un cursus reconnu, par l'inscription du statut des emplois dans une grille, par la reconnaissance d'une qualification professionnelle, que par l'institutionnalisation d'un corps professionnel qui s'est constitué (21). Autant d'éléments fondamentaux qui font encore défaut au métier de médiateur/médiatrice en santé à l'heure actuelle. Par conséquent, cette

professionnalisation non achevée limite la reconnaissance professionnelle des médiatrices et médiateurs en santé. Selon la théorie de l'identité sociale, la reconnaissance professionnelle est liée à la façon dont les individus perçoivent leur identité professionnelle et à la valeur accordée à cette identité par la société (22). La reconnaissance professionnelle est donc liée à l'importance accordée à l'identité professionnelle dans la société (21). Par exemple, lorsqu'une profession est socialement valorisée et bénéficie d'un statut élevé, les individus qui en font partie sont susceptibles de bénéficier d'une plus grande reconnaissance sociale. Dejours C. (23) précise que « la reconnaissance porte non pas sur l'être, mais sur le faire. C'est dans un deuxième temps seulement que la reconnaissance portant sur le faire, lorsqu'elle a été obtenue, peut être rapatriée dans le registre de l'être par le sujet lui-même » (23). Cette reconnaissance donne également accès à l'appartenance à une communauté. La reconnaissance professionnelle est alors associée au sentiment d'appartenance à un groupe social et de l'identification à ce groupe dans la construction de l'identité et de la reconnaissance individuelle.

Nos travaux ont mis en évidence les défauts de professionnalisation, de reconnaissance professionnelle voire d'identité sociale de la médiation en santé (cf. les difficultés de collaborations, de légitimité et de compréhension et de reconnaissance de leurs rôles et missions en interne et par les partenaires). Ces défauts limitent l'efficacité pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. C'est pourquoi l'institutionnalisation du métier de médiatrice/médiateur en santé devient nécessaire pour favoriser l'efficacité et la pérennité des dispositifs de médiation en santé.

5.2.2 Effet limité de l'unification sémantique assumée des médiations pour faciliter l'identité sociale de la médiation

Les travaux scientifiques « fondateurs » (2,24-26) et le cadrage institutionnel de la médiation en santé (13,15) ne précisent pas sa porosité avec les autres formes de médiation (i.e., médiation sociale essentiellement). En effet, le terme de médiation est souvent associé à un substantif qui désigne son domaine d'activité ou son espace professionnel. Cela fait ainsi référence à la médiation culturelle, scientifique, sociale, sanitaire, en santé, en santé publique, institutionnelle, professionnelle, familiale, de crédit, d'entreprise, etc. Malgré ces étiquettes, le sens du terme médiation reste polyforme et varie en fonction des personnes qui s'y réfèrent. Par conséquent, il est complexe de comprendre ce qu'elle englobe, ce à quoi elle renvoie ni quel est son sens (24,25). En résumé, la médiation est souvent associée à divers domaines d'activité, mais sa compréhension et son champ d'action demeurent flous et sujet à interprétation. Le sens commun la perçoit généralement comme un accompagnement spécifique dans des processus de négociation ou de résolution de conflits pouvant varier selon la nature et les objectifs de ces processus (24).

Si les médiations et les médiateur·rices, ainsi que les professions qu' il·elles représentent, sont diversifiés, « l'utilisation du terme "médiation" au singulier permet de la maintenir sous une forme unitaire et exclusive » (25). En d'autres termes, l'utilisation du singulier "médiation" permettrait de rassembler et de donner « une cohérence symbolique à la pluralité d'acteur·rices et d'activités liée à la médiation » (25). Cela contribuerait « à légitimer et à professionnaliser davantage ce domaine en créant une unité conceptuelle », même si la réalité pratique est diverse et hétérogène (25). Cette manière globale de la caractériser détermine « son développement vers la création d'une discipline et d'une profession à construire tout en tentant de poser les bases de son institutionnalisation » (25).

Oscillant entre des métiers qui semblent se redéfinir autour des principes de la médiation et des médiateur·rices proposant des activités innovantes ou standards, la médiation est aujourd'hui « un signifiant aux multiples signifiés » (27). Plus qu'un mot, elle est devenue un véritable paradigme (25). Pour ces auteur·rices, considérer la médiation comme un paradigme aiderait à renforcer l'identité sociale de la médiation.

Toutefois, ceci ne s'avère pas opérant : dans la pratique cela entretient de la confusion autour des dispositifs de médiation en santé. En effet, d'après nos résultats, il subsiste des logiques de pouvoir, des représentations divergentes, des jugements de valeur entre les porteur·ses et promoteur·rices des différents domaines d'intervention de la médiation. Au regard des nombreuses difficultés relevées ci-avant, il convient de compléter l'institutionnalisation de la médiation en santé par la sécurisation des professionnel·les qui la représentent : la médiatrice ou le médiateur en santé. Ceci contribuera donc à clarifier leur interaction avec les autres professionnel·les des secteurs sanitaire, social et médico-social et les médiateur·rices d'autres champs dans une logique de complémentarité.

5.2.3 Equilibre à trouver : sécuriser sans rigidifier

Le cadrage institutionnel de la médiation en santé ne précise pas si la médiation en santé doit être portée par une profession dédiée ou si elle peut être mise en œuvre par tou·te professionnel·le de santé, du social ou médico-social. Par conséquent, la médiation en santé est considérée comme une fonction ou un métier par les structures en fonction de leur organisation en interne. Pour certaines, la médiation en santé peut être une des fonctions parmi d'autres, portées par les métiers socio-sanitaires dits généralistes. Cette approche présente l'avantage que chacun·e se sente concerné·e par cette intervention, mais nuit à son déploiement si l'engagement à favoriser les droits à la santé des populations éloignées du système de santé n'est pas une priorité pour la structure. Pour d'autres structures, la médiation en santé doit être portée par un métier dédié de médiateur·rices en santé. Selon cette approche, les médiateur·rices en santé agissent en complémentarité de tou·tes les autres professionnel·les du secteur socio-sanitaire déjà existants de manière à fournir une réponse proportionnée aux besoins et aux différentes vulnérabilités des populations éloignées du système de santé. C'est pourquoi, dans cette dernière approche, favoriser la professionnalisation du métier de médiateur·rice en santé sécurise cet engagement, son intervention auprès des publics les plus vulnérables tout en favorisant l'identité sociale de la médiation en santé.

Si son institutionnalisation contribue à légitimer la médiation en santé et les professions qui s'en réclament, elle tend dans le même temps à « en formaliser les codes, à en normaliser les actions au risque de neutraliser la force et l'originalité de la médiation : son adaptabilité situationnelle » (25). M. Guillaume Hofnung revendique une médiation libre de tout cadre (2). Elle parle alors d'« Esprit » de la médiation, de « mise en capacité des citoyens », de la neutralité et du caractère moral de la médiation, « de nouvelle liberté publique » (2).

La médiation plus qu'un outil est un opérateur susceptible d'améliorer le vivre ensemble au sein de la société à condition qu'elle conserve son caractère « citoyen, moral et son autonomie » face à ces institutions et ces professionnel·les qui semblent la normaliser tant dans sa dimension juridique que culturelle, sociale et sanitaire. La question centrale demeure celle de l'inventivité et de la liberté

de mettre en place des dispositifs originaux en dehors d'une normalisation qui transformerait la médiation en un simple outil institutionnel incapable d'évoluer avec la société qu'elle prétend construire (2). Le cadre conceptuel de la médiation en santé expose clairement les conditions d'efficacité de la médiation en santé et la manière de la mettre en œuvre pour garantir un effet dans ce sens, i.e., une intervention émancipatrice (18).

6. Limites et forces

La première limite de ce travail est le biais de désirabilité sociale. Ce biais est difficile à éviter lors des focus groupes auprès des professionnel·les qui mettent en œuvre la médiation en santé. Ce biais est par ailleurs sans doute renforcé par la fragilité de la profession qui cherche à se faire reconnaître d'une part et par le militantisme (i.e., l'engagement actif) qui peut animer les différentes parties prenantes d'autre part. Toutefois, le fait d'introduire les focus groupes par une question d'ouverture, leur demander durant l'entretien de préciser leurs réponses pour affiner, dépasser les réponses attendues et ainsi rechercher une sincérité plus fine dans l'échange peut avoir contribué à limiter ce biais.

La seconde limite est que nous ne sommes pas en mesure de connaître notre taux de participation dans l'étude. En effet, il n'existe à ce jour aucun recensement du nombre de médiateur·rices en santé. Nos résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des médiateur·rices en santé exerçant en France. En effet, la méthode d'échantillonnage en boule de neige n'a pas assuré une représentation géographique de toutes les régions. Toutefois, nous avons pu ajuster cela en invitant des médiateur·rices en santé, exerçant dans des régions sous représentées dans la collecte de données quantitative, à participer aux focus groupes durant la collecte de données qualitative (i.e., Haut de France). L'étude nous permet de réaliser un premier état des lieux sur le cadre professionnel des médiateur·rices en santé.

La première force est d'avoir mené l'étude de manière collaborative et participative. Cette approche a impliqué une démarche collective, réfléchie et systématique dans laquelle les chercheuses et les acteur·rices de terrain se sont investi·es dans toutes les étapes. Cette approche favorise le partage de connaissances, une meilleure diffusion et appropriation des résultats de ce travail par les acteur·rices de terrain concerné·es par la mise en œuvre ou le soutien de la médiation en santé.

La seconde force est l'usage de méthodes mixtes employé dans ce travail mobilisant des données quantitatives et qualitatives. Par conséquent, il a permis une recherche pragmatique et la production de résultats concrets à mettre en œuvre dans une démarche de plaidoyer.

7. Perspectives

7.1 Un engagement politique devenu nécessaire par les pouvoirs publics

Alors que les acteur·rices de terrain et de la recherche sont déjà pleinement engagé·es en faveur de la reconnaissance et sécurisation du métier, notamment via le plaidoyer porté par le CPMS¹⁴, l'évolution du métier nécessite l'implication significative et durable des pouvoirs publics aux différentes échelles territoriales concernées, dans cette démarche collaborative. L'engagement politique apparaît ainsi comme un enjeu décisif pour inscrire ces évolutions dans un cadre légal et/ou réglementaire et atteindre une sécurisation des pratiques dans un cadre professionnel éthique cohérent, fondé sur un socle commun de référence reconnaissant et valorisant. Néanmoins, la diversité des profils des médiateur·rices en santé, pairs et non pairs, les expériences et les contextes d'intervention, nécessaires à l'adaptation constante de la médiation en santé à un contexte socialement mouvant.

Force est de constater que l'échelon national s'est jusque-là montré inopérant, du moins que son engagement a été irrégulier depuis l'inscription de la médiation en santé dans la loi de 2016 (13). En effet, de multiples évaluations ont été menées et des rapports rédigés (3–12), puis remis aux autorités, concluant à la nécessaire promotion de l'approche et du métier pour favoriser l'accès aux services de santé des populations socialement exclues qui en sont éloignées. On peut citer l'expérimentation sur la médiation en santé publique conduite par l'IMEA en 2006 (4), les rapports du Programme National de Médiation en Santé en 2011, 2013, 2016, les Actes du Colloque organisé en 2016 avec le soutien du Ministère des Affaires sociales et de la Santé qui s'intitulait déjà « Médiation en santé: une approche reconnue, un métier à promouvoir » (28), jusqu'au Rapport de l'IGAS « La médiation en santé: un levier relationnel de lutte contre inégalités sociales de santé à consolider »¹⁵ remis en juillet 2023 et dont on attend encore les prolongements opérationnels. La question de la professionnalisation et de la sécurisation du métier de médiateur·rice en santé n'a néanmoins pas été portée jusqu'à sa résolution partagée avec les différentes parties prenantes, par les ministères et administrations centrales concernées, contribuant ainsi à entretenir les difficultés rencontrées au quotidien par les médiateur·rices en santé et les structures les employant, et à limiter l'efficacité de la médiation en santé. Cet enjeu nécessite ainsi un positionnement clair et pérenne des pouvoirs publics, permettant en particulier aux structures qui déploient la médiation en santé de ne pas avoir à démontrer à chaque renouvellement de convention annuelle ou pluri annuelle, la plus-value de leurs interventions et des postes, des professionnel·les les incarnant.

¹⁴ CPMS, Document de plaidoyer « Reconnaissance et sécurisation professionnelle du métier de médiatrice/médiateur en santé », 2024

¹⁵ IGAS *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, Juillet 2023

7.2 Propositions concrètes au niveau des territoires

Une voie pour aller vers les changements attendus pourrait être celle d'une démarche d'une stratégie nationale de déploiement et de pérennisation de la médiation en santé, assortie de financements dédiés à sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation.

