



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PRS
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
GRAND EST

PRAPS

PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS

GRAND EST

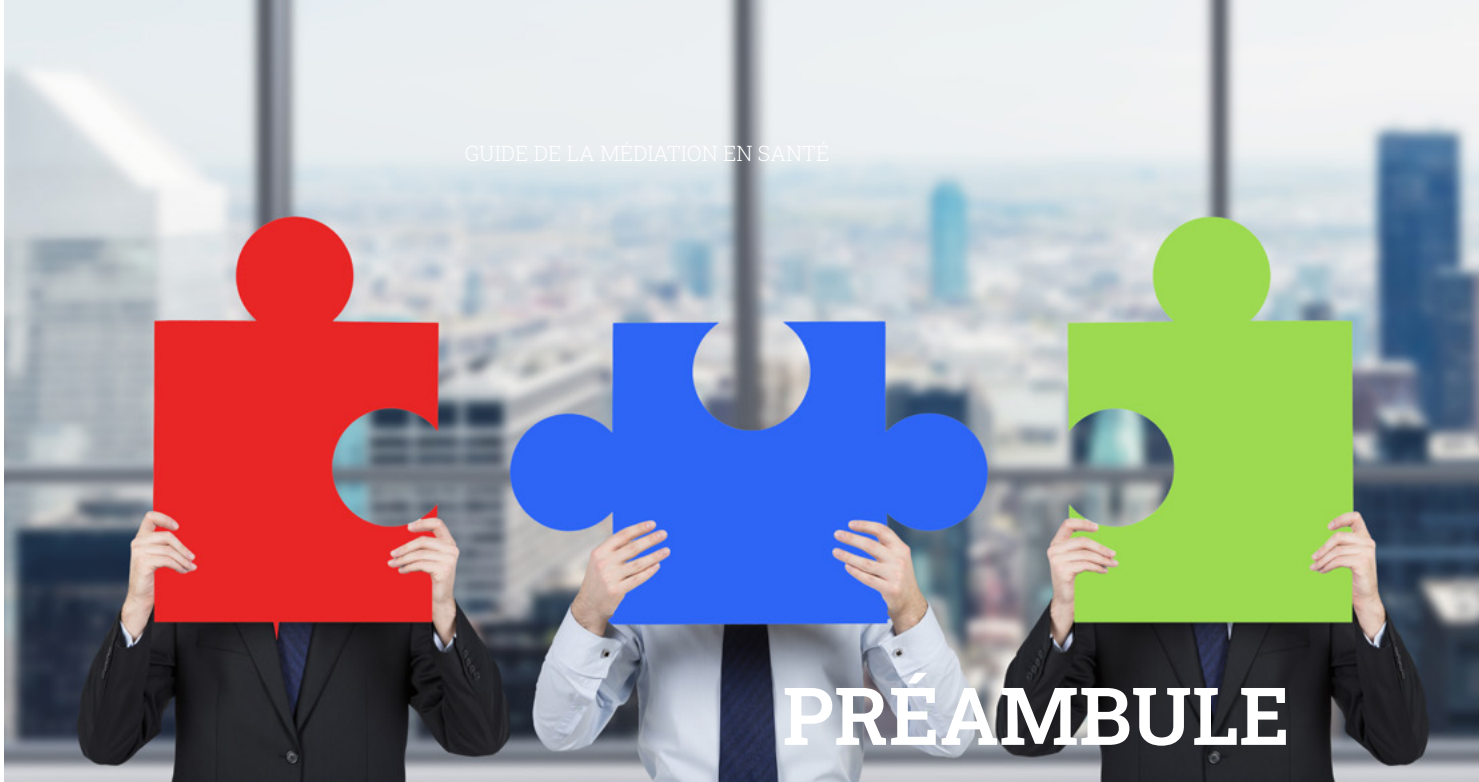


GUIDE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ



2025 - Agence Régionale de Santé Grand Est

Crédits photos : © H_Ko - Adobe Stock (p.4) ; © Augusto - Adobe Stock (couverture & p.7) ; © VikaKa - Adobe Stock (couverture & p.8) ; © Abu - Adobe Stock (p.12) ; © PennHelen - Adobe Stock (p.23)



Ce guide a été conçu pour et avec des professionnels et des institutions engagés sur le terrain de la médiation en santé, dans le cadre des travaux du Groupe de travail PRAPS Grand-Est. Il constitue un socle synthétique commun des grands principes et points de vigilance relatifs à la médiation en santé. Il ne s'agit donc pas d'une revue exhaustive de la littérature existante sur la médiation en santé.

Il rassemble des informations et des outils qui pourront être ajustés en fonction des besoins des acteurs (porteurs d'actions ou porteurs futurs) et des évolutions des usages, des politiques du territoire et de la réglementation en la matière.

Ce guide a pour objectif de favoriser la mise en œuvre qualitative d'actions ou projets de médiation en santé conformes au référentiel de la HAS. Il a été conçu pour fournir des repères et outils pratiques aux professionnels et aux institutions souhaitant développer ou soutenir ce type d'initiatives.



Ont contribué à l'élaboration de ce guide : les membres du groupe de travail PRAPS - Médiation en santé, composé de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, la DREETS, l'Assurance Maladie, l'Éducation Nationale, le médiateur en santé, la Coordination régionale des PASS, Médecins du Monde, Promotion Santé Grand Est, AD2S et l'URPS médecins libéraux.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION	7
LES GRANDS PRINCIPES DE LA MÉDIATION EN SANTÉ	8
Une interface entre publics et professionnels	8
Une approche globale des personnes, de leurs difficultés et de leurs ressources, en lien avec leur environnement	9
Une démarche « d’aller vers »	9
Une démarche de « faire avec » et non de « faire à la place »	10
Un dispositif pour accompagner aussi les professionnels et les institutions	10
Un dispositif de lutte contre les inégalités sociales de santé	11
LA MÉDIATION EN SANTÉ EN PRATIQUE	12
Quelle formation, quelle déontologie ?	12
<i>Une filière de formation inégalement répartie</i>	12
<i>Des profils diversifiés</i>	13
<i>Compétences identifiées</i>	14
<i>Déontologie</i>	14
Quelles missions en pratique ?	15
<i>(Re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels de santé / institutions), et instaurer une relation de confiance</i>	15
<i>Faciliter la coordination du parcours de santé</i>	16
<i>Favoriser des actions collectives de promotion de la santé (en partenariat avec les professionnels de santé compétents et éventuellement des associations)</i>	16
<i>Assurer un retour d’information sur l’état de santé, les attentes, représentations et comportements des « publics spécifiques » vers les professionnels locaux ou à l’échelle nationale</i>	17
Quelles temporalités ?	18
<i>En amont</i>	18
<i>Pendant l’action de médiation</i>	18
<i>Clore une action de médiation</i>	18
Quelle évaluation ?	19
Quelles recommandations ?	19
<i>Améliorer l’accessibilité à l’offre : agir aussi auprès des professionnels</i>	19
<i>Renforcer la participation</i>	19
<i>Renforcer les partenariats locaux : penser le poste de médiateur en santé au sein d’un système d’acteurs et d’une équipe</i>	19
<i>Renforcer les connaissances et compétences des médiateurs</i>	20
<i>Organiser la mise à disposition pérenne des moyens nécessaires aux missions des médiateur.ices</i>	20
<i>Quels critères d’efficacité pour l’intégration d’un médiateur en santé dans une structure ?</i>	21
EN RÉSUMÉ	23
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES	26

DÉFINITION

La médiation en santé est une pratique dont l'institutionnalisation est récente. Un cadre de référence lui est attribué avec la loi du 26 janvier 2016, qui en propose cette définition :

« La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la **fonction d'interface** assurée entre les **personnes vulnérables éloignées du système de santé** et les **professionnels** intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de **faciliter l'accès** de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur **autonomie** dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. »¹.



¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034602662#:~:text=%2DLa%20m%C3%A9diation%20sanitaire%2C%20ou%20m%C3%A9diation,titre%2C%20%C3%A0%20la%20pr%C3%A9vention%20et>

LES GRANDS PRINCIPES DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

UNE INTERFACE ENTRE PUBLICS ET PROFESSIONNELS

La médiation en santé consiste à créer des interfaces de proximité entre les différents acteurs du système de santé et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins, de prévention et d'accès aux droits.

Ces difficultés peuvent résulter de vulnérabilités diverses et qui, souvent, se cumulent : précarité (économique et/ou de l'habitat) ; isolement géographique, familial ou social ; difficulté d'accès à l'offre existante ; environnement juridique et sanitaire défavorable ; méconnaissance du système de santé en France ; difficultés rencontrées dans le rapport

avec les soignants ; stigmatisation et discriminations ; représentations de la maladie, du soin et/ou du médicament ; difficultés liées à la langue française ou au numérique ; handicaps moteurs ou psychiques ; perte d'autonomie ; troubles de la santé mentale ; pratiques à risques etc.

Ces vulnérabilités et obstacles aux parcours de soin étant multiples, les médiateurs en santé ont des pratiques qui prennent des formes très différentes et qui vont varier selon les structures, les besoins, les contextes et les moyens disponibles.



Par exemple, l'ONG Première Urgence Internationale a recruté des médiatrices en santé pour intervenir auprès des habitants de squats et de bidonvilles. Leur mission s'articule autour de deux axes :

1. **Auprès du public**, elles organisent des rencontres hebdomadaires pour établir des liens, puis sensibiliser, orienter et accompagner selon les besoins identifiés.
1. Auprès des professionnels, elles tiennent des réunions régulières pour faciliter l'accueil du public, notamment en déconstruisant certains stéréotypes ou préjugés¹.

Elles élaborent des outils adaptés, tels que des cartographies des structures de santé, des fiches

de liaison et des plans d'accès destinés à un public non francophone. Bien que la langue soit un aspect central dans l'accessibilité culturelle, celle-ci ne s'y limite pas et englobe également d'autres dimensions.

Des protocoles spécifiques ont également été développés, notamment pour garantir la confidentialité, assurer la sécurité des équipes, prévenir et gérer les violences faites aux femmes, et intervenir en cas d'urgence vitale ou d'épidémie.

Intervenant auprès d'un public majoritairement rom, les médiatrices sont elles-mêmes roumanophones, et ont bénéficié d'une formation interne dispensée par la structure (Lahmidi & Lemonnier, 2018).

En rapprochant les acteurs du système de santé et les publics, la médiation en santé participe à l'amélioration de la coordination des parcours de santé.

1 « Il s'agit notamment de faire comprendre pourquoi les personnes sont en retard ou manquent leur rendez-vous en expliquant qu'elles ne sont pas désinvesties mais que la stratégie de survie dans laquelle elles sont ancrées relaye bien souvent la santé au second plan. » (Lahmidi & Lemonnier, 2018).

UNE APPROCHE GLOBALE DES PERSONNES, DE LEURS DIFFICULTÉS ET DE LEURS RESSOURCES, EN LIEN AVEC LEUR ENVIRONNEMENT

La médiation en santé vise à accompagner les personnes dans leur parcours d'accès aux soins et à la prévention, en prenant en compte leur ressources, leurs vulnérabilités et leur environnement de vie. Il s'agit donc moins de faciliter l'observance des publics que de travailler l'accessibilité à l'offre de soins et de prévention (rendre le système de soin compréhensible pour toutes et tous ; lever les freins à l'accès géographique, financier, horaire...). Cela passe notamment par un travail de traduction (public allophone) mais aussi de compréhension et d'adaptation aux normes, représentations et conditions de vie des personnes.

La médiation en santé s'adresse prioritairement aux personnes éloignées du système de soins, en situation d'interruption de leur parcours de soin/d'accès aux droits ou de renoncement. Il est important de noter que le « non-recours » ou le « renoncement » aux soins et/ou aux droits sont des notions qui, le plus souvent, ne suggèrent pas un « abandon », une décision par choix ou un acte volontaire : promouvoir la « responsabilisation des publics » n'est pas une réponse adaptée. Le non-recours s'explique par une multiplicité de facteurs dépassant les comportements individuels, et renvoyant notamment à des caractéristiques liées à l'offre elle-même (qui peut être mal connue, mal comprise, inaccessible pour certains publics du fait de

la modalité d'accès, de la complexité des démarches, de son coût, de sa localisation...).

Ainsi, certaines personnes rencontrent des difficultés dans l'accès à leurs droits, et d'autres ne veulent pas ou plus les demander : il s'agit alors d'une non-demande, pouvant être motivée par la volonté de se protéger d'un phénomène de stigmatisation, ou des conséquences potentielles du recours au droit.

Par exemple, des études portant sur l'ancienne CMU-C ont montré des comportements de refus de soins de professionnels de santé envers les personnes couvertes par la prestation du fait de représentations négatives associées à ces publics. Face à ces expériences négatives, des personnes ont pu faire le choix de ne pas renouveler la demande d'accès à ce droit (Revil, 2014)¹. Concernant spécifiquement le recours aux soins, les personnes peuvent faire acte de refus d'un certain type de soins (médecine conventionnelle), d'une défiance envers le système de soins et les professionnels de santé voire refuser de se soigner, notamment dans les milieux précaires du fait d'un mode de vie et d'un rapport au corps spécifiques (Després et al., 2011). L'ensemble de ces facteurs sont à considérer pour apporter des réponses adaptées et non culpabilisantes.

UNE DÉMARCHE « D'ALLER VERS »

Si la médiation en santé ne concerne pas uniquement des situations de non-demande comme c'est le cas pour la démarche d'aller-vers*, celle-ci est à mobiliser pour « (re)créer la rencontre » avec cette population éloignée des institutions et nouer un lien de confiance. Les interventions de médiation en santé peuvent être mises en œuvre via des dispositifs mobiles, et doivent reposer sur une posture similaire.

L'aller-vers est une démarche qui vise à lutter contre le non-recours aux droits (en particulier des publics éloignés des dispositifs d'accompagnement et de soin qui ne formulent pas de demande). Elle vise à établir un lien de confiance, une écoute et une proximité en se rendant là où se trouvent, physiquement ou « virtuellement », les personnes. Elle repose sur une posture professionnelle spécifique, basée sur une approche globale de la personne, le non-jugement ou encore le « faire avec ». Elle se pense également sur le temps long et nécessite un travail partenarial (veille, repérage du public, co-intervention, etc.).



¹ <https://laviedesidees.fr/Le-non-recours-aux-soins-de-sante>

UNE DÉMARCHE DE « FAIRE AVEC » ET NON DE « FAIRE À LA PLACE »

Tout comme dans la démarche d'aller-vers, l'intervention en médiation en santé repose sur une **logique de « faire avec »**, dans le respect du libre choix des personnes, en favorisant leur *empowerment*¹. Le « faire avec », en reconnaissant les savoirs et capacités à faire des choix des personnes, est émancipateur et valorisant, à l'inverse du « faire pour » qui peut s'avérer paternaliste et stigmatisant (Culture & santé asbl, 2009 – Glossaire PSGE).

À un niveau collectif, des actions peuvent également être proposées pour :

- Apporter l'information directement auprès des publics,
- Travailler avec eux leurs savoirs, savoir-faire, savoir-être et pouvoir-faire en matière de comportements favorables à la santé,
- Renforcer leur pouvoir d'agir (cf l'exemple de la *Case de santé de Toulouse*, une structure composée d'un centre de santé communautaire de premier recours et d'un pôle Santé-Droits).



L'empowerment (renforcement du pouvoir d'agir) renvoie à un processus par lequel les populations vont renforcer leur « capacité à exercer des choix et à transformer leurs vies ».

Ce processus ne relève pas uniquement de l'individu et de ses compétences, il dépend également de conditions économiques, sociales, politiques, etc. L'empowerment est donc « le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) ». L'enjeu est notamment d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés (Wallerstein, citée par SPF, 2019').

UN DISPOSITIF POUR ACCOMPAGNER AUSSI LES PROFESSIONNELS ET LES INSTITUTIONS

En tant qu'interface, la médiation en santé **accompagne non seulement les publics, mais aussi les professionnels et les institutions**. Cette action en direction des professionnels vise à participer à *faire évoluer les représentations et les pratiques vers une meilleure compréhension des publics et des obstacles qu'ils rencontrent*. Ceci peut notamment concerner les difficultés liées au rapport soignants/soignés. Plusieurs recherches ont par exemple montré que le déroulé d'une consultation chez un professionnel de santé varie selon les caractéristiques sociales des patients et des patientes. La médiation en santé peut donc également participer à « transformer la relation de pouvoir entre soignants et soignés » (Revault, 2017) vers plus d'équilibre.

Par exemple, des expériences de médiation en santé au sein d'un COREVIH².

Les missions du médiateur : accompagnement de l'équipe du COREVIH dans les foyers de migrants, échanges avec les gestionnaires de foyers et délégués des résidents pour lever les réticences (sentiment de stigmatisation, notamment) et faire évoluer le projet vers une approche de santé plus globale ; intervention dans les services de maladies infectieuses pour jouer ce rôle d'interface (deux possibilités :

consultation conjointe patient-soignant-médiateur ou consultation patient-médiateur) puis appuyer l'infirmier en charge de l'ETP dans l'élaboration d'un programme adapté aux conditions d'existence et aux difficultés des patients.

Le médiateur recruté est infirmier spécialisé dans la prise en charge des IST et du VIH originaire du Burkina Faso (Dionou, 2022). Son profil est « double » : proximité culturelle avec certains publics et formation en santé.

1 <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/empowerment-des-jeunes-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-446>

2 Les COREVIH (COordination RÉgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine) sont des instances de coordination de lutte contre le VIH et les IST généralement à l'échelle régionale.

UN DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La médiation en santé est mobilisée dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé, une priorité de santé publique. Les inégalités sociales et territoriales de santé restent fortes en France, avec l'un des niveaux les plus élevés d'Europe¹.



Sur certains territoires, des postes de médiateurs ont pu être ouverts en lien avec les **contrats locaux de santé** et les **ateliers santé ville** (Choisy-le-roi² ou Calais³ p.ex. : recrutement d'un médiateur.rice santé en contrat adulte-relais),

principalement dans les **quartiers prioritaires de la ville** (animation prévention ; écoute, information, orientation ; accompagnement des démarches d'accès aux droits et aux soins ; veille ; mise en relation/réseau des différents acteurs, etc.).

1 <https://inegalites.fr/inegalites-de-sante> ; <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1174>

2 <https://www.choisyleroi.fr/wp-content/uploads/2020/02/Hygi%C3%A8ne-sant%C3%A9-Adulte-relais-M%C3%A9diateur-sant%C3%A9-2021.pdf>

3 <https://www.calais.fr/fr/detail/5ca1cf0372e7e55f59bd5af1/ville-recrute-save>

LA MÉDIATION EN SANTÉ EN PRATIQUE

QUELLE FORMATION, QUELLE DÉONTOLOGIE ?