Une autre voie qui apparaît pertinente et ancrée dans l'expérience et l'histoire des collaborations acteur·rices, décideur·ses, chercheur·ses sur les territoires, consisterait à s'appuyer et à accompagner les initiatives régionales de structuration de la médiation en santé. En effet, des démarches de mobilisation d'acteur·rices et d'animation de réseaux, voire de préfiguration de programmes régionaux de médiation en santé en lien avec une communauté de pratiques autour des besoins en santé des populations en situation de vulnérabilité sociale, se font jour sur plusieurs territoires, à des échelles de déploiement et à des niveaux d'avancement variables (Guyane, Nouvelle-Aquitaine, Hauts de France, Auvergne Rhône Alpes, Pays de la Loire, Provence alpes côte d'azur). Aller vers une mutualisation de ces expériences et une capitalisation des bonnes pratiques pour favoriser une implémentation de la médiation en santé cohérente, éthique, adaptée aux contextes territoriaux, dépassant une approche par publics et rompant avec une logique par silos pour promouvoir une logique intégrative, pourrait inspirer un mouvement pérenne "down-up" des territoires vers l'échelle nationale, en faveur de la reconnaissance et de la sécurisation du métier de médiateur·rice en santé.

Quelle que soit la voie qui sera privilégiée, il y a urgence à sécuriser ce métier, pour garantir l'efficacité de la médiation en santé, un accès équitable et un recours effectif au système de santé pour toutes et tous.

Bibliographie

1. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q* [Internet]. 2005 Dec [cited 2021 Feb 14];83(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>
2. Guillaume-Hofnung M. La Médiation. *Que sais je ?* 2020;128.
3. Blanc G, Pelosse L. La médiation santé : Un outil pour l'accès à la santé ? *FRAES*. 2010;22.
4. Lefebvre-Naré F, Rivière D, Fahmy-Vuillaumé S. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en oeuvre par l'IMEA. Ministère de la santé et des solidarités. 2006;136.
5. Corevih Ile de France Est. Place de la médiation : vers une reconnaissance ? CR de la soirée migrants et vih. 2015;26.
6. ASAV. Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. *INPES*. 2014;32.
7. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. *Etudes Tsiganes*. 2014;n° 52-53(4):181-9.
8. ASAV. Programme National de médiation sanitaire. 2016;109.
9. Collectif national droits de l'Homme Romeurope. Mettre en oeuvre des actions de médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. 2009;93.
10. Roelandt L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, Francois G. Programme médiateurs en santé pairs. *CCOMS*. 2015;60.
11. Chischportich C, Perrin J. Evaluation et accompagnement de la médiation en santé sur Marseille. *Incitta*. 2016;63.
12. Peuples des villes. Suivi et évaluation des projets de médiation en santé. Programme national de médiation en santé. 2018;30.
13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.
14. Code de la santé publique - Article L1121-1. Code de la santé publique.
15. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;70.
16. Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 Sep 1;12(9):e062051.
17. Haschar-Noé N, Bérault F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Sante Publique*. 2019 May 23;Vol. 31(1):31-42.

18. Richard E, Cambon L, Vandentorren. Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins de santé des populations éloignées du système de santé. <http://www.theses.fr>. 2024;145.
19. Bilodeau A, Parent A, Potvin L. Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat, comment ça marche? *chairecacis*. 2019;43.
20. Santé Publique France. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *Santé en action*. 2022 Jun;(460):52.
21. Jorro A, Wittorski R. De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*. 2013;46(4):11–22.
22. Lazzeri C. Identité et appartenance sociale. *Tracés Revue de Sciences humaines*. 2013 Dec 1;(13):73–102.
23. Dejours C. Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. *La quête de reconnaissance*. 2007;12.
24. Faget J. Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie. *ERES*. 2015;304.
25. Rouzé V. Médiation/s : un avatar du régime de la communication ? *Les Enjeux de l'information et de la communication*. 2010;Dossier 2010(2):71–87.
26. Tapia C. La médiation : aspects théoriques et foisonnement de pratiques. *Connexions*. 2010 Jun 1;n° 93(1):11–22.
27. Haschar-Noé N. Etude d'opportunité pour la mise en œuvre d'une formation «médiation en santé» dans la région Languedoc- Roussillon / Midi-Pyrénées. *IFERISS*. 2016;86.
28. ASAV. Médiateurs en santé une approche reconnue un métier à promouvoir. 2016;50.

Annexe 1 : Budget

Pour une partie des analyses de données, Sidaction a financé le poste d'une stagiaire et la Fnasat-GV a recruté une consultance en santé publique pour le nettoyage des bases de données et l'aide à l'interprétation rédaction du rapport. Le reste de l'étude a été réalisé sur fonds propres.

Annexe 2 : Calendrier

Etapes	Calendrier	Justification
Etape préparatoire	Juin - Décembre 2022	Réalisation du protocole, des questionnaires et des démarches réglementaires
Collecte de données	Janvier-Avril 2023	Collecte de données via le questionnaire en ligne auprès des structures et personnes en médiation santé
Analyse de données	Février -juin 2023	Analyse des données
Rapport Final	Juillet 2023	Rapports d'étude (interne et externe)

Annexe 3 : Démarches réglementaires

Soumission et aval des comités d'éthiques

L'enquête sera menée conformément aux directives éthiques internationales du Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS) pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains et aux directives éthiques internationales pour les études épidémiologiques, ainsi qu'aux prérogatives de la loi Jardé (article L 121-1 du Code de la Santé Publique). Le traitement de données mis en œuvre par la présente enquête, est conforme à la méthodologie de référence MR004 et dispose d'une déclaration de conformité à cette MR (déclaration n°2229335à) et consignera l'enquête dans son registre.

Information éclairée

L'objectif de l'étude est expliqué à tout individu susceptible d'être inclus. Avant le début du questionnaire en ligne. La libre participation, le retrait sans justification à l'étude seront aussi indiqués ; et cela à n'importe quel moment sans que cela n'ait de conséquence sur la personne. Le participant dispose d'un temps de réflexion, peut poser des questions et recevoir des éclaircissements si besoin en contactant l'équipe projet (coordonnées disponibles sur le questionnaire). Quand le participant est prêt, il confirme ou non sa participation à l'étude sur l'application du questionnaire qu'il pourra interrompre à tout moment ;. La procédure d'information éclairée s'appuiera sur un document écrit dans une langue et un vocabulaire compréhensible par le participant et administrée en ligne(Annexe 5).

Risques et bénéfices de l'étude

Cette étude ne cause aucun préjudice physique aux participants. Elle présente également de faibles risques concernant la vie privée et la confidentialité. Les lieux pour réaliser les entretiens avec les participants sont soigneusement choisis pour garantir la confidentialité. Les bénéfices liés à la participation de cette étude concernent la mise en lumière d'éventuels dysfonctionnements, des difficultés et des besoins des acteurs de médiation en santé, la recherche d'une meilleure reconnaissance du métier de médiateur-riche en santé et d'opportunités de financement pérennes de leurs actions. Mais il n'y a aucun bénéfice matériel, financier ou autre.

Confidentialité

La confidentialité des données concernant les participants est respectée tout au long de l'étude. Pour cela, un numéro d'identification unique est attribué à chaque personne par l'équipe projet sur les questionnaires. Les formulaires éclairés, les questionnaires et la base de données mentionnent exclusivement cet identifiant unique du participant et la date de passation. La correspondance entre cet identifiant et l'individu sera exclusivement accessible et conservée par l'équipe projet. Tous fichiers de données sont sécurisés par un mot de passe et sauvegardés sur le serveur de Sidaction basé en France. Toutes les données enregistrées sont détruites deux ans après la dernière publication de l'étude. Le traitement de données mis en œuvre est conforme à la méthodologie de référence MR004 et dispose d'une déclaration de conformité à cette MR (déclaration n°2229335) et consignera l'enquête dans son registre.

Diffusion des résultats

En lien avec Sidaction et la Fnasat-GV, le Copil diffusera les résultats de l'étude auprès des structures impliquées dans le projet et de tous les participants désireux d'en bénéficier. Les résultats seront présentés dans un rapport interne et dans un rapport externe adressés à toutes les parties prenantes, particulièrement aux instances publiques décisionnaires sur les thématiques issues des résultats de l'étude. Un article sera soumis pour présentation à des conférences scientifiques et au moins un manuscrit sera soumis pour publication dans une revue scientifique avec comité de lecture. Les co-investigateurs de toutes les institutions impliquées auront l'opportunité de figurer en tant qu'auteurs sur les présentations et publications tirées de l'étude, selon les règles de la recherche scientifique. Les résultats seront utilisés pour tout autre type de communication et à des fins de plaidoyer, des recommandations seront formulées.

Fin prématurée ou suspension de l'étude

Cette étude pourra être suspendue temporairement ou interrompue prématurément en cas de motif suffisant (sécurité des enquêtés ou cas de force majeure). Dans ce cas, les enquêteurs informent rapidement l'équipe projet. Toute analyse résultant de l'étude dépend de l'état de la collecte de données et de la raison de l'interruption prématurée. Si la situation le permet, des résultats partiels seront exploités.

Archivage

Les données informatiques seront conservées sur un disque dur dédié par Sidaction pour une période couvrant l'analyse et de traitement des données et deux ans après la dernière publication de la recherche.

Annexe 4 : Outils de collecte des données

Questionnaire structure

Caractéristiques de votre structure

Nom de la structure :

Mission principale :

Activités principales :

- Insertion professionnelle Insertion sociale Soins Prévention
 Accompagnement éducatif Médiation Médico-social Autre précisez :

Type d'agrément ou autorisation :

- Établissement sanitaire (hôpital, centre de dépistage, ...) précisez
 Établissement sociale (centre hébergement, SESSAD, DITEP, Service d'accompagnement éducatif à domicile, ...) précisez
 Établissement médico-social (ACT, CAARUD, FAM, IME, CSAPA, ...) précisez
 CSP/MSP
 Autre, précisez :

La structure est-elle membre d'un collectif sur la médiation ? Oui Non Je ne sais pas

Si Oui, lequel : PNMS France Médiation Autre précisez :

Lieux de vie des personnes accompagnées (*plusieurs réponses possibles*) :

- Logement personnel
 En errance (à la rue, hébergement par des tiers, squat, bidonville, campement, hôtel, centre d'hébergement d'urgence)
 Hébergement d'insertion
 Logement accompagné
 Hébergement médico-social (ACT..)
 Milieu carcéral
 Habitat mobile (Gens du voyage)
 Autre précisez :

Profil des personnes accompagnées (*plusieurs réponses possibles*) :

- Migrantes Gens du voyage Travailleuses du sexe
 Mineurs LGBTQI+ En situation d'addiction
 Sans domicile En accompagnement santé mentale
 Sous main de justice Sortant de milieu carcéral Autre précisez :

Personnel de la structure

Quelle est la composition de la structure ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Educateur spécialisé Conseillers en économie social et familial (CESF)

- Assistance service social ASS Infirmiers Médiateur social Médiateur en santé
 Médecin Psychologue Autre précisez :

Nombre de postes d'encadrement (coordination, direction) : □□

Nombre de postes en médiation santé : □□ Nombre de salariés en médiation : □□

Nombre de bénévoles en médiation : □□

Nombre d'équivalents temps plein de médiation en santé : □□

Quel est l'intitulé de votre poste ?

Ressources humaines et direction de la structure

Votre structure relève-t-elle d'une convention collective ou d'un accord d'entreprise ? Oui Non

Si Oui, préciser :

Un référentiel métiers est-il présent en interne ? Oui Non

Une grille de salaires existe-t-elle concernant les personnes en médiation santé ? Oui Non

Quels sont les niveaux de salaire brut pour la médiation santé ? salaire minimum : eur.
salaire maximum : eur.

Concernant le plan de formation, les personnes en médiation santé en poste :

- ont déjà bénéficié du plan de formation
 vont bénéficier prochainement d'une formation programmée dans les 12 mois
 sont positionnées sur une formation programmée dans les 2 ans
 ne sont pas positionnées sur une formation à ce jour, mais une réflexion est en cours

Existe-t-il des dispositifs ou procédures pour faire face aux éventuelles difficultés rencontrées par les personnes en médiation santé (sur le terrain, en équipe, etc.)? Oui Non

Si Oui lesquels :

Êtes-vous en sous-effectif concernant les postes en médiation en santé ? Oui Non

Concernant le recrutement des personnes en médiation santé, numérotez de 1 à 3 les critères que vous jugez les plus importants (*1 étant le plus important*) :

- la formation initiale □ le savoir être □ la connaissance de l'environnement
□ l'expérience professionnelle □ la posture □ les compétences techniques
□ autre, précisez :

Pour vos missions de médiation en santé, recherchez-vous plutôt une personne étant initialement : (*une réponse possible*) :

- diplômée du secteur social diplômée du secteur sanitaire un pair

en médiation indifférent autre précisez :

Financement de la médiation en santé

Quelles sont les sources de financement de la structure pour la médiation santé ? Précisez la durée pour chaque source. (*plusieurs réponses possibles*)

- Agence Régionale de la Santé Direction Générale de la Santé Sidaction
 Région Département Collectivité territoriale Sources internes
 Direction de la cohésion sociale DJSCJ
 Autre précisez :

Quel est le nombre de postes en médiation santé sur les conventions de financement annuel ? :

□□□

et sur les conventions de financement pluriannuel ? : □□□

D'après vous, que faudrait-il pour avoir un financement pérenne : numérotez de 1 à 4 les critères que vous jugez les plus importants (*1 étant le plus important*) :

- une reconnaissance de la structure et de ses actions pour agir en médiation santé
 une reconnaissance de la pertinence de la médiation en santé pour lutter contre les inégalités de recours aux soins
 une reconnaissance de l'efficacité de la médiation en santé
 une reconnaissance du professionnalisme des personnes en médiation en santé
 un engagement politique des institutions au niveau régional
 un engagement politique des institutions au niveau national
 un engagement financier des institutions au niveau régional et national

Plaidoyer

Votre structure mène-t-elle un plaidoyer sur la médiation en santé ? Oui Non

Si Oui, en vue de quels changements ?