Une filière de formation inégalement répartie

Actuellement, le métier de médiateur en santé n'est pas inscrit dans le Code de la santé publique. Depuis juin 2025, il est inscrit dans le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME)¹.

Aussi, malgré l'existence de diverses formations et DU, la filière de formation reste insuffisante et inégalement répartie sur le territoire français : par exemple, il n'existe, à ce jour, aucune formation sur le Grand Est. Les contenus comme les durées des formations proposées restent également hétérogènes (de 3 mois à 5 ans)².

- **Formations en médiation en santé existantes :** DU Paris Sorbonne³, DU Paris Cité (mention « approche transculturelle »)⁴, Guyane⁵ et Lyon⁶ ; DU médiation en santé et pair-aidance de Bordeaux⁷ ; licence de sciences sanitaires et sociales mention « médiateurs de santé-pairs » à Bobigny Paris 13⁸.

Un Collectif pour la promotion de la médiation en santé (CPMS) a été créé en 2022 et est à l'origine d'un plaidoyer diffusé en 2024 visant la « reconnaissance et la sécurisation professionnelle du métier de médiateur. rice en santé »⁹.

L'IGAS¹⁰ (2023) recommande notamment de :

- Consacrer l'existence du métier de médiateur. ice en santé, assorti d'un cadre déontologique, par son inscription idoine dans le code de la santé publique et les répertoires métiers ;
- Créer un diplôme de médiateur. ice en santé de niveau licence également accessible par la

voie de la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP) ;

- Créer une certification professionnelle de médiation en santé enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) permettant d'accéder au métier par la voie de la formation continue ou par la reconnaissance d'une VAE.

1 <https://candidat.francetravail.fr/metierscope/fiche-metier/K1220/mediateur-mediatrice-en-sante> (cf. annexe 7)

2 <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>

3 https://odf.univ-spn.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/du-mediation-en-sante-BDUMS_116.html

4 https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-div-1/sciences-technologies-sante-STs/du-mediations-en-sante-approche-transculturelle-processus-de-mediations-XUM4_121.html

5 <https://www.univ-guyane.fr/choisir-sa-formation/dfr-sante/du-mediation-en-sante/>

6 <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1811/mediation-en-sante.html>

7 <https://bordeaux-sante-event.fr/formation/mediation-en-sante-et-pair-aidance/>

8 <http://formations.leps.univ-paris13.fr/formation/2/licence-sciences-sanitaires-et-sociales-sss-parcours-mediateurs-de-sante-pairs>

9 <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/cpms-reconnaissance-et-securisation-du-metier-de-mediateur-ric-en-sante.pdf>

10 L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a produit un rapport remis en juillet 2023 qui détaille 10 grandes recommandations pour lever les freins à la diffusion efficace et efficiente de la médiation en santé.

Des profils diversifiés

Les médiateurs ou médiatrices en santé peuvent :

- Être issus des professions médicales, paramédicales ou sociales ;
- Partager des caractéristiques avec une partie des publics accompagnés (expérience de la maladie, consommations de drogues, prostitution, habitant d'un territoire...). La médiation en santé pair s'est développée dès les années 1980 dans le cadre de programmes qui s'appuyaient sur des stratégies de réduction des risques (Sarradon-Eck et al., 2012). Elle a connu ensuite un développement plus poussé dans le champ de la santé mentale avec le lancement du programme « médiateurs santé pairs » (MSP) qui visait le recrutement d'ex-patients de la psychiatrie en voie de rétablissement dans des services psychiatriques. Les objectifs étaient alors de faire évoluer les pratiques psychiatriques

en soutenant des démarches communautaires – empowerment, de valoriser le savoir expérientiel* et la formation des usagers des services de psychiatrie, et de déstigmatiser la maladie mentale. La médiation en santé pair est une modalité de la pair-aidance. La pair-aidance ne se limite pas au champ de la santé : des pair-aidants peuvent également être recrutés dans le champ de la grande précarité par exemple, dans le cadre de dispositifs comme le Logement d'abord¹. La pair-aidance peut également être bénévole² : le travail pair est une forme de pair-aidance rémunérée. Les médiateurs en santé pairs relèvent donc de la pair-aidance mais la pair-aidance ne se limite pas aux médiateurs en santé pairs*.

La pair-aidance désigne un ensemble de pratiques d'accompagnement, d'entraide et de soutien, dans lesquelles une personne utilise son savoir expérientiel – acquis à travers une expérience personnelle difficile ou stigmatisante (comme la vie à la rue, la précarité, les addictions ou les troubles psychiatriques) – pour aider d'autres individus confrontés à des situations similaires. Ce savoir expérientiel ne se limite pas à l'expérience elle-même, mais à la transformation de cette expérience en connaissances et compétences utiles pour accompagner et soutenir des personnes qui partagent les mêmes réalités. Le travail pair est donc une forme de pair-aidance rémunérée. On trouve des travailleurs pairs dans divers domaines, notamment en santé (médiateur en santé pair) et dans le social (travailleur pair, expert du vécu, intervenant social pair...)³.



Dans l'Étude C-PRO-MS conduite en 2023 auprès de 215 médiateur·rices en santé sur le territoire français, « 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 avaient une formation initiale, réparties ainsi :

40% dans le social, 30% autres (art, tourisme, droit) et 27% en santé (sanitaire et santé publique). En outre, « 30% avaient un diplôme en médiation en santé et 20% des participant·es étaient en formation en médiation en santé ».⁴



1 Ce dispositif lancé en France en 2017 vise à faciliter l'accès au logement pour les personnes sans-abri les plus vulnérables, en abandonnant la logique traditionnelle d'accès progressif. Il propose un logement durable dès le départ, accompagné d'un soutien adapté, modulable et pluridisciplinaire, en considérant le logement comme une condition préalable à l'insertion et à la stabilité.

2 C'est le cas des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) par exemple.

3 <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/06/Guide-Travail-Pair.pdf>

4 <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>

Les médiateur.rices en santé peuvent exercer au sein d'une association, d'un hôpital ou d'une structure de santé telle qu'une maison de santé. Ils peuvent également être recrutés par une collectivité territoriale, ou mis à disposition par l'ARS¹.

Quel que soit le statut du médiateur, la médiation en santé s'adresse à des publics et est mise en œuvre dans des lieux d'intervention similaires. En revanche, les structures de rattachement et les missions attribuées peuvent différer légèrement selon que le médiateur en santé soit pair ou non.



→ Dans l'Etude C-PRO-MS, « 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 médiateurs santé pairs dans ce dernier secteur.** » En outre,

concernant les activités au sein de leurs postes, « les médiateurs en santé non pairs 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%)

Compétences identifiées

Un **référentiel de compétences** a été élaboré par la HAS (cf annexes). **Il n'est pas nécessaire d'être un professionnel de santé pour devenir médiateur en santé.** En revanche, le médiateur est formé aux **missions de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire**. Il entretient une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics (HAS, 2017).

De façon plus spécifique, les médiateurs santé pairs (MSP) s'appuient à la fois sur ces savoirs formalisés et sur leurs **savoirs expérientiels**, qui leur permettent également une bonne connaissance du public concerné.

Déontologie

Actuellement, il n'existe pas de charte déontologique formalisée et validée par les acteurs du champ applicable à l'ensemble des acteurs de la médiation en santé. En son absence, la HAS retient **trois grands principes déontologiques** :

- La **confidentialité** et le **secret professionnel** (le médiateur en santé étant reconnu comme professionnel de santé au sens du Code de la santé publique, il est soumis au secret professionnel) ;
- Le **non-jugement** ;
- Le **respect de la volonté** des personnes et de leur liberté de choix.

Les médiateur.rice.s en santé sont également tenus à un impératif de confidentialité et de neutralité.

- Le **secret professionnel** s'impose à tout médiateur ou médiatrice dans les conditions établies par la loi. Il/elle doit informer ses collaborateurs de cette obligation et en garantir le respect. Les dossiers de suivi comme les données informatiques sont concernés, et doivent respecter les directives de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) (HAS, 2017).
- Les médiateur.rice.s en santé doivent veiller à préserver leur indépendance professionnelle afin de ne pas compromettre les intérêts des personnes rencontrées². Il est important de faire attention au positionnement du médiateur dans la structure, qui doit rester à l'interface des publics mais aussi des professionnels.

1 <https://www.femasif.fr/le-mediateur-en-maison-de-sante-quelle-plus-value-en-maison-de-sante/>

2 Voir notamment l'article 13 – « Du devoir d'indépendance, de neutralité et d'intégrité » de la Charte déontologique du médiateur en santé élaborée par l'atelier santé ville de Marseille, annexée au référentiel de la HAS (2017), pp.48-51.

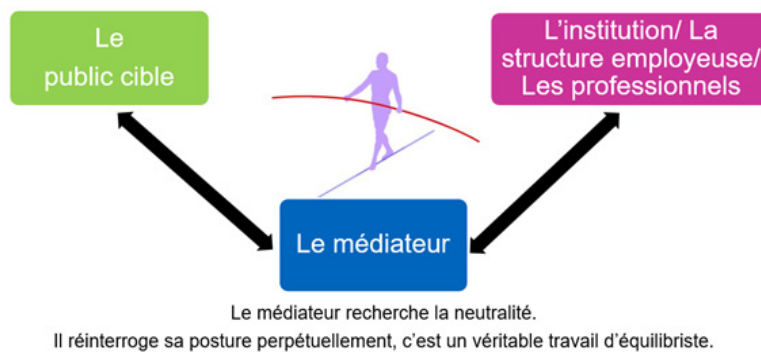


Schéma issu du diaporama de Médecins du Monde sur la posture de médiateur.