Si Non, souhaitez-vous contribuer au collectif plaidoyer médiation en santé ? Oui Non

Pour vous, concernant les enjeux actuels de la médiation en santé sur lesquels il faut agir en termes de plaidoyer, numérotez de 1 à 3 les enjeux que vous jugez les plus importants (*1 étant le plus important*) :

- Enjeu statutaire : absence de statut professionnel
 Enjeu financier : financement non pérenne des postes
 Enjeu institutionnel : besoin de soutien institutionnel dans les structures de soins, de reconnaissance du positionnement et de la légitimité des médiateurs
 Enjeu organisationnel : besoin de d'appui et de coordination, de lieux d'échanges, d'information, de ressources et de partenariats renforcés
 Autre enjeu précisez :

Le questionnaire est à présent terminé, nous vous remercions pour votre temps et votre implication. Si vous avez des commentaires, vous pouvez les rédiger ici :

Questionnaire personnes en médiation santé

Profil

Quel est votre genre : Féminin Masculin Autre précisez :

Âge : ans

Dans quelle(s) structure(s) exercez-vous ?

Votre niveau d'étude : inférieur au bac bac bac + 2 bac + 3 bac + 5

Quelle est votre formation initiale ? Médecine Paramédicale Santé publique
Sciences humaines et sociales Droit Autre, précisez :

Avez-vous un diplôme en médiation santé ? Oui Non

Si Oui, lequel : Diplôme Universitaire Médiation en santé Avicenne

Diplôme Universitaire Médiation en santé Guyane

Licence Médiation en santé pair

DU pair-aidance en santé mentale

Formation RESPAI de la FAS Bourgogne-Franche Comté

Médiateur de l'IMEA

Formation de Technicien Médiateur Services

Autre, précisez :

Actuellement, bénéficiez-vous d'une formation continue en médiation en santé ? Oui
Non

Si Oui, laquelle ? :

Avec quel organisme ? :

Est-elle certifiante ? Oui Non

Avez-vous bénéficié d'une évolution de salaire depuis ? Oui Non

Quel était l'intitulé de votre précédent poste avant d'arriver dans votre structure actuelle ?

Poste de médiation en santé

Quel est l'intitulé de votre poste actuel ?

Quel est le type de votre contrat ? CDI CDD, précisez la durée :

Emploi aidé, précisez la durée : Autre précisez :

Quel est l'organisme employeur ? Hôpital Centre de santé Maison de quartier

Association Autre précisez :

Quel est votre temps de travail ? Temps complet Temps partiel : heures/sem.

Quelle est votre ancienneté dans la structure actuelle ? années et mois

Etes-vous un médiateur santé pair (médiation mise en œuvre par des personnes issues du public d'intervention ou avec le même parcours biographique) ? Oui Non Ne sait pas

Quel est votre salaire net perçu ? euros

Diriez-vous qu'au sein de votre ménage/foyer, financièrement :

- Vous êtes à l'aise Ça va C'est juste Vous y arrivez difficilement
 Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes

Souhaitez-vous évoluer dans votre carrière ? Oui, je souhaite évoluer rapidement

Oui, je souhaite évoluer, mais pas de suite

Non, je n'ai pas de projet d'évolution à ce jour

Si Oui, à quel niveau : Coordination Direction Chef de service

Autre précisez :

Vous sentez-vous en difficulté dans votre poste ? Oui Non

Si Oui, précisez pourquoi : Manque d'effectif Manque de soutien hiérarchique

Manque d'expérience

Situation exceptionnelle (nombre élevé de bénéficiaires etc.)

Autre précisez :

Avez-vous du soutien en interne de vos collègues ? Oui Non

Avez-vous du soutien en interne de l'encadrement (direction, coordination, chef de service) ?

Oui Non

Avez-vous des réunions d'équipe ? Oui Non

Si Oui, à quelle fréquence ? 1fois/sem 1fois/quinzaine 1fois/mois

Moins d'une fois/mois

Avez-vous un temps dédié pour échanger sur l'analyse de vos pratiques ? Oui Non

Si Oui, à quelle fréquence ? 1fois/quinzaine 1fois/mois 1fois/trimestre

Moins d'une fois/trimestre

Manquez-vous de moyens pour réaliser les actions sur le terrain ? Oui Non

Si Oui, lesquels : Absence de véhicule de service

Autres moyens matériels

Moyens financiers

Autres précisez :

Perception du poste

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Vous sentez-vous personnellement légitime dans votre poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre poste et vos compétences vous semblent-ils : reconnus en interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

reconnus auprès des partenaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnus par les publics accompagnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrivez-vous à faire respecter votre place de tiers entre votre structure et les publics que vous accompagnez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entre les partenaires et les publics que vous accompagnez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*partenaires: structures et personnes extérieures à votre structure avec lesquelles vous travaillez pour le suivi des personnes que vous accompagnez

Avez-vous des besoins nécessaires à l'exercice de votre poste ? Oui Non

Si oui, lesquels, numérotez de 1 à 3 ceux que vous jugez les plus importants (1 étant le plus important) :

Formation Salaire Pérennité du poste
 Ecoute/soutien Autre précisez :

En tant que personne en médiation santé, pensez-vous agir sur la qualité de vie des personnes suivies ? Toujours Souvent Parfois Jamais

Si Oui, comment ?

Si Non, pourquoi ?

Activités

Lieux de vie des personnes accompagnées (plusieurs réponses possibles) :

- Logement personnel
- En errance (à la rue, hébergement par des tiers, squat, bidonville, campement, hôtel, centre d'hébergement d'urgence)
- Hébergement d'insertion
- Logement accompagné
- Hébergement médico-social (ACT..)
- Milieu carcéral
- Habitat mobile (Gens du voyage)
- Autre précisez :

Profil des personnes accompagnées (plusieurs réponses possibles) :

- Migrantes Gens du voyage Travailleuses du sexe
- Mineurs LGBTQI+ En situation d'addiction
- Sans domicile En accompagnement santé mentale
- Sous main de justice Sortant de milieu carcéral Autre précisez :

Quelles activités réalisez-vous ?

- Diagnostic territorial: repérer les conditions de vie des personnes et identifier leurs besoins et ceux des partenaires
- Alerte : porter les problématiques influençant la santé auprès des responsables d'équipe, institutions, partenaires

- Tiers expertise : être sollicité au sujet de l'expertise des publics par les partenaires
- Coordination / pilotage d'actions de réponses aux problématiques
- Conception / mise en oeuvre / évaluation d'actions
- Rencontre informelle des personnes : aller vers pour soutenir et informer sur les droits, les dispositifs et les acteurs disponibles
- Rencontre informelle des partenaires : aller vers pour soutenir et informer sur les droits, les dispositifs et les acteurs disponibles
- Orientation des personnes vers les services compétents
- Orientation des partenaires vers les organismes / associations compétentes
- Accompagnement à naviguer dans le système de soins et services administratifs
- Formation des partenaires sur les problématiques et les besoins des publics
- Autre précisez :

Quels sont les partenaires avec lesquels vous travaillez (*plusieurs réponses possibles*) :

- Professionnel de santé (hospitalier, libéraux, PMI, PASS etc.)
- Travailleur social (association, CCAS etc.)
- Services déconcentrés de l'état (préfectures)
- Collectivités territoriales (communauté d'agglomération, mairie, collectivité locale etc.)
- Services publics (CAF, CPAM etc.)
- Ambassade
- Elus (municipaux, département, région etc.)
- Personnes relais

Concernant ces partenaires, précisez :

- le niveau global de collaboration
 - Mise en réseau : vous vous connaissez
 - Coopération : vous déterminez des objectifs en commun
 - Coordination : vous menez ou coordonnez des actions ensemble
 - Intégration : vous construisez et pensez ensemble les stratégies de développement de la médiation en santé sur le territoire

- si vous rencontrez des difficultés dans la collaboration

- Toujours Souvent Parfois Jamais

Si oui, lesquelles (*plusieurs réponses possibles*) :

- Manque de communication Manque de reconnaissance
- Relation médecin-patient
- Méconnaissance de votre métier
- Mauvaise compréhension de votre rôle
- Chevauchement avec le rôle du corps médical et assistance sociale, etc.
- Discrimination liée à votre métier
- Discrimination liée à votre statut de pair
- Autre précisez :

Plaidoyer

Cochez les trois sujets sur lesquels vous souhaitez être accompagné.e, appuyé.e et défendu.e :

- Précarité du statut
- Place de tiers
- Manque de formation dédiée
- Reconnaissance du métier
- Mise en place d'un diplôme
- Autre précisez :
- Identification des difficultés / besoins

Pour vous, concernant les enjeux actuels de la médiation en santé sur lesquels il faut agir en termes de plaidoyer, numérotez de 1 à 3 les enjeux que vous jugez les plus importants (*1 étant le plus important*) :

- Enjeu statutaire : absence de statut professionnel
- Enjeu financier : financement non pérenne des postes
- Enjeu institutionnel : besoin de soutien institutionnel dans les structures de soins, de reconnaissance du positionnement et de la légitimité des médiateurs
- Enjeu organisationnel : besoin de d'appui et de coordination, de lieux d'échanges, d'information, de ressources et de partenariats renforcés
 - Autre enjeu précisez :

Le questionnaire est à présent terminé, nous vous remercions pour votre temps et votre implication. Si vous avez des commentaires, vous pouvez les rédiger ici :

Guide de focus group

Thématiques	Sous thèmes
Reconnaissance de votre travail en MS	Objectifs / résultats / utilité Stratégies / pratiques Du cadre, normes et valeurs du métier incorporées par autrui
Reconnaissance de votre personne	Intégration au sein des structures, est-elle anticipé ? et pendant les 1 ^{er} mois d'exercice ? Auprès de la hiérarchie/ des partenaires / collègues / public sur : Vous, votre approche en MS Vos compétences pro Besoin de retours, d'estime, de respect, d'équité
Comparaison à d'autres professions	Infirmières, TS etc Perception de ces métiers en terme de reconnaissance
Soutien	En quoi cela consiste ?

Etude C-PRO-MS

Gestionnaire de la recherche : Fnasat - Sidaction

Co-investigatrices : **S. COSSAIS et E. RICHARD**

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer à une étude menée par la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv) et Sidaction. Intitulée « **C-PRO-MS** », cette étude veut produire un état des lieux du cadre professionnel des personnes de médiation en santé en France relatif à leurs conditions d'emploi et d'exercice. Ce document a pour but de vous fournir les informations écrites nécessaires à votre décision. Nous vous remercions de le lire attentivement.

N'hésitez pas à poser des questions à la personne vous ayant transmis ces documents. Elle est à votre disposition pour vous présenter la recherche et la façon dont vous pouvez y participer, et pour vous expliquer ce que vous ne comprenez pas.

Pourquoi cette étude ?

La médiation en santé est à l'agenda politique (mesure 27 du ségur de la santé). Cependant, elle est mise en œuvre de manière diverses. Pour ce faire, l'étude de ses conditions de succès et de faisabilité auprès des personnes éloignées du système de santé a fait émerger des questions encore prégnantes à ce jour, notamment celle concernant la sécurisation du statut de tiers-médiateur de manière à favoriser la pérennité et l'efficacité des dispositifs de médiation en santé. Cette question renvoie ainsi à l'enjeu de la reconnaissance et de la sécurisation du métier de médiateur en santé par son inscription dans un cadre professionnel commun. C'est pourquoi l'objectif principal de cette étude sera de tenter d'apporter des éléments de réponses à ce sujet. Il apparaît en effet indispensable d'établir d'abord un état des lieux des contextes professionnels d'exercice des médiateurs en santé afin de formuler, dans un second temps, des recommandations inspirées des réalités de terrain, des besoins recensés et des suggestions portées par les partenaires concernés.

Quel est l'objectif de l'étude C-Pro-MS ?

L'objectif de l'étude est d'élaborer un état des lieux du cadre professionnel des personnes de médiation en santé en France relatif à leurs conditions d'emploi et d'exercice.

Qui participe à l'étude ?