Un exemple de [charte déontologique du médiateur en santé](#) (ASV de Marseille) est disponible en annexe 4 du référentiel de la HAS.

QUELLES MISSIONS EN PRATIQUE ?

La HAS (2017) évoque **quatre axes d'intervention**.

(Re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels de santé / institutions), et instaurer une relation de confiance

Le rôle du médiateur ou de la médiatrice en santé consiste en premier lieu à [aller à la rencontre des populations concernées par l'intervention](#). S'il est possible de mettre en place des permanences dans des lieux accessibles et bien identifiés par les publics cibles, il est recommandé de ne pas se cantonner à ce cadre formel. Une démarche d'[aller-vers](#), qui implique des actions régulières directement sur les lieux de vie des populations ciblées, favorise le repérage, la rencontre et le lien de confiance avec celles-ci.

L'objectif est d'assurer une présence de proximité, par le biais notamment d'une veille sociale, auprès des groupes éloignés du système de santé. Ces populations peuvent inclure, par exemple, les personnes en situation de handicap, sans domicile, vivant dans des habitats informels, en situation de précarité, les travailleurs.euses du sexe, les personnes séropositives, transgenres, exilées, ou d'autres groupes marginalisés.

Plusieurs modalités de déplacement et d'animation peuvent être envisagées : [déambulation, cafés/goûters-santé, balades santé...](#) Il est recommandé d'organiser ces actions de **façon régulière** afin de favoriser la mobilisation du public et de renforcer la collaboration avec d'autres intervenants (Ireps ARA, 2024).



Parallèlement, le ou la médiatrice en santé va à la rencontre des professionnels du territoire pour les sensibiliser aux spécificités du public et/ou aux dispositifs permettant une meilleure prise en soin de ces derniers.

Ces actions peuvent être individuelles ou collectives.

Par exemple, la **Case de santé de Toulouse** propose, dans le cadre de son dispositif de médiation en santé, **des déambulations en binôme dans le quartier**.

→ **Objectifs** : aller à la rencontre des habitants, commerçants, associations et professionnels pour échanger avec eux de leurs ressentis sur la vie du quartier, de créer du lien, et d'effectuer une veille*.





Dans le secteur social, les dispositifs de veille sociale ont pour objectif de réaliser une première évaluation et d'orienter les publics sans-abri (les dispositifs tels que le 115, ou le SIAO sont des dispositifs de veille sociale). En-dehors de cette définition formelle, la veille peut également renvoyer à des pratiques de maintien du lien avec des personnes ou des groupes afin de repérer les situations de dégradation et ainsi d'anticiper les ruptures. Il s'agit ainsi d'un recueil d'information visant à suivre l'évolution des besoins sur un territoire.



Des **animations** sont également mises en place au cœur du quartier : murs d'expression, ateliers photo, micro-trottoir, forums, expositions sur la santé globale, pièces de théâtre, jeux sportifs... Ces actions encouragent la participation et la prise de parole des habitants tout en rendant plus visible le dispositif de médiation (Haschar-Noé, 2022).

Une **permanence médiation sans rendez-vous programmé** a également été mise en place dans le cadre de ce projet, ce qui améliore l'accessibilité à l'accompagnement.

Faciliter la coordination du parcours de santé

Le renforcement de la coordination des parcours de santé s'appuie sur le rôle d'interface entre les publics et les professionnels.

- **Pour les publics**, le médiateur ou la médiatrice accompagne les parcours de santé, à la fois sur le plan individuel et collectif, en offrant un soutien adapté à leurs besoins. Cela peut prendre des formes multiples : appui aux démarches administratives d'accès aux droits en santé, mise en relation avec les professionnels adéquats, suivi des démarches, accompagnement physique vers les administrations et les structures de santé...

Il est important que ces deux niveaux – individuels et collectifs – soient investis.



Par exemple, la **Case de santé de Toulouse** met en œuvre des entretiens individualisés qui visent à répondre aux besoins exprimés par les personnes. Cela recouvre des informations sur leurs droits, un accompagnement physique à une consultation,

une prise de rendez-vous avec un professionnel de santé, de l'interprétariat, une aide à la constitution d'un dossier d'accès aux droits, la fourniture de matériel de prévention, aussi bien que la recherche de solutions d'hébergement.

- **Pour les professionnels**, il ou elle identifie les interlocuteurs pertinents en fonction des situations, établit les connexions nécessaires, s'assure que le lien est en place, les sensibilise aux difficultés rencontrées par les publics et leur fournit des outils pour répondre efficacement à ces enjeux, améliore la relation publics/professionnels et la qualité de la prise en charge.

Favoriser des actions collectives de promotion de la santé (en partenariat avec les professionnels de santé compétents et éventuellement des associations)

L'accompagnement des parcours de santé passe également par des actions de promotion de la santé, menées individuellement ou collectivement. En collaboration avec les partenaires du territoire, le ou la médiatrice en santé peut :

- Organiser des actions de dépistage et de prévention,
- Favoriser des dynamiques de santé communautaire¹,
- Co-construire avec les publics des outils préventifs et informatifs,

- Participer à des actions de sensibilisation auprès des professionnels, notamment sur les problématiques de santé liées à précarité ou l'accès aux droits et aux soins...

De plus, le ou la médiatrice peut contribuer à identifier les besoins et préoccupations de santé de la population, permettant d'ajuster les actions entreprises pour répondre aux réalités spécifiques du territoire.



Par exemple, la **Case de santé de Toulouse** met en œuvre des cycles d'**ateliers généralistes** (déterminants de santé, accès aux droits, etc.) **ou spécifiques** (vivre avec une maladie chronique, préparer une visite médicale, etc.) qui visent à **renforcer les capacités et le pouvoir d'agir en santé des personnes**. Ces ateliers sont conçus par des professionnels de secteurs différents et reposent sur des outils d'intervention ludiques (jeux de plateau, jeux de rôle, interviews mutuelles, débats...).

La **Case de santé** accompagne également des **projets collectifs** en santé portés par des groupes de travail composés des participants aux ateliers volontaires. Ces groupes sont animés par des usagers du dispositif et/ou des partenaires sur des thématiques variées (« discriminations en santé », « relations soignants-patients précaires », « logement et santé », ...) afin de participer à lever les freins à l'accès aux soins. Les médiateurs en santé viennent en appui méthodologique aux groupes en cas de besoin (Haschar-Noé, 2022).

Il est recommandé que les professionnels de la structure d'accueil du médiateur en santé participent à la proposition et à la construction d'actions collectives, à la mobilisation du public et des partenaires, à l'organisation logistique et à la planification à ses côtés – sans prendre le pas sur la participation du public ! (Ireps ARA, 2024).



Assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements des « publics spécifiques » vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale

Les missions inhérentes à cet axe prolongent les axes précédents. Par sa présence auprès des publics, le ou la médiatrice en santé appréhende leurs difficultés, leurs besoins, leurs pratiques et leurs représentations. Sa démarche est « compréhensive » : le ou la médiatrice recueille des informations concernant le quotidien des personnes, leurs actions et le sens qu'ils y mettent. Il assure également un rôle de veille au sens où il est en mesure de repérer des évolutions dans les conditions d'existence, les états de santé, les besoins, les pratiques et les représentations des personnes qu'il accompagne. **Il assure la transmission de ces informations aux professionnels locaux, dans le respect de la confidentialité et du secret médical.**

Cette mission nécessite des partenariats nombreux, forts et si possible formalisés (par exemple pour le partage d'informations). En outre, ces remontées peuvent également être adressées aux institutions, à un niveau national, à des fins d'**orientation des politiques de santé**.

En parallèle, le repérage de **tout dysfonctionnement dans la prise en charge des personnes** (par exemple, des refus de soins de la part de certains médecins envers certains publics) ou de **tout risque pour leur santé** (comme des conditions de vie insalubres) doit faire l'objet d'un signalement rapide aux autorités compétentes.

¹ « La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. », <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>

QUELLES TEMPORALITÉS ?

En amont

La médiation en santé est légitime dès lors que des **problématiques d'accessibilité aux soins pour les publics vulnérables sont constatées sur un territoire**. Cette identification peut passer par un diagnostic local de santé.

Un **lieu adapté** (suffisamment accessible et connu du public, avec des missions diverses, équipé d'un bureau accueillant et en mesure de garantir la confidentialité des échanges) doit être identifié pour accueillir le ou la médiatrice en santé. La personne recrutée devra ensuite bénéficier d'une période de quelques semaines à quelques mois pour se familiariser avec le territoire, repérer les enjeux locaux, se faire connaître et identifier les principaux partenaires (IREPS ARA, 2024).

La médiation en santé nécessite de **prévoir un budget pour répondre à différents postes de dépenses** :

- Coût ressources humaines,
- Déplacements,
- Formations, analyses de pratiques professionnelles,
- Frais de fonctionnement,
- Véhicule et locaux dédié,
- Frais d'interprétariat,
- Frais liés à l'accompagnement de la personne (par exemple : tickets de transports, bons alimentaires, timbre amendes...).



Dans l'Etude C-PRO-MS, la moitié des médiateur·rices en santé exprimait un manque de moyens matériels et financiers pour exercer leurs missions. Par ailleurs, dans l'analyse quantitative, une situation financière perçue comme stable était associée à une meilleure reconnaissance des médiateur·rices en santé auprès de leurs partenaires.