Les participants inclus sont (i) toutes personnes représentant la direction ou la coordination d'une structure mettant en œuvre des actions de médiation santé et (ii) toute personne en activité en médiation en santé, du secteur social ou de la santé ou pair.

Les critères d'exclusion sont le bénévolat et les personnes sans poste occupé au moment de l'enquête.

Comment se déroule la collecte des données ?

Il s'agit d'une étude transversale descriptive se déroulant de novembre à décembre 2022, auprès des directions de structure et des personnes en médiation en santé sur l'ensemble du territoire français DROM inclus.

Les données auprès des directions de structure seront collectées à partir du questionnaire Structure en ligne à l'aide de l'application Framafom. Une durée de vingt minutes est à

considérer pour son remplissage. Le questionnaire “structure” s’attache à identifier le profil, les ressources humaines (procédures, recrutement etc.), le financement de la médiation (sources, besoins etc.) et le plaidoyer souhaité par la structure.

Le questionnaire ne contient pas d’informations permettant d’identifier les participants (nom, prénom, etc.). Il sera toutefois pseudonymisés en vue de réaliser le traitement et les analyses à des fins d’analyse des résultats, tout en garantissant aux personnes la confidentialité de leurs réponses.

Quelles sont les bénéfices à participer à l’étude ?

Vous ne bénéficiez d’aucun avantage direct, mais en participant, vous aidez à mieux comprendre le cadre professionnel dans lequel vous évoluez et cela nous permettra d’établir des recommandations pour affirmer et sécuriser le métier des personnes en médiation santé.

Quels sont vos droits ?

La personne qui vous propose de prendre part à cette recherche doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Une fois terminée, pour que ses résultats vous soient communiqués, vous pouvez en faire la demande à les co-investigatrices de l’étude C-PRO-MS (cpms_membres@googlegroups.com).

Traitement de vos données

Dans le cadre de l’étude, un traitement informatique de vos données issues du questionnaire va être mis en œuvre sur des serveurs informatiques sécurisés, pour permettre d’analyser les résultats de l’étude au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le recueil et le traitement de ces données seront réalisés à des fins de recherche scientifique.

Les responsables du traitement des données sont les co-investigatrices de l’étude dont la Direction Générale est située respectivement à Paris (S.COSSAIS) et Bordeaux (E. RICHARD).

Conservation de vos données

Vos données seront conservées deux ans après la dernière publication scientifique liée à l’étude en cas de vérification des résultats d’étude.

Exercice de vos droits

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et aux dispositions de la loi relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement, à la portabilité des données, d’opposition et de retrait.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès des co-investigatrices. Elles répondront à vos demandes conformément à ses obligations légales et réglementaires.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter la Déléguée à la Protection des Données de Sidaction (dpo@sidaction.org).

Si malgré ces mesures, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l’autorité de surveillance de la protection des données, la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL). Cette réclamation est à adresser sur ce lien : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte> .

Nous vous remercions pour votre attention

Annexe 6 : Cadre professionnel des personnes en médiation en santé

Tableau A : Cadre d'exercice des personnes en médiation Etude C-pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%) (N = 215)
Statut juridique de la structure	
- Association	140 (66.7)
- Collectivité territoriale	8 (3.8)
- Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	4 (1.9)
- Etablissement public de santé	40 (19.0)
- Etablissement public à caractère administratif	5 (2.4)
- Fondation	3 (1.4)
- GCSMS	3 (1.4)
- Maison de santé	5 (2.4)
- Mutuelle	2 (1.0)
Catégorie de structure	
- Action en santé	72 (37.0)
- Activité de soins	5 (2.6)
- Centre de santé/maison de santé	20 (10.0)
- Centre social	11 (5.8)
- CCAS	5 (2.6)
- Etablissement de santé	38 (20.0)
- Etablissement médico-social	23 (12.1)
- Etablissement social	13 (6.8)
- Autres	6 (3.1)
Population d'intervention	
Migrant (Oui)	134 (65.0)
Mineurs (Oui)	57 (28.0)
Gens du voyage (Oui)	37 (17.0)
LGBTQI (Oui)	59 (28.0)
Travailleurs.es du sexe (Oui)	62 (30.0)
Personnes consommatrices de substances psychoactives (Oui)	110 (52.0)
Sans domicile (Oui)	114 (54.0)
Sous-main de justice (Oui)	42 (20.0)
Personne vivant en milieu carcéral (Oui)	46 (22.0)
Personne suivi pour santé mentale (Oui)	113 (53.0)
Autres (Oui) :	70 (33.0)
- Tous publics vulnérables	61 (87.0)
- Roms	4 (5.7)
- Personnes vivant en milieu rural	5 (7.3)
Partenaires	
Professionnel de santé (Oui)	204 (95.0)
Travailleur social (Oui)	200 (93.0)
Services déconcentrés de l'état (ARS, DREETS, préfecture) (Oui)	44 (20.0)
Collectivités territoriales (communauté d'agglomération, mairie, collectivité locale etc.) (Oui)	102 (47.0)
Services publics (CAF, CPAM, ..) (Oui)	15 (7.0)
Ambassade (Oui)	45 (21.0)
Elus (municipaux, départementaux, régionaux, ...) (Oui)	88 (41.0)

Caractéristiques	N (%) (N = 215)
Personnes relais (Oui)	
Type de collaboration	
- Mise en réseau	113 (52.6)
- Coopération	32 (14.9)
- Coordination	53 (24.6)
- Intégration	17 (7.9)
Lieux d'intervention	
Logement personnel (Oui)	151 (70.0)
Logement d'insertion (Oui)	97 (45.0)
Logement accompagné (Oui)	82 (38.0)
Logement médico-social (Oui)	68 (32.0)
Milieu carcéral (Oui)	13 (6.0)
Logement mobile (Oui)	43 (20.0)
Errance	137 (64.0)
Activités réalisées	
Diagnostic territoriale (Oui)	96 (45.0)
Alerte (Oui)	121 (56.0)
Tiers expertise (Oui)	78 (36.0)
Coordination/pilotage des actions de réponses (Oui)	75 (35.0)
Conception/évaluation (Oui)	110 (51.0)
Rencontre auprès du public (Oui)	168 (78.0)
Rencontre auprès des partenaires (Oui)	140 (65.0)
Orientation des publics (Oui)	193 (90.0)
Orientation des partenaires (Oui)	135 (63.0)
Accompagnement/ soutien à naviguer dans le système de santé (Oui)	175 (82.0)
Sensibilisation des partenaires (Oui)	68 (32.0)
Accompagnement numérique (Oui)	89 (42.0)

Tableau B : Poste des personnes en médiation en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%) (N = 215)
Financement du poste de médiateur en santé (multiple)	94 (49.0)
Contrat	
- Contrat à durée indéterminé	142 (66.0)
- Contrat à durée déterminé	69 (32.1)
o Durée < 1 an	31 (47.0)
o Durée 1-3 ans	31 (47.0)
o Durée 3 ans +	4 (6.0)
- Emploi aidé	3 (1.4)
- Vacataire	1 (0.5)
Temps de travail	
- Temps complet	151 (70.0)
- Temps partiel	64 (30.0)

Caractéristiques	N (%) (N = 215)
Taux horaire net médian (en euros)	11.1 (9.6, 12.7)
Salaire net médian (en euros)	1620 (1371, 1900)
Situation financière perçue	
- A l'aise	13 (6.0)
- C'est juste	80 (37.2)
- Ça va	72 (33.5)
- Difficile	37 (17.2)
- Impossible	13 (6.1)
Soutien professionnel par les collègues (Oui)	195 (91.0)
Soutien professionnel par l'encadrement (Oui)	173 (82.0)
Réunion d'équipe (Oui)	204 (95.0)
- < 1 fois/mois	13 (6.5)
- 1 fois/mois	35 (17.6)
- 1 fois/quinzaine	30 (15.1)
- 1 fois/semaine	121 (60.8)
Analyse de pratique (Oui)	146 (68.0)
- < 1 fois/trimestre	6 (4.6)
- 1 fois trimestre	37 (27.6)
- 1 fois/mois	71 (52.9)
- 1 fois/quinzaine	20 (14.9)

Tableau C : Perception dans le poste des personnes en médiation en santé. Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	N (%) N=215
Difficulté dans le poste (Oui)	60 (30.0)
Première difficulté perçue	
- <u>Effectif</u>	21 (41.2)
- Soutien	13 (25.5)
- Expérience	10 (19.6)
- Situation exceptionnelle	7 (13.7)
Deuxième difficulté perçue	
- <u>Soutien</u>	9 (41.0)
- Expérience	6 (27.0)
- Situation exceptionnelle	7 (32.0)
Troisième difficulté perçue	
- Soutien	4 (40.0)
- <u>Situation exceptionnelle</u>	6 (60.0)

Caractéristiques	N (%)
	N=215
Quatrième difficulté perçue	
- Situation exceptionnelle	2 (100.0)
Difficulté de collaboration avec les partenaires (Oui)	
Manque de communication (Oui)	181 (85.0)
Méconnaissance du métier de médiateur en santé (Oui)	101 (58.0)
Méconnaissance du rôle de médiateur en santé (Oui)	100 (57.0)
Sentiment de chevauchement des rôles (Oui)	61 (35.0)
Manque de reconnaissance (Oui)	63 (36.0)
Relation médecin-patient (Oui)	47 (27.0)
Sentiment de discrimination en lien avec le métier (Oui)	25 (14.0)
Sentiment de discrimination en lien avec le statut de pair (Oui)	16 (9.2)
Manque de moyen en général (Oui)	
Manque de véhicule (Oui)	104 (50.0)
Manque de moyen matériel (Oui)	26 (11.0)
Manque de moyen financier (Oui)	52 (24.0)
Sentiment d'auto-reconnaissance (Non)	52 (24.0)
Sentiment de reconnaissance en interne (Non)	35 (16.0)
Sentiment de reconnaissance auprès des publics (Non)	60 (28.0)
Sentiment de reconnaissance auprès des partenaires (Non)	37 (17.0)
Sentiment de reconnaissance auprès des partenaires (Non)	66 (31.0)
Sentiment de compétences reconnues en interne (Non)	60 (27.9)
Sentiment de compétences reconnues par les publics (Non)	37 (17.5)
Sentiment de compétences reconnues par les partenaires (Non)	66 (30.4)
Sentiment de respect de la place de tiers par les publics (Non)	52 (20.0)
Sentiment de respect de la place de tiers par les partenaires (Non)	43 (24.0)
Sentiment d'impact sur la qualité de vie des publics (Non)	35 (20.0)
Besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé (Oui)	153 (72.0)
Premier besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	
- Ecoute/soutien	25 (16.5)
- <u>Formation</u>	49 (32.4)
- Matériel	3 (2.0)
- Organisation	2 (1.4)
- Pérennité du poste	25 (16.5)
- Reconnaissance	5 (3.3)
- Ressource humaine	2 (1.4)
- Salaire	40 (26.5)
Deuxième besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	
- Ecoute/soutien	29 (20.7)
- Formation	43 (30.7)
- Matériel	2 (1.4)
- Organisation	2 (1.4)
- Pérennité du poste	23 (16.4)
- Reconnaissance	3 (2.1)
- <u>Salaire</u>	38 (27.3)

Caractéristiques	N (%)
	N=215
Troisième besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	
- <u>Ecoute/soutien</u>	30 (24.2)
- Formation	31 (25.0)
- Matériel	5 (4.0)
- Organisation	3 (2.4)
- Pérennité du poste	27 (21.8)
- Reconnaissance	2 (1.6)
- Ressource humaine	2 (1.6)
- Salaire	24 (19.0)