Pendant l'action de médiation

Une action de médiation en santé nécessite du temps pour créer la rencontre, nouer le lien avec les publics et créer des articulations avec les professionnels.

Du fait de leurs caractéristiques spécifiques, certains milieux d'intervention (squats, bidonvilles) peuvent contraindre l'action sur le temps long à la fois au niveau du lien de confiance noué avec les publics et la durabilité des partenariats (El Ghazi & Quirino Chaves, 2022).



Clore une action de médiation

Pour la HAS (2017), la médiation peut prendre fin quand :

- La personne est suffisamment autonome pour prendre en charge sa santé, par exemple quelque indicateurs créés par Médecin du Monde : la personne réalise d'elle-même des démarches pour sa santé ; la personne se rend de manière autonome à ses rendez-vous ; la personne reprend soin d'elle (hygiène corporelle, tenue, alimentation...) ; la personne n'est plus seule, elle a un entourage qu'elle peut solliciter en cas de besoin, ;
- Un certain nombre de barrières dans l'accès aux soins a pu être levé au niveau des structures ;
- La médiation semble ne plus avoir de pertinence pour aider la personne : ce qui pouvait être fait l'a été, les relais sont en place, il est possible d'arrêter même si tous les objectifs n'ont pas été atteints ;
- La personne a bénéficié de ce dont elle avait besoin et ne souhaite pas poursuivre ;
- La personne n'adhère plus à la démarche.

Certaines personnes concernées par des difficultés durables (handicaps, par exemple) pourraient avoir besoin d'un accompagnement au long cours. L'objectif de la médiation en santé reste alors de **mobiliser les dispositifs et réseaux de droit commun** autant que possible pour assurer un relais (Soleymani, Hamel & Bouchaud, 2022).

QUELLE ÉVALUATION ?

→ L'évaluation des actions de médiation en santé dépend du cadre dans lequel elle est mise en place et des objectifs précis auxquels elle doit répondre.

→ En fonction, les **indicateurs de processus** pourront concerner : le nombre de personnes rencontrées, le nombre d'entretiens effectués, le nombre de séances d'informations réalisées, le nombre de consultations, le nombre d'orientations, le nombre d'accompagnements physiques, le nombre d'outils à destination des professionnels conçus, le nombre de réunions partenariales organisées...

→ En fonction, les **indicateurs de résultat** pourront concerner : le nombre de professionnels et de patients déclarant une meilleure alliance thérapeutique à T1 ; le nombre de personnes suivies se déclarant plus autonomes dans leurs démarches de santé à T1 ; le nombre d'ouvertures de droits à la CPAM entre T0 et T1 ; le nombre de situations orientées qui ont pu déboucher sur une prise en charge pérenne à T1 ; le nombre de personnes déclarant avoir acquis des connaissances et compétences en matière de santé entre T0 et T1, le nombre de professionnels déclarant mieux connaître certains publics spécifiques à T1 / avoir remis en question certaines de leurs représentations...

QUELLES RECOMMANDATIONS ?

Améliorer l'accessibilité à l'offre : agir aussi auprès des professionnels

Les actions de médiation en santé doivent assumer leur rôle d'interface entre le public et les professionnels. Le travail auprès de ces derniers ne doit pas être omis, il s'agit d'un levier nécessaire pour améliorer l'accessibilité aux services pour le public. **À travers les professionnels, il s'agit de travailler sur l'offre : la responsabilité de l'accès aux soins ne repose pas uniquement sur les personnes mais sur les modes de fonctionnement du système.**

Renforcer la participation

Certaines approches se réclamant de la médiation en santé se concentrent uniquement sur l'objectif de *ramener* les personnes éloignées du soin vers les services de santé. Dans ce cadre, la perspective adoptée est normative. La médiation en santé, tout comme la démarche d'aller-vers, proposent une perspective différente.

La médiation en santé consiste à **favoriser la rencontre entre les professionnels et la personne afin de permettre une prise en charge médicosociale adaptée et répondant à ses attentes via notamment le projet de santé**. Celui-ci doit prendre en compte au mieux :

- L'objectif de la personne ;
- Sa motivation ;
- Ses attentes et besoins spécifiques ;
- Les possibilités et limites de chaque acteur : la personne concernée, le professionnel de la santé ou du social et le médiateur en santé.

Organiser la participation des publics est l'un des leviers au renforcement du pouvoir d'agir.

Renforcer les partenariats locaux : penser le poste de médiateur en santé au sein d'un système d'acteurs et d'une équipe

Le travail des médiateur.rices en santé s'inscrit dans une équipe et s'articule avec les partenaires du territoire. Il ne se cantonne pas aux lieux de soin.

Le médiateur en santé est un levier supplémentaire d'accompagnement, qui vient compléter et renforcer l'offre existante sans s'y substituer. Le renforcement des partenariats passe également par la **valorisation des acteurs de la médiation auprès des partenaires¹** (et du public), **et la formation/sensibilisation à leur rôle et à leurs compétences**.

1 À un niveau plus global, cette valorisation est à envisager notamment dans les cursus de formation initiale et continue des professionnels de santé, des cadres et dirigeant du secteur sanitaire, médico-social et social (IGAS, 2023).



*Dans l'étude C-PRO-MS, plus des trois quarts des participant·es exprimaient des difficultés dans leur collaboration avec leurs partenaires. Plus de la moitié d'entre eux évoquaient un manque de communication, ainsi qu'une **méconnaissance de leur métier et de leur rôle**. En outre, « 31% ne se sentaient **pas reconnus par les partenaires**, 28% en interne (i.e., structure employeuse) et 17% par les publics. ». Aussi, concernant « 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%). »¹*

Cette insuffisance de reconnaissance du métier fragilise son intégration dans les politiques institutionnelles et suscite de l'**isolement**, facteur possible de **turn-over** (El Ghazi & Quirino Chaves, 2022).

Renforcer les connaissances et compétences des médiateurs

Afin d'assurer le développement de compétences et l'adaptation aux évolutions du public, les médiateurs doivent pouvoir accéder à de la formation continue. Dans son enquête portant sur les « pratiques d'accompagnement mises en place par les médiateurs en santé sur les enjeux du numérique en santé auprès des populations les plus éloignées des soins et de la prévention », la FNES (2023) montre qu'une **grande majorité des médiateurs répondants recourt aux outils numériques dans le cadre de leur pratique de médiation alors même qu'ils y sont très peu formés**. L'enjeu est majeur puisque la presque totalité des

répondants affirme que les personnes accompagnées font part de difficultés en lien avec le numérique. Ces difficultés sont majoritairement liées à l'équipement (accès internet, absence d'ordinateur...) et aux usages (langue, maîtrise de l'outil informatique...). La dématérialisation, en effet, freine l'accessibilité aux droits².

Cette montée en compétences régulière, par des biais formels et informels, doit être pensée dès le début du projet de médiation et actualisée en fonction des besoins.

Organiser la mise à disposition pérenne des moyens nécessaires aux missions des médiateur.rices

Le médiateur en santé doit disposer des moyens pour réaliser sa mission, en premier lieu du **temps**, particulièrement lorsqu'il a recours à une démarche d'**aller-vers** (Bouchaud, Hamel & Soleymani, 2022), et de financements institutionnels pérennes.

Cela nécessite un travail au niveau local des structures, jusqu'aux niveaux régional et national : les différents

rapports ayant porté sur la médiation en santé ont souligné la nécessité de mettre en œuvre « 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 » et d'accompagner les structurations régionales (Fnasat-GV & Sidaction, 2024).

Focus sur la sécurité et la santé au travail des médiateur.rice.s en santé

Le médiateur en santé est amené à mettre en place des actions d'aller-vers dans des lieux plus ou moins isolés. Dans ce cadre, et comme pour tout salarié, il « doit pouvoir signaler toute situation de détresse et être secouru dans les meilleurs délais » (Article R4543-19 du Code du travail). **La prévention des risques relatifs au**

travailleur isolé doit toutefois être réfléchi d'abord au niveau organisationnel. Ainsi, de façon générale, il est recommandé que les actions d'aller-vers soient réalisées en binôme. Si cela n'est pas possible, des mesures doivent être prises concernant l'environnement de travail, l'équipement et le déclenchement et

1 <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>

2 Cf les rapports du Défenseur des droits, notamment : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_rapport_dematerialisation_2019_20190403.pdf

la gestion des secours, notamment à l'aide de DATI (dispositifs d'alarme du travailleur isolé)¹, comme un boîtier, ou une application par exemple. Par ailleurs, des formations, notamment à la gestion des conflits, peuvent également être mises en place pour renforcer la sécurité des médiateurs.

Plus largement, les médiateurs en santé, comme de nombreux autres professionnels du

social et de la santé, sont exposés à des risques psychosociaux. Selon les données issues de l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) de 2017², les professionnels de la santé comme du social se situent au-dessus de la moyenne des salariés en termes d'exposition à des RPS (manque de reconnaissance, *job strain*³ et comportements hostiles).

Quels critères d'efficacité pour l'intégration d'un médiateur en santé dans une structure ?

Afin d'intégrer au mieux un médiateur en santé dans sa structure, il est recommandé de :

→ **Identifier collectivement les besoins et définir précisément son rôle** : s'agissant d'un métier dont les contours ne sont pas encore bien arrêtés, il est primordial d'en définir précisément les missions dans son contexte particulier, au sein d'une équipe ;

Impliquer l'équipe dans la conception de la fiche de poste peut être un levier dans ce cadre.