Annexe 7 : Cadre professionnel en fonction du statut pair ou non

Tableau A : Profil des personnes en médiation en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	MSNP (N = 124) [†]	NSP (N = 29) [†]	MSP (N = 62) [†]	p-value
Genre				0.001
- Féminin	97 (78.2)	18 (62.0)	33 (53.0)	
- Masculin	25 (20.2)	5 (17.0)	24 (39.0)	
- Autre	2 (1.6)	6 (21.0)	5 (8.0)	
Age (en années)	37 (30, 46)	38 (31, 50)	44 (35, 49)	0.03
Niveau d'études				
- <Bac	4 (3.2)	2 (6.9)	5 (8.1)	
- Bac	14 (11.3)	5 (17.2)	10 (16.1)	
- Bac +2	20 (16.2)	6 (20.7)	10 (16.1)	
- Bac +3	38 (30.6)	6 (20.7)	29 (46.8)	
- Bac +5 et plus	48 (38.7)	10 (34.5)	8 (12.9)	
Formation initiale				
Médicale (Oui)	8 (6.5)	1 (3.4)	0 (0.0)	0.1
Paramédicale (Oui)	25 (20.0)	1 (3.4)	4 (6.5)	0.008
Médico-sociale (Oui)	28 (23.0)	6 (21.0)	7 (11.0)	0.2
Santé publique (Oui)	9 (7.3)	9 (31.0)	9 (15.0)	0.003
Science humaines et sociales (Oui)	40 (32.0)	6 (21.0)	15 (24.0)	0.3
Droit (Oui)	5 (4.0)	2 (6.9)	3 (4.8)	0.7
Gestion (Oui)	7 (5.6)	4 (14.0)	8 (13.0)	0.11
Communication (Oui)	5 (4.0)	1 (3.4)	7 (11.0)	0.14
Tourisme (Oui)	0 (0.0)	1 (3.4)	2 (3.2)	0.11
Art (Oui)	0 (0.0)	2 (6.9)	7 (11.0)	<0.001
Sans formation (Oui)	3 (2.4)	0 (0.0)	2 (3.2)	>0.9
Nombre de formations initiales				0.3
- 1	111 (90.0)	24 (83.0)	57 (92.0)	
- 2	12 (9.7)	4 (14.0)	3 (4.8)	
- 3+	1 (0.8)	1 (3.4)	2 (3.2)	
Intitulé du poste précédent				
Administrateur	9 (8.1)	4 (14.0)	4 (7.3)	
Animateur	4 (3.6)	6 (21.0)	5 (9.1)	
Autre	4 (3.6)	4 (14.0)	21 (38.0)	
Chargé de projet	16 (14.0)	1 (3.4)	2 (3.6)	
Communication	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (1.8)	
Education	4 (3.6)	3 (10.0)	4 (7.3)	
Etudiant	3 (2.7)	1 (3.4)	0 (0.0)	
Gestion	2 (1.8)	3 (10.0)	3 (5.5)	
Médiateur en santé	15 (14.0)	3 (10.0)	7 (13.0)	
Responsable-coordonateur	10 (9.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Profession du secteur de la santé	19 (17.0)	2 (6.9)	2 (3.6)	
Professionnel du secteur social	19 (17.0)	1 (3.4)	5 (9.1)	
Intitulé du poste actuel				
Accompagnante éducatif	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	
Agent administratif	5 (4.0)	0 (0.0)	8 (13.0)	

Caractéristiques	MSNP (N = 124) ¹	NSP (N = 29) ¹	MSP (N = 62) ¹	p-value
Animateur	4 (3.2)	6 (21.0)	6 (9.7)	
Chargé de projet-mission	5 (4.0)	1 (3.6)	2 (3.2)	
Infirmier	13 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Intervenant RDR alcool Tabac	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Médiateur en santé	87 (67.0)	15 (54.0)	16 (26.0)	
Médiateur en santé numérique	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.2)	
Médiateur en santé pair	0 (0.0)	1 (3.6)	20 (32.0)	
Pair aidant	0 (0.0)	3 (11.0)	3 (4.8)	
Psychologue	2 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Responsable-coordonateur	4 (3.2)	1 (3.6)	1 (1.6)	
Travailleur social	6 (4.8)	0 (0.0)	1 (1.6)	
Terme médiation dans l'intitulé du poste (Oui)	96 (77%)	16 (57%)	39 (63%)	
Diplôme en médiation en santé (Oui)	23 (19%)	10 (34%)	31 (50%)	0.001
Formation continue en médiation en santé (Oui)	16 (13%)	5 (18%)	21 (35%)	0.003
Formation continue certifiante (Oui)	6 (38%)	4 (67%)	17 (85%)	0.01
Evolution de salaire (Oui)	25 (23%)	6 (21%)	21 (38%)	0.1
Ancienneté (en année)	2.0 (1.0, 4.0)	2.0 (1.0, 3.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.9

¹ n (%); Median (IQR)

Tableau B : Cadre d'exercice des personnes en médiation en santé en fonction du statut pair ou non. Etude C-pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	MSNP (N = 124) [†]	NSP (N = 29) [†]	MSP (N = 62) [†]	P-valeur
Statut juridique de la structure				
- Association	87 (73)	23 (82)	30 (48)	
- Collectivité territoriale	5 (4.2)	1 (3.6)	2 (3.2)	
- Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	3 (2.5)	1 (3.6)	0 (0.0)	
- Etablissement public de santé	14 (12)	2 (7.1)	24 (39)	
- Etablissement public à caractère administratif	4 (3.3)	1 (3.6)	0 (0.0)	
- Fondation	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.8)	
- GCSMS	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.8)	
- Maison de santé	5 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Mutuelle	2 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Statut_str				
Catégorie de structure				
- Action en santé	46 (41.0)	16 (57.0)	10 (19.0)	
- Activité de soins	5 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Centre de santé/maison de santé	17 (15)	1 (3.6)	2 (3.8)	
- Centre social	10 (8.9)	1 (3.6)	0 (0.0)	
- CCAS	4 (3.6)	1 (3.6)	0 (0.0)	
- Etablissement de santé	14 (12.0)	2 (7.1)	22 (42.0)	
- Etablissement médico-social	3 (2.7)	2 (7.1)	18 (34.0)	
- Etablissement social	9 (8.0)	4 (14.0)	0 (0.0)	
- Autres	4 (3.6)	1 (3.6)	1 (1.9)	
Population d'intervention				
Migrant (Oui)	76 (64.0)	20 (71.0)	38 (64.0)	0.8
Mineurs (Oui)	28 (24.0)	11 (39.0)	18 (30.0)	0.2
Gens du voyage (Oui)	19 (16.0)	6 (21.0)	12 (19.0)	0.7
LGBTQI (Oui)	30 (25.0)	9 (32.0)	20 (32.0)	0.5
Travailleurs.es du sexe (Oui)	31 (26.0)	11 (41.0)	20 (32.0)	0.3
Personnes consommatrices de substances psychoactives (Oui)	60 (49.0)	16 (57.0)	34 (55.0)	0.6
Sans domicile (Oui)	63 (52.0)	17 (61.0)	34 (55.0)	0.7
Sous-main de justice (Oui)	24 (20.0)	6 (21.0)	12 (19.0)	>0.9
Personne vivant en milieu carcéral (Oui)	25 (20.0)	6 (21.0)	15 (24.0)	0.8
Personne vivant en milieu carcéral (Oui)	65 (53.0)	17 (61.0)	31 (50.0)	0.6
Personne suivie pour santé mentale (Oui)	36 (29.0)	12 (43.0)	22 (35.0)	0.3
Autres (Oui) :	32 (88.3)	11 (92.0)	22 (100.0)	
- Tous publics vulnérables	4 (11.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Roms	0 (0.0)	1 (8.0)	0 (0.0)	
- Personnes vivant en milieu rural				
Partenaires				
Professionnel de santé (Oui)	119 (96.0)	28 (97.0)	57 (92.0)	0.6
Travailleur social (Oui)	113 (92.0)	26 (90.0)	61 (98.0)	0.1
Services déconcentrés de l'état (ARS, DREETS, préfecture) (Oui)	22 (18.0)	5 (17.0)	17 (27.0)	0.3
Collectivités territoriales (communauté d'agglomération, mairie, collectivité locale etc.) (Oui)	53 (43.0)	14 (48.0)	35 (56.0)	0.2
Services publics (CPAM, CAF, ...) (Oui)	74 (60.0)	22 (76.0)	45 (73.0)	0.1
Ambassade	8 (6.5)	3 (10.0)	4 (6.5)	0.7
Elus (municipaux, départementaux, régionaux, ...) (Oui)	19 (15.0)	8 (28.0)	18 (29.0)	0.06
Personnes relais	52 (43.0)	9 (31.0)	27 (44.0)	0.5

Caractéristiques	MSNP (N = 124) ¹	NSP (N = 29) ¹	MSP (N = 62) ¹	P-valeur
Type de collaboration				0.2
- Mise en réseau	65 (52.4)	14 (48.3)	34 (54.8)	
- Coopération	20 (16.1)	2 (6.9)	10 (16.1)	
- Coordination	27 (21.8)	9 (31.0)	17 (27.4)	
- Intégration	12 (9.7)	4 (13.8)	1 (1.7)	
Lieux d'intervention				
Logement personnel (Oui)	82 (66.0)	23 (79.0)	46 (74.0)	0.3
Logement d'insertion (Oui)	58 (47.0)	10 (34.0)	29 (47.0)	0.5
Logement accompagné (Oui)	54 (44.0)	11 (38.0)	17 (27.0)	0.1
Logement médico-social (Oui)	39 (31.0)	9 (31.0)	20 (32.0)	>0.9
Milieu carcéral (Oui)	5 (4.0)	4 (14.0)	4 (6.5)	0.1
Logement mobile (Oui)	22 (18.0)	7 (24.0)	14 (23.0)	0.6
Errance	76 (61.0)	20 (69.0)	41 (66.0)	0.7
Activités réalisées				
Diagnostic territoriale (Oui)	53 (43.0)	15 (52.0)	28 (45.0)	0.7
Alerte (Oui)	68 (55.0)	15 (52.0)	38 (61.0)	0.6
Tiers expertise (Oui)	44 (35.0)	10 (34.0)	24 (39.0)	0.9
Coordination/pilotage des actions de réponses (Oui)	43 (35.0)	9 (31.0)	23 (37.0)	0.8
Conception/évaluation (Oui)	66 (53.0)	10 (34.0)	34 (55.0)	0.2
Rencontre auprès du public (Oui)	97 (78.0)	22 (76.0)	49 (79.0)	>0.9
Rencontre auprès des partenaires (Oui)	81 (65.0)	22 (76.0)	37 (60.0)	0.3
Orientation des publics (Oui)	114 (92.0)	25 (86.0)	54 (87.0)	0.4
Orientation des partenaires (Oui)	81 (65.0)	19 (68.0)	35 (56.0)	0.5
Accompagnement/ soutien à naviguer dans le système de santé (Oui)	106 (86.0)	19 (68.0)	50 (81.0)	0.07
Sensibilisation des partenaires (Oui)	45 (37.0)	8 (28.0)	15 (24.0)	0.2
Accompagnement numérique (Oui)	49 (40.0)	11 (38.0)	29 (47.0)	0.6
Autres (Recherche)	2 (1.6)	2 (6.9)	0 (0.0)	0.07

¹ n (%); Median (IQR)

Tableau C : Poste des personnes en médiation en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	MSNP (N = 124) ¹	NSP (N = 29) ¹	MSP (N = 62) ¹	P-valeur
Financement poste de médiation en santé (Multiple)	64 (57.0)	19 (68.0)	11 (21.0)	< 0.001
Contrat				0.005
- Contrat à durée indéterminé	93 (75.0)	14 (48.3)	35 (56.5)	
- Contrat à durée déterminé	28 (22.6)	14 (48.3)	27 (43.5)	
- Emploi aidé	2 (1.6)	1 (3.4)	0 (0.0)	
- Vacataire	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Temps de travail				0.002
- Temps complet	96 (77.4)	22 (75.9)	33 (53.2)	
- Temps partiel	28 (22.6)	7 (24.1)	29 (46.8)	
Taux horaire net (en euro)	11.4 (10.1, 13.1)	10.16 (8.8, 11.1)	10.8 (9.5, 11.7)	0.002
Salaire net médian (en euros)	1742 (1496 ; 2000)	1600 (1300 ; 1750)	1460 (1100 ; 1750)	< 0.001
Situation financière perçue				
- A l'aise	9 (7.3)	2 (6.9)	2 (3.2)	
- C'est juste	49 (39.5)	10 (34.5)	21 (33.9)	
- Ça va	45 (36.3)	4 (13.8)	23 (37.1)	
- Difficile	17 (13.7)	7 (24.1)	13 (21.0)	
- Impossible	4 (3.2)	6 (20.7)	3 (4.8)	
Soutien par les collègues (Oui)	111 (90.0)	27 (93.0)	57 (93.0)	0.7
Soutien par l'encadrement (Oui)	97 (80.0)	21 (75.0)	55 (90.0)	0.1
Réunion d'équipe (Oui)	115 (93.0)	29 (100.0)	60 (97.0)	0.4
- < 1 fois/mois	6 (5.2)	1 (3.4)	6 (10.3)	0.9
- 1 fois/mois	19 (16.5)	6 (20.7)	10 (17.3)	
- 1 fois/quinzaine	16 (13.9)	5 (17.3)	9 (15.5)	
- 1 fois/semaine	71 (61.7)	17 (58.6)	33 (56.9)	
Analyse de pratique (Oui)	82 (66.0)	21 (75.0)	43 (69.0)	0.6
- < 1 fois/trimestre	3 (4.0)	1 (4.8)	2 (5.3)	0.5
- 1 fois trimestre	23 (30.6)	4 (19.0)	10 (26.3)	
- 1 fois/mois	38 (50.7)	10 (47.6)	23 (60.5)	
- 1 fois/quinzaine	11 (14.7)	6 (28.6)	3 (7.9)	

¹ n (%)