→ **Sensibiliser ses futurs collègues et partenaires** à son rôle spécifique (et rassurer sur les éventuelles craintes d'une mise en concurrence des missions) ;

Cela peut passer par exemple par une réunion de présentation à laquelle sont conviés les acteurs de la structure (professionnels mais aussi bénévoles) et les partenaires principaux (IREPS ARA, 2024).

→ Identifier une **personne ressource** pour accompagner les premiers temps dans la structure ;

→ Mettre en place un **travail de supervision** (de préférence par un autre pair-aidant pour les médiateur.rices pairs) **et d'analyse de pratiques** ;

→ L'impliquer dans les **réunions d'équipe** ;

→ **Le, ou la former**⁴ .

Lorsque le médiateur.rice est un travailleur pair, il est recommandé - en plus - de :

→ **Former l'équipe d'accueil à la pair-aidance** (définition du travail-pair, périmètre, modalités, concept de rétablissement...) ;

→ Reconnaître la **vulnérabilité** inhérente à la proximité avec d'anciennes problématiques (usage de drogues, maladie...) sans pour autant en faire un objet d'infériorisation (Dos Santos, 2017)⁵.

1 <https://www.inrs.fr/risques/travail-isole/ce-qu-il-faut-retenir.html>

2 https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/dares_expositions-risques-professionnels_par-secteurs.pdf

3 Le job strain se caractérise par une situation de travail combinant une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle. Il est généralement évalué via le questionnaire de Karasek.

4 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700622000677>

5 « La question de la prise en compte des savoirs des pairs au sein des structures n'est pas suffisante pour penser leur intégration. La proximité avec le public accueilli, qui est la spécificité de la pair-aidance, est parfois perçue comme un risque pour les pairs eux-mêmes. Un engagement ancré, non distancié des mondes des drogues, peut faire courir le risque d'une rechute, tant abondent les témoignages de la difficulté, pour une personne qui a longtemps consommé, de refuser un produit lorsque celui-ci est proposé ; ainsi, être confronté, au quotidien, aux drogues peut rouvrir des failles, réenclencher un désir que nombre de personnes décrivent comme « irréprouvable ». Ainsi « la reconnaissance d'une vulnérabilité, sans pour autant que celle-ci se traduise par une infériorisation », est un des défis posés par la pair-aidance. » (Dos Santos, 2017).

EN RÉSUMÉ

Le médiateur en santé est :

- Un acteur qui facilite la rencontre avec les personnes concernées et les professionnels intervenants dans leurs parcours de santé, facilite la coordination des parcours de soins, propose des actions collectives de promotion de la santé, participe aux actions de partenariats et sensibilise les acteurs de l'écosystème sanitaire et social aux difficultés des usagers (IGAS, 2023) dans le respect des 4 axes du référentiel de la HAS ;
- Un « tisseur de liens » entre les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins, de prévention et d'accès aux droits et les professionnels du soin et de la prévention ;
- Une personne-ressource qui écoute, accompagne, guide, oriente ou met en lien en fonction des besoins. Il s'appuie pour cela sur l'existant (Blanc & Pelosse, 2010).

Le médiateur en santé n'est pas :

- Un nouvel échelon obligatoire de la prise en charge ;
- Une « courroie de transmission » du système de santé vers les publics (Revault, 2017) : le médiateur s'assure de la participation et accompagne le renforcement du pouvoir d'agir des publics, il ne se cantonne pas à transmettre des informations médicales ou à des objectifs d'amélioration de l'observance thérapeutique ;
- Un concurrent : les médiateur.rices en santé n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels déjà existants (professionnels du social, du médico-social ou du secteur sanitaire). Les professionnels doivent être rassurés sur le fait que le médiateur ne leur « vole pas leur public » (Blanc & Pelosse, 2010).
- dédié spécifiquement aux migrants et minorités « ethniques » (Bouchaud, Hamel & Soleymani, 2022)

La médiation en santé n'est pas seulement ou systématiquement :

- Pratiquée par des médiateurs en santé : en effet, une démarche de médiation en santé peut être pratiquée par d'autres professionnels qui respectent le référentiel de la HAS et les éléments indiqués dans ce guide.

Le médiateur en santé a besoin :

- D'être formé (de façon continue) ;
- D'être accompagné (personne ressource, supervision, APP...) ;
- D'être entouré ou intégré au sein de l'équipe professionnelle pluridisciplinaire
- De travailler au contact de personnes qui identifient son métier et son rôle ;
- De voir ses compétences reconnues aux niveaux local et national ;
- De bénéficier de moyens suffisants et pérennes pour réaliser ses missions dans la durée.

Le médiateur en santé respecte les principes déontologiques suivants :

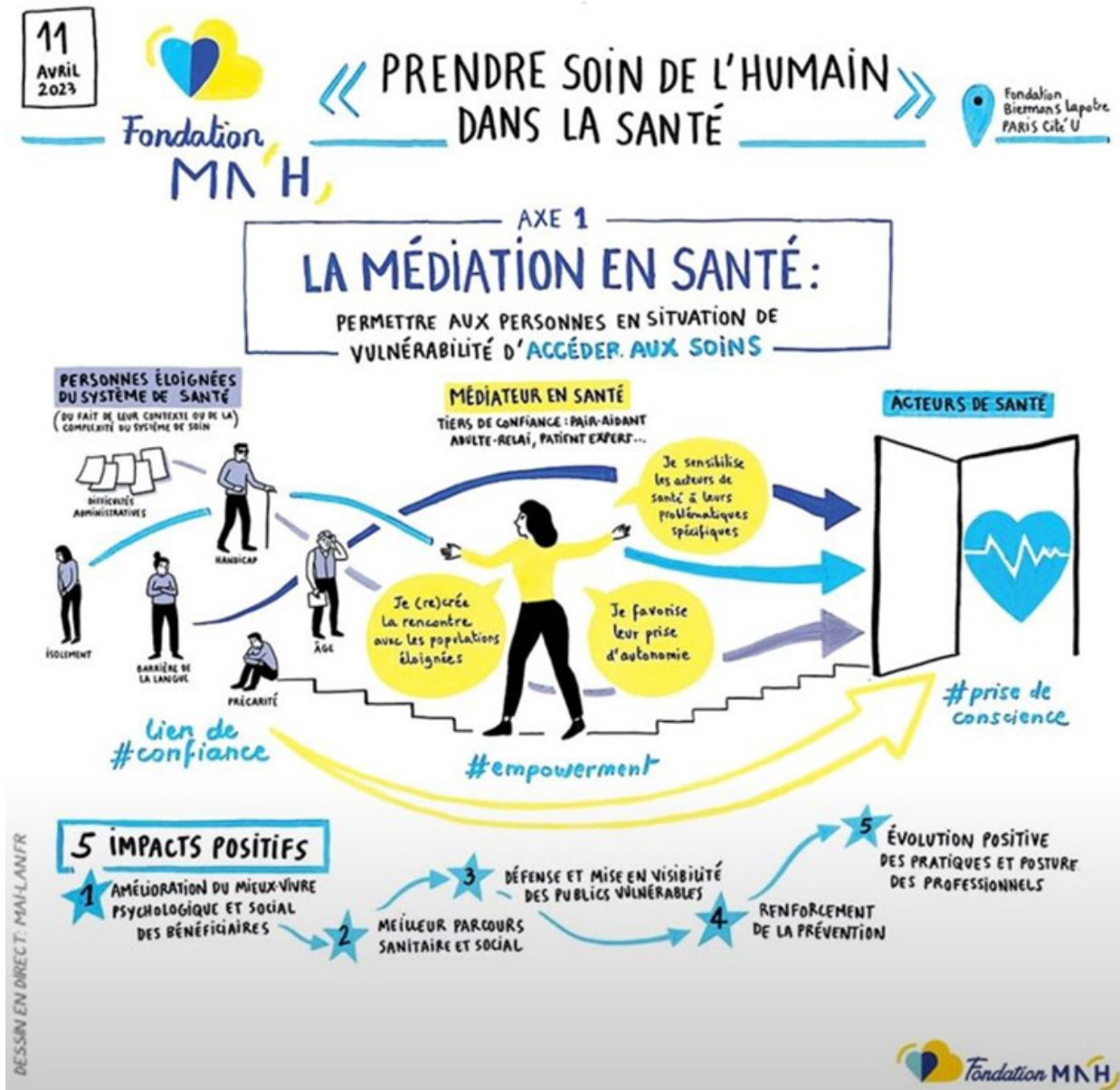
- Confidentialité et secret professionnel ;
- Non-jugement ;
- Respect de la volonté des personnes et de leur liberté de choix.