Tableau D : Perception dans le poste des personnes en médiation en santé en fonction du statut pair (MSP) ou non (MSNP). Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	MSNP (N = 124) [†]	NSP (N = 29) [†]	MSP (N = 62) [†]	P-valeur
Difficulté dans le poste (Oui)	37 (30%)	6 (21%)	17 (27%)	0.6
Première difficulté perçue				
- Effectif	15 (48.5)	3 (60.0)	3 (20.0)	
- Soutien	4 (12.9)	1 (20.0)	8 (53.3)	
- Expérience	6 (19.3)	1 (20.0)	3 (20.0)	
- Situation exceptionnelle	6 (19.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	
Deuxième difficulté perçue				
- Soutien	6 (37.6)	2 (50.0)	2 (100.0)	
- Expérience	5 (31.2)	1 (25.0)	0 (0.0)	
- Situation exceptionnelle	5 (31.2)	1 (25.0)	0 (0.0)	
Troisième difficulté perçue				
- Soutien	3 (37.5)	1 (50.0)	0 (0.0)	
- Situation exceptionnelle	5 (62.5)	1 (50.0)	0 (0.0)	
Quatrième difficulté perçue				
- Situation exceptionnelle	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Difficulté de collaboration avec les partenaires (Oui)	103 (88.0)	22 (76.0)	56 (90.0)	0.2
Manque de communication (Oui)	57 (55.0)	13 (57.0)	31 (65.0)	0.6
Méconnaissance du métier de médiateur en santé (Oui)	57 (55.0)	12 (52.0)	31 (65.0)	0.5
Méconnaissance du rôle de médiateur en santé (Oui)	59 (57.0)	12 (52.0)	29 (60.0)	0.8
Sentiment de chevauchement des rôles (Oui)	32 (31.0)	4 (17.0)	25 (52.0)	0.007
Manque de reconnaissance (Oui)	35 (34.0)	9 (39.0)	19 (40.0)	0.8
Relation médecin-patient (Oui)	25 (24.0)	9 (39.0)	13 (27.0)	0.3
Sentiment de discrimination en lien avec le métier (Oui)	12 (12.0)	7 (30.0)	6 (12.0)	0.090
Sentiment de discrimination en lien avec le statut (Oui)	8 (7.8)	3 (13.0)	5 (10.0)	0.6
Manque de moyen en général (Oui)	62 (51.0)	15 (52.0)	27 (44.0)	0.6
Manque de véhicule (Oui)	12 (9.7)	5 (17.0)	9 (15.0)	0.4
Manque de moyen matériel (Oui)	30 (24.0)	9 (31.0)	13 (21.0)	0.6
Manque de moyen financier (Oui)	29 (25.0)	5 (17.0)	18 (29.0)	0.4
Sentiment d'auto-reconnaissance (Non)	21 (17.0)	5 (17.0)	8 (13.0)	0.8
Sentiment de reconnaissance en interne (Non)	33 (27.0)	9 (31.0)	18 (29.0)	0.9
Sentiment de reconnaissance auprès du public (Non)	22 (18.0)	4 (14.0)	11 (18.0)	> 0.9
Sentiment de reconnaissance auprès des partenaires (Non)	40 (32.0)	4 (14.0)	22 (35.0)	0.1
Sentiment de compétences reconnues en interne (Non)	33 (26.4)	9 (31.0)	18 (28.6)	0.3
Sentiment de compétences reconnues par les publics (Non)	22 (17.8)	4 (14.0)	11 (18.0)	
Sentiment de compétences reconnues par les partenaires (Non)	40 (32.6)	4 (14.0)	22 (35.6)	
Sentiment de respect de la place de tiers par les publics (Non)	27 (22.0)	4 (14.0)	12 (19.0)	0.6
	30 (24.0)	1 (3.4)	21 (34.0)	0.007

Caractéristiques	MSNP (N = 124) ¹	NSP (N = 29) ¹	MSP (N = 62) ¹	P-valeur
Sentiment de respect de la place de tiers par les partenaires (Non)				
Sentiment d'impact sur la qualité de vie des publics (Non)	29 (24.0)	3 (10.0)	11 (18.0)	0.2
Besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé (Oui)	89 (74%)	22 (76%)	42 (68%)	0.6
Premier besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	12 (13.6)	3 (13.7)	10 (24.4)	
- Ecoute/soutien	24 (27.3)	10 (45.4)	15 (36.6)	
- Formation	3 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Matériel	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Organisation	14 (15.9)	2 (9.1)	9 (21.9)	
- Pérennité du poste	4 (4.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	
- Reconnaissance	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Ressource humaine	27 (30.7)	6 (27.3)	7 (17.1)	
- Salaire				
Deuxième besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	18 (22.0)	5 (24.0)	6 (16.2)	
- Ecoute/soutien	23 (28.0)	5 (24.0)	15 (40.5)	
- Formation	2 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Matériel	2 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Organisation	12 (15.0)	5 (24.0)	6 (16.2)	
- Pérennité du poste	3 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Reconnaissance	22 (27.0)	6 (28.0)	10 (27.1)	
- Salaire				
Troisième besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé	16 (23.5)	4 (21.1)	10 (27.0)	
- Ecoute/soutien	19 (27.9)	5 (26.3)	7 (19.0)	
- Formation	1 (1.5)	2 (10.5)	2 (5.3)	
- Matériel	1 (1.5)	1 (5.3)	1 (2.7)	
- Organisation	15 (22.0)	3 (15.8)	9 (24.0)	
- Pérennité du poste	2 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
- Reconnaissance	0 (0.0)	2 (10.5)	0 (0.0)	
- Ressource humaine	14 (20.7)	2 (10.5)	8 (22.0)	
- Salaire				

¹ n (%); Median (IQR)

Annexe 8 : Cadre professionnel en fonction de la catégorie de la structure employeuse

Tableau A : Profil des médiateurs.ices en santé en fonction du type de structure d'exercice. Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	Action en santé (Asa) (N = 73) N(%)	Action sociale (Aso) (N = 21) N(%)	Etab. de santé (Esa) (N = 63) N(%)	Etab. Social (Eso) (N = 36) N(%)	p-value
Genre					0.2
-Féminin	4/73 (65.7)	15 (71.0)	50 (79.4)	23(64.0)	
-Masculin	18/73 (24.7)	6 (29.0)	12 (19.0)	9(25.0)	
-Autre	7/73 (9.6)	0 (0.0)	1 (1.6)	4(11.0)	
Age* (en années)	36 (30, 46)	37 (28, 40)	41 (34, 50)	41 (34, 49)	0.13
Niveau d'études					
-<Bac	2/73 (2.7)	1/21 (4.8)	4/63 (6.3)	3/36 (8.3)	
-Bac	12/73 (16.4)	3/21 (14.3)	7/63 (11.1)	4/36 (11.1)	
-Bac +2	13/73 (17.7)	3/21 (14.3)	12/63 (19.1)	4/36 (11.1)	
-Bac +3	17/73 (23.3)	5/21 (23.8)	22/63 (34.9)	19/36 (52.8)	
-Bac +5 et plus	29/73 (39.7)	9/21 (42.9)	18/63 (28.6)	6/36 (16.7)	
Formation initiale					
Médicale (Oui)	3 (4.1)	1 (4.8)	2 (3.2)	1 (2.8)	>0.9
Paramédicale (Oui)	5 (6.8)	7 (33.0)	5 (7.9)	7 (19.0)	0.006
Médico-sociale (Oui)	13 (18.0)	4 (19.0)	10 (16.0)	7 (19.0)	>0.9
Santé publique (Oui)	8 (11.0)	4 (19.0)	7 (11.0)	4 (11.0)	0.7
Sciences humaines et sociales (Oui)	21 (29.0)	5 (24.0)	21 (33.0)	8 (22.0)	0.6
Droit (Oui)	7 (9.6)	1 (4.8)	1 (1.6)	0 (0.0)	0.08
Gestion (Oui)	8 (11.0)	1 (4.8)	6 (9.5)	3 (8.3)	>0.9
Communication (Oui)	3 (4.1)	0 (0.0)	6 (9.5)	3 (8.3)	0.4
Tourisme (Oui)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	2 (5.6)	0.08
Art (Oui)	3 (4.1)	0 (0.0)	2 (3.2)	4 (11.0)	0.3
Sans formation (Oui)	2 (2.7)	1 (4.8)	1 (1.6)	0 (0.0)	0.6
Intitulé du poste précédent					
Administrateur	7/67 (10.5)	1/19 (5.3)	6/59 (10.2)	2/31 (6.5)	
Animateur	6/67 (8.7)	2/19 (10.5)	3/59 (5.1)	4/31 (12.9)	
Chargé de projet	9/67 (13.5)	3/19 (15.8)	4/59 (6.8)	2/31 (6.5)	
Communication	1/67 (1.5)	0/19 (0.0)	1/59 (1.7)	0/31 (0.0)	
Education	2/67 (3.0)	1/19 (5.3)	4/59 (6.8)	3/31 (9.7)	
Gestion	4/67 (6.0)	1/19 (5.3)	1/59 (1.7)	2/31 (6.5)	
Médiateur en santé	9/67 (13.5)	4/19 (21.1)	10/59 (17.0)	0/31 (0.0)	

Responsable-coordonateur	2/67 (3.0)	2/19 (10.5)	2/59 (3.4)	0/31 (0.0)	
Professionnel du secteur de la santé	7/67 (10.5)	5/19 (26.32)	6/59 (10.2)	5/31 (16.0)	
Professionnel du secteur social	6/67 (8.7)	0/19 (0.0)	10/59 (17.0)	4/31 (12.9)	
Etudiant	2/67 (3.0)	0/19 (0.0)	2/59 (3.4)	0/31 (0.0)	
Sans emploi	2/67 (3.0)	0/19 (0.0)	3/59 (5.1)	2/31 (6.5)	
Autre	10/67 (15.1)	0/19 (0.0)	7/59 (12.0)	7/31 (22.5)	
Intitulé du poste actuel					
Accompagnante éducatif	0/72 (0.0)	0/21 (0.0)	0/63 (0.0)	1/36 (2.8)	
Agent administratif	0/72 (0.0)	0/21 (0.0)	13/63 (20.6)	0/36 (0.0)	
Animateur	7/72 (9.7)	0/21 (0.0)	0/63 (0.0)	6/36 (16.7)	
Chargé de projet-mission	3/72 (4.2)	1/21 (4.7)	1/63 (1.6)	0/36 (0.0)	
Infirmier	2/72 (2.8)	5/21 (23.8)	3/63 (4.8)	2/36 (5.6)	
Intervenant RDR alcool Tabac	0/72 (0.0)	0/21 (0.0)	0/63 (0.0)	1/36 (2.8)	
Médiateur en santé	51/72 (70.7)	14/21 (66.8)	31/63 (49.1)	8/36 (22.2)	
Médiateur en santé numérique	2/72 (2.8)	0/21 (0.0)	0/63 (0.0)	0/36 (0.0)	
Médiateur en santé pair	1/72 (1.4)	0/21 (0.0)	10/63 (15.9)	7/36 (19.4)	
Pair aidant	1/72 (1.4)	0/21 (0.0)	2/63 (3.2)	3/36 (8.3)	
Psychologue	0/72 (0.0)	0/21 (0.0)	2/63 (3.2)	0/36 (0.0)	
Responsable-coordonateur	2/72 (2.8)	1/21 (4.7)	0/63 (0.0)	1/36 (2.8)	
Travailleur social	2/72 (2.8)	0/21 (0.0)	1/63 (1.6)	4/36 (11.1)	
Autre	1/72 (1.4)	0/21 (0.0)	0/63 (0.0)	3/36 (8.3)	
Terme médiation dans l'intitulé du poste (Oui)	55/72 (76.4)	17/21 (81.0)	48/63 (76.2)	16/36 (44.4)	0.002
Perception de pair (Oui)	10/73 (13.7)	1/21 (4.8)	24/63 (38.1)	18/36 (50.0)	
Diplôme en médiation en santé (Oui)	18/73 (24.7)	1/21 (4.8)	26/63 (41.3)	9/36 (25.0)	0.008
Formation continue en médiation en santé (Oui)	9/73 (12.3)	5/21 (23.8)	16/63 (25.4)	11/36 (30.6)	0.10
Formation continue certifiante (Oui)	6/9 (66.7)	1/5 (20.0)	10/16 (62.5)	9/11 (81.8)	0.14
Evolution de salaire (Oui)	17/68 (25.0)	5/21 (23.8)	15/58 (25.9)	8/28 (28.6)	>0.9

* Médiane (IQR)