BIBLIOGRAPHIE

- Blanc, Gwenaëlle et Lucie Pelosse (FRAES Rhône-Alpes). *La médiation santé : un outil pour l'accès à la santé ?* Rapport d'enquête, mars 2010.
- Bouchaud, Olivier, Emmanuelle Hamel et Dagmar Soleymani. « *La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention* », *La Santé en action*, n°460, 2022, pp.4-8.
- Després, Caroline et al. « *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique* », *Questions d'économie de la santé*, n°169, 2011.
- Dionou, Sié (Entretien avec). « *La médiation, interface entre soignants et patients, garantit une meilleure prise en charge médicale et une meilleure prévention en santé sexuelle* », *La Santé en action*, n°460, 2022, pp.21-22.
- Dos Santos, Marie. « *S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérientiels* », *Vie sociale*, vol. 4, n° 20, 2017, pp.223-238.
- El Ghozi, Laurent, et Frédérique Quirino Chaves. « *Un programme national de médiation en santé auprès et avec les Gens du voyage et les habitants de bidonvilles et squats* », *La Santé en action*, n°460, 2022, pp.35-36.
- Fédération des acteurs de la Solidarité. *Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*, 2020.
- FNASAT-GV et Sidaction. *Étude sur le cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé (Etude C-PRO-MS)*, 2024.
- Haschar-Noé, Nadine, et Florent Bérault. « *La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins* », *Santé Publique*, vol. 31, n° 1, 2019, pp. 31-42.
- HAS. *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques*, 2017, 70p.
- IGAS. *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, 2023, 129p.
- IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. *Intégrer un dispositif de médiation en santé au sein d'une structure sociale | Synthèse d'expériences*, 2024.
- Lahmidi, Najat, et Véronique Lemonnier. « *Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles* », *Rhizome*, vol. 68, n°2, 2018, pp. 10-11.
- Revault, Pascal. « *Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ?* », *La Santé en action*, n°442, 2017, pp.10-12.
- Sarradon-Eck, Aline et al. « *Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité* », *Lien social et Politiques*, 2012, n°67, pp. 183-199.
- Troiseufs, Aurélien. « *Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ?* », *Rhizome*, 2020, n°75-76, pp. 27-36.

ANNEXES

Annexe 1 | Écosystème illustré de la médiation en santé (CODEPS13)¹



Réalisé par Mai-Lan, durant la table ronde de la Fondation MNH sur la médiation en santé (2023).

¹ <https://www.codeps13.org/documentation/dossiers-thematiques-en-ligne/ressources-autour-de-la-mediation-en-sante>

Annexe 2 | Référentiel de compétences du médiateur en santé (HAS, 2017)

Compétences techniques	Techniques de l'« aller vers »
	Communication (ex : techniques d'entretien, techniques d'animation en éducation pour la santé)
	Aider à diagnostiquer un problème et trouver des solutions
	Connaître les éléments de constitution d'un dossier administratif (ex : droits dans le domaine de la santé, pièces justificatives, conditions, personnes ressources, délais, etc.)
	Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire son réseau
	Techniques de distanciation (ex : savoir prendre de la distance par rapport aux problématiques rencontrées) et de gestion du stress
Connaissance de l'environnement	Connaissance du public cible : • des systèmes de valeurs, codes et pratiques, culturels ; • des problématiques médicales et médico-sociales rencontrées ; • de son environnement socio-économique, sanitaire.
	Connaissance de l'environnement médico-social : • des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur ; • des institutions présentes sur le territoire (acteurs locaux en éducation pour la santé et secteur associatif intervenant au-près du public usager du service) ; • des parcours de soins dans le système de santé local.
Savoir être	Capacité à accompagner des publics vulnérables (ex : précarité, psychiatrie, migrants, etc.)
	Respecter la confidentialité
	Ne pas être dans le jugement
	Être à l'écoute et dans l'empathie
	Capacité à connaître les limites de son rôle, et savoir les expliquer aux usagers/patients comme aux professionnels, devant des multiples sollicitations
	Savoir se remettre en question et remettre en question sa pratique

Issu du référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ».

Annexe 3 | Socle commun pour une formation de médiation en santé (HAS, 2017)

MODULE	PROPOSITION DE CONTENU
La médiation	Approche théorique et historique de la médiation en santé
Environnement institutionnel et des dispositifs juridiques, sanitaires et sociaux	• Les institutions, les acteurs et les politiques de santé • Coordination du parcours de santé • Droit à la couverture maladie • Offre de soins, structures de santé et de prévention et leurs conditions d'accès • Droit au séjour et droit au travail • Services sociaux mobilisables
Santé publique et maladies	• Déterminants de santé et inégalités sociales de santé • Principales causes du non-accès aux droits, à la prévention et aux soins • Pathologies liées à l'environnement et aux conditions de vie (ex : dengue, tuberculose, gale, saturnisme, etc.) • Pathologies chroniques (ex : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.) • Infections transmissibles (ex : infection par le VIH, hépatites, etc.) • Pathologies psychiatriques et souffrances psychologiques, dont les conséquences psycho-traumatiques de violences subies • Usage de drogues et réduction des risques et des dommages (RDRD)
Approche populationnelle et/ou thématique des facteurs de vulnérabilité	Migrants, personnes âgées, personnes en situation de prostitution / travailleurs du sexe, santé maternelle et infantile, maladies chroniques, grande précarité, santé mentale, addictologie, population carcérale, populations des DOM, etc.
La fonction de médiateur	A - Une posture, des pratiques a. cadre déontologique b. rôle et limites de la fonction de médiateur en santé c. actions développées d. partenariat et comment se situer en tant que médiateur B - La dimension technique, éducative et relationnelle a. repérage et prise de contact (populations vulnérables et institutions/professionnels de santé) b. écoute et analyse de la demande c. communication : conduite d'entretien, animation d. la relation d'aide (« counselling ») e. la prévention et la promotion de la santé (dont la santé communautaire) f. la distanciation et la gestion du stress g. les pratiques de partenariat
Stage d'immersion et de projet	Faire un stage auprès de médiateurs déjà formés

Issu du référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ».

Annexe 4 | Fiche de poste

Fiche de poste médiateur.rice en santé incluse dans le cahier des charges de l'expérimentation « structures coordonnées d'exercice participatives », basée sur le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la HAS relatif à « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » (IGAS, 2023).

Définition de la médiation en santé Par la Haute Autorité de santé (HAS)

La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer :

- l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;
- le recours à la prévention et aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

La médiation en santé désigne la 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 les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Finalité

Il s'agit grâce aux actions de médiation d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

Missions du médiateur

Créer la rencontre avec les populations vulnérables du territoire, par des actions d'aller-vers et une présence active auprès des publics-cibles :

- identifier les personnes sur leur lieu de vie ou d'activité, se faire connaître, créer un lien de confiance ;
- faciliter la compréhension et la connaissance des droits et du système de santé, présenter le rôle et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire, aider à identifier les professionnels de santé du territoire ;
- orienter en fonction des besoins vers les acteurs de santé du territoire ;
- amener les personnes à apporter une attention à leur santé ;
- observer et identifier des situations problématiques individuelles et/ou collectives

Développer des liens avec les professionnels de santé et institutions du territoire :

- Identifier et se faire connaître des professionnels de santé et institutions du territoire
- sensibiliser les professionnels et acteurs de santé du territoire aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités des publics cibles, aux difficultés rencontrées par les personnes
- mobiliser les professionnels et acteurs de santé du territoire pour organiser des actions d'aller-vers et des actions collectives de promotion de la santé

Faciliter la coordination des parcours de santé des personnes

- Accompagner l'ouverture des droits en santé : aide à la mise en place des démarches administratives des personnes ayant des difficultés à compléter leurs dossiers, mise en relation avec des professionnels susceptibles de régulariser les dossiers, suivi des démarches, accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les administrations...
- Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé : mise en relation des publics et des professionnels, accompagnement physique des personnes les moins autonomes

Proposer des actions collectives de promotion en santé, en lien avec les acteurs de santé du territoire :

- participer au recensement des besoins et préoccupations de la population du territoire,
- participer à l'organisation d'actions collectives, mobiliser le public en amont, participer à l'animation des actions, etc.

Participer aux actions structurantes au projet du centre de santé participatif

- Assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques
- Identifier les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé, ainsi que les risques pour la santé des personnes accompagnées afin d'alerter les autorités compétentes

Compétences

Connaissance de l'environnement

- Connaissances du public cible (valeurs, codes et pratiques, problématiques médicales et médico-sociales, problématiques socio-économiques)
- Connaissances de l'environnement médico-social (des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur) et des institutions et de l'offre de soins du territoire

Compétences techniques :

- Techniques d'aller-vers, communication (techniques d'entretien, techniques d'animation et éducation pour la santé), modalités de constitution d'un dossier administratif d'ouverture de droits à l'assurance maladie
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire un réseau
- Capacité à prendre de la distance et à gérer son stress

Savoir être :

- Ecoute et empathie, respect de la confidentialité et du secret professionnel, non jugement
- Capacité à connaître les limites de son rôle, à se remettre en question et remettre en question sa pratique

Profil/formation

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

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

Issu du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) « La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider »

Annexe 5 | Critères qualité de la médiation en santé

Afin de vous accompagner dans la **création ou le renforcement** de votre projet de médiation en santé, voici un outil d'auto-évaluation à partir de critères de qualité :