Tableau B : Cadre d'exercice des médiateurs.ices en santé en fonction du type de structure d'exercice. Etude C-pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	Action en	Action sociale	Etab. de santé	Etab. Social	P-value
	santé (Asa) (N = 73) N(%)	(Aso) (N = 21) N(%)	(Esa) (N = 63) N(%)	(Eso) (N = 36) N(%)	
Statut juridique de la structure					
-Association	65/73 (89.0)	15/21 (71.4)	16/62 (25.8)	31/36 (86.0)	
-Collectivité territoriale	1/73 (1.4)	1/21 (0.0)	3/62 (4.8)	0/36 (0.0)	
-Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	4/73 (5.4)	0/21 (4.8)	0/62 (0.0)	0/36 (0.0)	
-Etablissement public de santé	0/73 (0.0)	0/21 (0.0)	38/62 (61.3)	2/36 (5.6)	
-Etablissement public à caractère administratif	0/73 (0.0)	5/21 (23.8)	0/62 (0.0)	0/36 (0.0)	
-Fondation	1/73 (1.4)	0/21 (0.0)	0/62 (0.0)	1/36 (2.8)	
-GCSMS	1/73 (1.4)	0/21 (0.0)	0/62 (0.0)	2/36 (5.6)	
-Maison de santé	0/73 (0.0)	0/21 (0.0)	5/62 (8.1)	0/36 (0.0)	
-Mutuelle	1/73 (1.4)	0/21 (0.0)	0/62 (0.0)	0/36 (0.0)	
Population d'intervention					
Migrant (Oui)	44/70 (60.2)	15/20 (71.4)	41/62 (62.1)	18/33 (50.0)	0.5
Mineurs (Oui)	14/71 (19.2)	7/20 (33.3)	18/62 (28.6)	10/33 (27.8)	0.4
Gens du voyage (Oui)	13/72 (17.8)	4/21 (19.0)	9/63 (14.3)	7/36 (19.4)	0.9
LGBTQI (Oui)	16/72 (21.9)	8/21 (38.1)	24/63 (38.1)	7/35 (19.4)	0.09
Travailleurs.es du sexe (Oui)	19/71 (26.0)	7/21 (33.3)	24/63 (38.1)	7/34 (19.4)	0.3
Personnes consommatrices de substances psychoactives (Oui)	40/72 (54.8)	10/21 (47.6)	39/63 (61.9)	11/35 (30.6)	0.03
Sans domicile (Oui)	36/72 (49.3)	13/21 (61.9)	35/63 (55.6)	18/35 (50.0)	0.8
Sous-main de justice (Oui)	13/72 (17.8)	4/21 (19.0)	13/63 (20.6)	7/35 (19.4)	>0.9
Personne vivant en milieu carcéral (Oui)	14/72 (19.2)	8/21 (38.1)	14/63 (22.2)	5/35 (13.9)	0.2
Personne suivie pour santé mentale (Oui)	46/73 (63.0)	9/21 (42.9)	36/63 (57.1)	14/35 (38.9)	0.09
Lieux d'intervention					
Logement personnel (Oui)	51/73 (69.9)	15/21 (71.4)	44/63 (69.8)	22/36 (61.1)	0.8
Logement d'insertion (Oui)	31/72 (42.5)	12/21 (57.1)	32/63 (50.8)	12/36 (33.3)	0.2
Logement accompagné (Oui)	29/73 (39.7)	8/21 (38.1)	26/63 (41.3)	13/36 (36.1)	>0.9
Logement médico-social (Oui)	26/73 (35.6)	7/21 (33.3)	23/63 (36.5)	8/36 (22.2)	0.5
Milieu carcéral (Oui)	7/73 (9.6)	1/21 (4.8)	0/63 (0.0)	5/36 (13.9)	0.01
Logement mobile (Oui)	12/73 (16.4)	4/21 (19.0)	13/63 (20.6)	10/36 (27.8)	0.6
Errance	44/73 (60.3)	16/21 (76.2)	43/63 (68.3)	22/36 (61.1)	0.5
Activités réalisées					
Diagnostic territoriale (Oui)	26/73 (36.0)	13/21 (62.0)	32/63 (51.0)	21/36 (58.0)	0.1
Alerte (Oui)	36/73 (49.0)	11/21 (52.0)	39/63 (62.0)	26/36 (72.0)	0.1
Tiers expertise (Oui)	25/73 (34.0)	6/21 (29.0)	31/63 (49.0)	8/36 (22.0)	0.04
Coordination/pilotage des actions de réponses (Oui)	21/73 (29.0)	8/21 (38.0)	22/63 (35.0)	13/36 (36.0)	0.8

Conception/évaluation (Oui)	33/73 (45.0)	10/21 (48.0)	37/63 (59.0)	17/36 (47.0)	0.4
Rencontre du public (Oui)	55/73 (75.0)	16/21 (76.0)	53/63 (84.0)	28/36 (78.0)	0.6
Rencontre des partenaires (Oui)	45/73 (62.0)	16/21 (76.0)	44/63 (70.0)	22/36 (61.0)	0.5
Orientation des publics (Oui)	66/73 (90.0)	19/21 (90.0)	58/63 (92.0)	30/36 (83.0)	0.6
Orientation des partenaires (Oui)	43/73 (59.0)	13/21 (62.0)	42/63 (67.0)	21/36 (58.0)	0.8
Accompagnement/ soutien à naviguer dans le système de santé (Oui)	58/73 (82.0)	17/21 (81.0)	54/63 (86.0)	26/36 (72.0)	0.4
Formation des partenaires (Oui)	19/72 (26.0)	7/21 (33.0)	23/63 (37.0)	13/36 (36.0)	0.6
Accompagnement numérique (Oui)	32/72 (44.0)	8/21 (38.0)	28/63 (44.0)	13/36 (36.0)	0.8
Partenaires					
Professionnel de santé (Oui)	73 /73 (100.0)	21/21 (100.0)	58/63 (92.0)	33/36 (92.0)	0.02
Travailleur social (Oui)	65/73 (90.0)	20/21 (95.0)	60/63 (95.0)	34/36 (94.0)	0.8
Services déconcentrés de l'état (ARS, DREETS, préfecture) (Oui)	14/73 (19.0)	3/21 (14.0)	13/63 (21.0)	11/36 (31.0)	0.5
Collectivités territoriales (communauté d'agglomération, mairie, collectivité locale etc.) (Oui)	30/73 (41.0)	7/21 (33.0)	40/63 (63.0)	16/36 (44.0)	0.02
Services publics (CPAM, CAF, ...) (Oui)	45/73 (62.0)	11/21 (52.0)	46/63 (73.0)	24/36 (67.0)	0.3
Ambassade	4/73 (5.5)	1/21 (4.8)	7/63 (11.1)	3 (8.3)	0.7
Elus (municipaux, départementaux, régionaux, ...) (Oui)	12/73 (16.0)	2/21 (9.5)	17/63 (27.0)	11/36 (31.0)	0.1
Personnes relais	23/73 (32.0)	8/21 (38.0)	31/63 (49.0)	17/36 (47.0)	0.2
Type de collaboration					
-Mise en réseau	36/73 (49.3)	9/21 (42.8)	36/63 (57.2)	22/36 (61.1)	
-Coordination	23/73 (31.5)	3/21 (14.3)	9/63 (14.3)	9/36 (25.0)	
-Coopération	7 /73 (9.6)	5/21 (23.8)	13/63 (20.6)	5/36 (13.9)	
-Intégration	7/73 (9.6)	4/21 (19.1)	5/63 (7.9)	0/36 (0.0)	

Tableau C : Description du poste des médiateurs.ices en santé en fonction du type de structure d'exercice. Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	Action en santé	Action sociale	Etab. de santé	Etab. Social	p-value
	(Asa) (N = 73) N(%)	(Aso) (N = 21) N(%)	(Esa) (N = 63) N(%)	(Eso) (N = 36) N(%)	
Financement poste de médiation en santé (Multiple)	73/73 (100.0)	21/21 (100.0)	0/63 (0.0)	0/36 (0.0)	< 0.001
Contrat					0.3
-Contrat à durée indéterminé (CDI)	48/73 (65.8)	16/21 (76.2)	39/63 (61.9)	22/36 (61.1)	
-Contrat à durée déterminée (CDD)	23/73 (31.5)	4/21 (19.0)	24/63 (38.1)	13/36 (36.1)	
-Emploi aidé	2/73 (2.7)	1/21 (4.8)	0/63 (0.0)	0/36 (0.0)	
-Vacataire	0/73 (0.0)	0/21 (0.0)	0/63 (0.0)	1/36 (2.8)	
Ancienneté* (en années)	2.0 (1.0-4.0)	1 (0.5-1)	2.0 (1.0-4.0)	1.0 (1.0-3.0)	0.009
Temps de travail					0.005
-Temps complet	56/73 (77.0)	16/21 (76.0)	45/63 (71.0)	16/36 (44.0)	
-Temps partiel	17/73 (23.0)	5/21 (24.0)	18/63 (29.0)	20/36 (56.0)	
Taux horaire net* (en euro)	10.2 (9.4-11.4)	10.7 (9.6-12.1)	12.2 (10.9-13.6)	11.1 (10.1-11.7)	<0.001
Salaire net médian* (en euros)	1,602 (1,473-1,792)	1,680 (1,514-1,900)	1,923 (1,713-2,149)	1,750 (1,593-1,800)	< 0.001
Situation financière perçue					
- A l'aise	1/73 (1.4)	1/21 (4.8)	7/63 (11.1)	2/36 (5.6)	
- Ça va	24/73 (32.9)	4/21 (19.0)	22/63 (34.9)	15/36 (41.6)	
- C'est juste	28/73 (38.3)	13/21 (61.9)	22/63 (34.9)	11/36 (30.6)	
- Difficile	12/73 (16.4)	3/21 (14.3)	12/63 (19.1)	5/36 (13.9)	
- Impossible	8/73 (11.0)	1/21 (0.0)	0/63 (0.0)	3/36 (8.3)	
Soutien par les collègues (Oui)	67/73 (92.0)	19/21 (90.0)	56/63 (89.0)	32/35 (91.0)	>0.9
Soutien par l'encadrement (Oui)	57/71 (80.0)	16/21 (76.0)	56/62 (90.0)	26/34 (76.0)	0.2
Réunion d'équipe (Oui)	71/73 (97.3)	18/20 (90.0)	58/63 (92.1)	36/36 (100.0)	0.1
- < 1 fois/mois	4/71 (5.6)	1/16 (6.3)	5/57 (8.8)	2/35 (5.7)	
- 1 fois/mois	12/71 (16.9)	3/16 (18.7)	11/57 (19.3)	7/35 (20.0)	
- 1 fois/quinzaine	12/71 (16.9)	0/16 (0.0)	10/57 (17.5)	4/35 (11.4)	
- 1 fois/semaine	43/71 (60.6)	12/16 (75.0)	31/57 (54.4)	22/35 (62.9)	
Analyse de pratique (Oui)	50/73 (71.4)	14/21 (66.7)	40/63 (63.5)	26/35 (74.3)	0.7
- < 1 fois/trimestre	1/47 (2.1)	1/11 (9.1)	2/37 (5.4)	2/24 (8.3)	
- 1 fois trimestre	16/47 (34.0)	2/11 (18.2)	11/37 (29.7)	4/24 (16.7)	
- 1 fois/mois	22/47 (46.9)	6/11 (54.5)	20/37 (54.1)	14/24 (58.3)	
- 1 fois/quinzaine	8/47 (17.0)	2/11 (18.2)	4/37 (10.8)	4/24 (16.7)	

* Médiane (IQR)

Tableau D : Perception du poste par les médiateurs.ices en santé en fonction du type de structure d'exercice. Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	Action en santé	Action sociale	Etab. de santé	Etab. Social	p-value
	(Asa) (N = 73) N(%)	(Aso) (N = 21) N(%)	(Esa) (N = 63) N(%)	(Eso) (N = 36) N(%)	
Difficulté dans le poste (Oui)	18/73 (24.7)	8/21 (38.1)	20/63 (31.7)	8/36 (22.2)	0.5
Première difficulté perçue					
- Effectif	8/14 (57.2)	2/7 (28.6)	4/19 (21.1)	4/6 (66.6)	0.2
- Soutien	2/14 (14.3)	1/7 (14.2)	8/19 (42.1)	1/6 (16.7)	
- Expérience	3/14 (21.4)	2/7 (28.6)	4/19 (21.1)	0/6 (0.0)	
- Situation exceptionnelle	1/14 (7.1)	2/7 (28.6)	3/19 (15.7)	0/6 (0.0)	
- Autre	0/14 (0.0)	0/7 (0.0)	0/19 (0.0)	1/6 (16.7)	
Manque de moyen en général (Oui)	35/72 (48.6)	12/21 (57.1)	34/63 (54.0)	12/36 (33.3)	0.2
Manque de véhicule (Oui)	11/73 (15.1)	2/21 (9.5)	8/63 (12.7)	1/36 (2.8)	0.3
Manque de moyen matériel (Oui)	16/73 (21.9)	4/21 (19.0)	21/63 (33.3)	8/36 (22.2)	0.4
Manque de moyen financier (Oui)	18/73 (24.6)	4/21 (19.0)	21/63 (33.3)	4/36 (11.1)	0.1
Difficulté de collaboration avec les partenaires (Oui)	10/73 (13.7)	4/21 (19.0)	13/63 (20.6)	6/36 (16.7)	0.7
Manque de communication (Oui)	28/56 (50.0)	15/21 (71.4)	35/63 (55.6)	17/36 (47.2)	0.3
Méconnaissance du métier de médiateur en santé (Oui)	26/56 (46.2)	9/21 (42.9)	44/56 (78.6)	13/26 (50.0)	0.001
Méconnaissance du rôle de médiateur en santé (Oui)	27/56 (48.2)	12/21 (57.1)	40/56 (71.4)	16/26 (61.5)	0.1
Sentiment de chevauchement des rôles (Oui)	15/56 (26.8)	7/21 (33.3)	26/56 (46.4)	8/26 (30.8)	0.2
Manque de reconnaissance (Oui)	14/56 (25.0)	5/21 (23.8)	31/56 (55.4)	10/26 (38.5)	0.005
Relation médecin-patient (Oui)	15/56 (26.8)	4/21 (19.0)	18/56 (32.1)	8/26 (30.8)	0.7
Sentiment de discrimination en lien avec le métier (Oui)	8/56 (14.3)	1/21 (4.8)	9/56 (16.1)	3/26 (11.5)	0.4
Sentiment de discrimination en lien avec le statut (Oui)	4/56 (7.1)	0/21 (0.0)	9/56 (16.1)	3/26 (11.5)	0.2
Sentiment d'auto-reconnaissance (Non)	11/73 (15.1)	2/21 (9.5)	12/63 (19.0)	6/36 (16.7)	0.8
Sentiment de reconnaissance en interne (Non)	19/73 (26.0)	5/21 (23.8)	17/63 (27.0)	12/36 (33.3)	0.8
Sentiment de reconnaissance auprès du public (Non)	10/73 (13.7)	3/21 (14.3)	18/63 (28.6)	4/36 (11.1)	0.1
Sentiment de reconnaissance auprès des partenaires (Non)	18/73 (24.7)	6/21 (28.6)	32/63 (41.3)	10/36 (27.8)	0.2
Sentiment de respect de la place de tiers par les publics (Non)	15/73 (13.7)	8/21 (38.1)	11/63 (17.5)	7/36 (19.4)	0.3

Sentiment de respect de la place de tiers par les partenaires (Non)	10/73 (13.7)	8/21 (38.1)	22/63 (34.9)	9/36 (25.0)	0.02
Sentiment d'impact sur la qualité de vie des publics (Non)	18/72 (25.0)	3/21 (14.3)	12/62 (19.4)	6/35 (17.1)	0.7
Besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé (Oui)	51/62 (82.3)	12/21 (57.1)	46/61 (75.4)	28/36 (77.8)	0.3
Premier besoin perçu pour l'exercice de la médiation en santé					
- Ecoute/soutien	7/51 (13.7)	1/11 (9.1)	11/46 (23.9)	3/27 (11.1)	
- Formation	15/51 (29.4)	6/11 (54.5)	12/46 (26.1)	11/27 (40.7)	
- Matériel	2/51 (3.9)	0/11 (0.0)	1/46 (2.2)	0/27 (0.0)	
- Organisation	2/51 (3.9)	0/11 (0.0)	0/46 (0.0)	2/27 (7.5)	
- Pérennité du poste	10/51 (19.6)	2/11 (18.2)	7/46 (15.2)	0/27 (0.0)	
- Reconnaissance	4/51 (7.8)	0/11 (0.0)	1/46 (2.2)	0/27 (0.0)	
- Ressource humaine	0/51 (0.0)	0/11 (0.0)	1/46 (2.2)	0/27 (0.0)	
- Salaire	11/51 (21.7)	2/11 (18.2)	13/46 (28.2)	11/27 (40.7)	

Tableau E : Caractéristiques en fonction du type de structure (issu du questionnaire structures n différent). Etude C-Pro-MS, France, 2023.

Caractéristiques	Action en santé (Asa) (N = 21) N(%)	Action sociale (Aso) (N = 6) N(%)	Etab. de santé (Esa) (N = 19) N(%)	Etab. Social (Eso) (N = 11) N(%)	p-value
Personnel de la structure					
Educateur·rice spécialisé·e (Oui)	7/31 (22.6)	5/6 (83.3)	10/19 (52.6)	9/11 (81.8)	<0.001
CESF (Oui)	2/31 (6.5)	5/6 (83.3)	6/19 (31.6)	3/11 (27.3)	<0.001
Assistante sociale (Oui)	9/31 (29.0)	5/6 (83.3)	12/19 (63.2)	5/11 (45.5)	0.03
Infirmier·e (Oui)	10/31 (32.3)	3/6 (50.0)	18/19 (94.7)	9/11 (81.8)	<0.001
Médiateur·rice social (Oui)	10/31 (32.3)	2/6 (33.3)	0/19 (0.0)	2/11 (18.2)	0.02
Médiateur·rice en santé (Oui)	28/31 (90.3)	3/6 (50.0)	19/19 (100.0)	10/11 (90.9)	0.02
Médecin (Oui)	6/31 (19.4)	0/6 (0.0)	19/19 (100.0)	8/11 (72.7)	<0.001
Psychologue (Oui)	6/31 (19.4)	0/6 (0.0)	17/19 (89.5)	8/11 (72.7)	<0.001
Autres (Oui) (animateur, chargé de mission, responsable-coordonateur)	11/31 (35.5)	3/6 (50.0)	10/19 (52.6)	5/11 (45.5)	0.7
Pôle sanitaire (oui)	22/31 (71.0)	3/6 (50.0)	19/19 (100.0)	10/11 (90.9)	0.006
Pôle social (Oui)	11/31 (35.5)	5/6 (83.3)	0/19 (0.0)	4/11 (36.4)	<0.001
Pole sanitaire et social combinés (Oui)	8/31 (25.8)	3/6 (50.0)	0/19 (0.0)	3/11 (27.3)	0.01

	21/31 (67.7)	3/6 (50.0)	6/19 (31.6)	4/11 (36.4)	0.04
Membre d'un collectif (Oui)	7/31 (22.6)	3/6 (50.0)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	0.004
- PNMS (Oui)	6/31 (19.4)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	0.08
- France Médiation (Oui)	20/31 (64.5)	1/6 (16.7)	4/18 (22.2)	4/11 (36.4)	0.01
- CPMS (Oui)					
Convention collective (Oui)	19/31 (61.3)	6/6 (100.0)	13/19 (68.4)	8/10 (80.0)	0.3
Type de convention collective					<0.001
- ALISFA	11/19 (57.9)	2/6 (33.3)	0/13 (0.0)	0/8 (0.0)	
- CC1147	0/19 (0.0)	0/6 (0.0)	2/13 (15.3)	0/8 (0.0)	
- CC56	2/19 (10.5)	0/6 (0.0)	3/13 (23.1)	0/8 (0.0)	
- CCCF	0/19 (0.0)	0/6 (0.0)	1/13 (7.7)	0/8 (0.0)	
- CCN51	4/19 (21.1)	0/6 (0.0)	0/13 (0.0)	3/8 (37.5)	
- CCN66	2/19 (10.5)	0/6 (0.0)	0/13 (0.0)	4/8 (50.0)	
- CC Hospitalière	0/19 (0.0)	0/6 (0.0)	6/13 (46.2)	0/8 (0.0)	
- PACT ARIM	0/19 (0.0)	3/6 (50.0)	0/13 (0.0)	0/8 (0.0)	
- Autre	0/19 (0.0)	1/6 (16.7)	1/13 (7.7)	1/8 (12.5)	
Fiche de poste (Oui)	31/31 (100.0)	6/6 (100.0)	19/19 (100.0)	10/11 (90.9)	0.3
Grille salariale (Oui)	18/31 (58.1)	4/6 (66.7)	12/19 (63.2)	3/11 (27.3)	0.2
Plan de formation					0.002
- Ne sont pas positionnées sur une formation à ce jour, mais réflexion en cours	5/31 (16.1)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	1/11 (9.1)	
- Ont déjà bénéficié du plan de formation	25/31 (80.7)	2/6 (33.3)	16/19 (84.2)	6/11 (54.5)	
- Sont positionnées sur une formation programmée dans les 2 ans	0/31 (0.0)	0/6 (0.0)	1/19 (5.3)	1/11 (9.1)	
- Vont bénéficier prochainement d'une formation programmée dans les 12 prochains mois	1/31 (3.2)	4/6 (66.7)	2/19 (10.5)	3/11 (27.3)	
Procédure prévue si difficulté (Oui)	24/31 (77.4)	1/1 (100.0)	17/19 (89.5)	9/10 (90.0)	0.004
Analyse de pratiques professionnelles	20/24 (83.3)	1/1 (100.0)	16/17 (94.1)	5/8 (62.5)	
Procédures (Fiche de saisine, procédures de sécurité, fiche d'évènement indésirable)	0/24 (0.0)	0/1 (0.0)	1/17 (5.9)	2/8 (25.0)	
Réunion	4/24 (16.7)	0/1 (0.0)	0/17 (0.0)	1/8 (12.5)	
Sous-effectif de médiatrices et médiateurs santé (Oui)	12/30 (40.0)	2/6 (33.3)	16/19 (84.2)	1/11 (9.1)	<0.001
Premier critère de recrutement					
-L'expérience professionnelle	7/31 (22.6)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	2/11 (18.2)	
-La connaissance de l'environnement	3/31 (9.7)	0/6 (0.0)	8/19 (42.1)	0/11 (0.0)	
-La formation initiale	10/31 (32.2)	1/6 (16.7)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	
-La posture	7/31 (22.6)	1/6 (16.7)	2/19 (10.5)	2/11 (18.2)	
-Le savoir être	4/31 (12.9)	4/6 (66.6)	9/19 (47.4)	7/11 (63.6)	
-Les compétences techniques	0/31 (0.0)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	

Critères de recrutement des médiatrices et médiateurs en santé					
-Un pair	5/29 (17.3)	0/6 (0.0)	7/19 (36.8)	9/11 (81.8)	
- Exerçant en médiation	10/29 (34.5)	0/6 (0.0)	10/19 (52.6)	0/11 (0.0)	
-Diplômé du secteur social	7/29 (24.1)	2/6 (33.3)	0/19 (0.0)	1/11 (9.1)	
-Diplômé du secteur sanitaire	1/29 (3.4)	3/6 (50.0)	0/19 (0.0)	1/11 (9.1)	
-Indifférant	5/29 (17.3)	1/6 (16.7)	1/19 (5.3)	0/11 (0.0)	
-Autre	1/29 (3.4)	0/6 (0.0)	1/19 (5.3)	0/11 (0.0)	
Sources de financements					
-ARS	30/31 (96.8)	6/6 (100.0)	19/19 (100.0)	11/11 (100.0)	>0.9
-DGS	2/31 (6.5)	0/6 (0.0)	4/19 (21.1)	1/11 (9.1)	0.4
-Sidaction	12/31 (38.7)	0/6 (0.0)	4/19 (21.1)	1/11 (9.1)	0.1
-Région	1/31 (3.2)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	>0.9
-Département	2/31 (6.5)	0/6 (0.0)	3/19 (15.8)	1/11 (9.1)	0.7
-Collectivité territoriale	16/31 (51.6)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	<0.001
-Sources internes	5/31 (16.1)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	1/11 (9.1)	0.3
-DCS	1/31 (3.2)	0/6 (0.0)	1/19 (5.3)	0/11 (0.0)	>0.9
-DJSCJ	1/31 (3.2)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	0/11 (0.0)	>0.9
Enjeux de plaidoyer					
-Enjeu financier	15/31 (48.4)	3/6 (50.0)	10/19 (52.6)	1/11 (9.1)	0.001
-Enjeu statutaire	8/31 (25.8)	1/6 (16.7)	9/19 (47.4)	5/11 (45.4)	
-Enjeu institutionnel	8/31 (25.8)	0/6 (0.0)	0/19 (0.0)	4/11 (36.4)	
-Enjeu organisationnel	0/31 (0.0)	2/6 (33.3)	0/19 (0.0)	1/11 (9.1)	

*Médiane (intervalle interquartile)



La Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et Gens du voyage (Fnasat-Gdv), a été créée en décembre 2004. Une centaine d'associations et de membres associés constituent aujourd'hui son réseau, présent dans plus de soixante-dix départements et les douze régions métropolitaines. La Fnasat-Gdv vise à contribuer, dans le cadre de l'intérêt général, à une prise en considération globale des Gens du voyage par les politiques publiques. Elle vise à favoriser l'autonomie, le plein accès aux droits et la juste reconnaissance de leurs modes de vie et d'habitat.

59 rue de l'Ourcq / 75019 – PARIS
01 40 35 00 04
www.fnasat.asso.fr



Depuis 30 ans, Sidaction fonde son existence sur un principe essentiel : réunir la recherche et le milieu associatif. Notre vocation est d'agir dans tous les domaines de la lutte contre le sida grâce à une expertise globale et transversale de l'épidémie. L'ensemble des fonds nets collectés permettent à Sidaction de financer aussi bien des programmes de recherche que des associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH, en France comme à l'international.

228, rue du Faubourg Saint-Martin / 75010 – PARIS
01 53 26 45 55
www.sidaction.org