CRITÈRE	NON ATTEINT	EN COURS DE RÉALISATION	ATTEINT	COMMENTAIRE
Le projet de médiation en santé est construit sur la base d'un diagnostic mené en amont du projet Il permet de repérer l'existence d'une problématique de non-recours aux droits et aux soins sur le territoire. Il vise notamment à identifier les publics concernés et les facteurs explicatifs, et à répertorier les partenaires et dispositifs existants sur le territoire. Ce travail a pour objectif d'établir l'action sur des constats locaux et d'y apporter une réponse qui ne se superpose pas à d'autres actions, mais qui vient plutôt s'articuler avec les acteurs du territoire (de l'aller-vers notamment) pour travailler en complémentarité, en réseau. En effet, le projet de médiation en santé contient une dimension partenariale forte.				
Le projet de médiation en santé prévoit un temps d'acculturation des professionnels internes et externes à la structure (collègues et partenaires) au métier de médiateur en santé en amont de son recrutement et organise son intégration dans l'équipe et dans le fonctionnement de la structure Consulter les professionnels internes et/ou externes à la structure porteuse pour préciser les missions ou modalités d'intervention de la future recrue est vivement recommandé (cela peut aller jusqu'à la co-rédaction de la fiche de poste). L'intégration du médiateur en santé dans la structure porteuse est organisée : il/elle participe aux réunions de coordination du service auquel il/elle est rattaché.e.				
Le projet de médiation en santé garantit les moyens nécessaires à une action de qualité → Les coûts liés aux aspects logistiques de l'action sont anticipés : ressources humaines, déplacements, formation, analyse de pratiques, frais de fonctionnement, véhicule ou locaux dédiés, frais d'interprétariat, frais liés à l'accompagnement des personnes (par ex : tickets de transport, bons alimentaires...). → Les ressources temporelles nécessaires à la mise en œuvre sont prises en compte (rencontre des partenaires, déplacements, création du lien avec le public, montée en compétences...); → Le projet prévoit la montée en compétences des médiateurs en santé via des formations formelles (compétences techniques et relationnelles : formation à l'entretien motivationnel, à la littératie...) ou des opportunités d'apprentissage informelles. → La sécurisation du médiateur sur son poste est organisée (prévention des risques psychosociaux ; sécurité des interventions ; supervision... avec une				

vigilance particulière sur le suivi interne pour les médiateurs en santé pairs qui peuvent présenter des vulnérabilités spécifiques)				
Le projet de médiation en santé intègre une réflexion éthique globale commune aux professionnels de la structure porteuse Cette réflexion peut prendre appui sur le cadre déontologique du référentiel et l'exemple de la charte citée (annexe 4 du référentiel HAS) ou donner lieu à une charte éthique propre à la structure. Elle vise à aborder la posture du médiateur.rice en santé et les notions afférentes (non-normative, non jugeante, non stigmatisante, qui favorise le développement du pouvoir d'agir) ; le principe d'accompagnement non contraignant ; le respect du secret professionnel, etc. Selon le type de structure porteuse, cette réflexion peut être nourrie par l'interdisciplinarité des professionnels de l'équipe.				
Le projet de médiation en santé intègre des temps de co-construction internes des outils de suivi de l'action (tableau des dysfonctionnements identifiés, des publics et partenaires rencontrés...) Ces outils sont élaborés sur la base des indicateurs retenus, adaptés aux spécificités de l'action de médiation.				
Le projet de médiation en santé prévoit un protocole de remontée des difficultés constatées au cours de l'action (rôle de veille) aux collègues, partenaires, institutions et politiques concernées Ce protocole présente l'outil à utiliser, les modalités de remplissage et de transmission interne et externe des éléments constatés.				
Le projet de médiation en santé touche à la fois les publics et les professionnels (il ne s'adresse pas qu'aux publics) Il est nécessaire de garantir la position d'interface entre les professionnels de santé et le public cible : si le recrutement est réalisé via un établissement de santé p.ex., le médiateur est intégré aux réunions de concertation. De façon générale, il est recommandé de prévoir des réunions régulières avec les professionnels de santé du territoire en plus des temps collectifs et individuels avec le public.				
Le projet de médiation en santé intègre autant que possible la participation du public Par exemple : la participation au diagnostic, la co-construction des outils facilitant les relations entre patients et soignants, la (co)animation d'ateliers communautaires... L'évaluation du projet de médiation intègre également la satisfaction du public.				
L'action prévoit à la fois des modalités d'accompagnement individuel (entretiens individualisés, appui aux démarches administratives, à l'accès aux droits...) et des modalités collectives (temps d'échange collectifs avec les professionnels, actions communautaires...)				

Annexe 6 | Grille d'évaluation de vos actions de médiation en santé

Grille adaptée par Médecins du Monde, à partir des travaux menés dans le cadre d'un « Etat des lieux des actions de médiation en santé » par le réseau d'acteurs et actrices en médiation en santé sur l'Eurométropole de Strasbourg en décembre 2023.

Axe 1 : (Ré) créer la rencontre avec les populations concernées	
1 • Aller-vers la personne vulnérable	- Menez-vous des actions d'aller-vers les personnes éloignées du système de santé ou confrontées à des obstacles dans leur prise en charge ? - Quel est le public cible ?
2 • Aller-vers les professionnels de santé	Menez-vous des actions d'aller-vers les institutions/professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations ?
3 • Assurer une présence active de proximité	Assurez-vous une présence (des activités, des permanences) sur les lieux de vie ou dans une structure repérable du public cible ?
Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours de santé	
4 • Mise en lien avec les professionnels adaptés aux besoins des personnes concernées	- Est-ce que vous informez et orientez vers d'autres professionnels ? - Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé notamment ?
5 • Aides aux démarches administratives d'accès aux droits de santé	- Faites-vous des demandes d'ouverture des droits en santé à la CPAM ? - Faites-vous le suivi des démarches administratives liées à l'ouverture de droits de santé (couverture maladie, domiciliation, accompagnement social) ?
6 • Accompagnements physiques	Faites-vous des accompagnements physiques vers des structures de santé ou des structures sociales ? (A quelle fréquence ? Quelles sont les critères pour organiser ces accompagnements ?)
Axe 3 : Proposer des actions collectives de promotion de la santé	
7 • Mobiliser les acteurs de santé et de promotion de la santé	Menez-vous des actions de promotion de santé ?
8 • Collaborer avec des partenaires	- Participez-vous aux recensements, enquêtes et diagnostics locaux ? - Participez-vous à l'organisation d'actions collectives de prévention et éducation à la santé ? - Participez-vous aux actions de sensibilisation auprès des professionnels ? - Participez-vous aux actions de dépistage et de prévention ? - Encouragez-vous une dynamique de santé communautaire ?

9 • Co-construire des outils préventifs et informatifs adaptés aux besoins

- Construisez-vous des outils préventifs et informatifs adaptés aux besoins des personnes concernées ?

Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet de sa structure

10 • Développer des partenariats, participer à des réseaux

- Développez-vous des partenariats dans vos actions
- Participez-vous à des réseaux ?

11 • Participer à la veille sanitaire et sociale

- Participez-vous à la veille sanitaire et sociale ?

12 • Collecter et remonter les dysfonctionnements

- Collectez-vous et remontez-vous les dysfonctionnements identifiés ? (Quels sont les destinataires de cette remontée ?)

Votre structure travaille-t-elle sur les objectifs suivants :

Favoriser le retour vers le droit commun ?

Par exemple, aidant les personnes concernées à trouver des solutions sans faire à la place des professionnels de la santé ou du social.

Renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ?

Par exemple, faisant les démarches avec elles dans le but de permettre aux personnes de faire cette démarche seules dans l'avenir.

Améliorer la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité des personnes concernées ?

Par exemple, en sensibilisant ces acteurs aux conditions de vie spécifiques de la personne ou au besoin de faire appel à un interprète professionnel

Annexe 7 | Fiche emploi « médiateur en santé » issue du ROME

RIASEC : Si

K1220**MÉDIATEUR / MÉDIATRICE EN SANTÉ** **Autres emplois décrits**

- Chargé / Chargée d'éducation pour la santé
- Chargé / Chargée de projet en éducation pour la santé
- Médiateur / Médiatrice en santé communautaire
- Médiateur / Médiatrice en santé interculturelle
- Médiateur / Médiatrice en santé pair

 Définition

Le médiateur en santé accompagne en proximité les publics en situation de vulnérabilité pour faciliter leur parcours de santé, il sensibilise également les acteurs du système de santé sur les obstacles des publics dans leur accès à celui-ci.

- Assure l'interface entre les publics et le système de santé
- Accompagne les personnes dans leur parcours d'accès aux droits, à la prévention et aux soins
- Sensibilise les acteurs du système de santé sur les spécificités des publics
- Favorise le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif
- Alerte sur les dysfonctionnements rencontrés dans l'accès au système de santé

 Accès à l'emploi

Cet emploi est accessible avec un diplôme de médiation en santé ou sans diplôme mais avec une expérience professionnelle ou bénévole dans le secteur de la santé, du social ou du médico-social. Un savoir expérientiel spécifique peut être demandé (médiation en santé par les pairs). La pratique d'une langue étrangère peut également être demandée.

Certifications et diplômes :

- Licence mention sciences sanitaires et sociales
- Master mention santé publique

Compétences

Savoir-faire

Savoir-faire principaux

Management, Social, Soins

- Accueillir, rassurer, orienter, informer une personne et son entourage
- Favoriser le développement du pouvoir d'agir, à travers des projets individuels ou collectifs
- Informer et sensibiliser le public sur les comportements et pratiques favorables à la santé
- Assurer une fonction d'interface entre le public et le système de santé
- Analyser le contexte de vie d'une personne ou d'une famille
- Entrer en contact avec la population et promouvoir les initiatives (réunions de concertation, consultations, ...)
- Développer et animer un réseau de partenaires et de prestataires

Coopération, Organisation et Développement de ses compétences

- Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle
- Informer et sensibiliser le public sur les comportements et pratiques de santé pour prévenir les maladies
- Etablir une relation de confiance et faciliter la communication avec la personne accompagnée
- Respecter les règles de confidentialité, de déontologie et d'impartialité

Savoir-faire secondaires

Management, Social, Soins

- Faciliter la résolution de questions et démarches administratives
- Accompagner et soutenir les personnes dans leurs actions et leur évolution
- Faire preuve de pédagogie pour faciliter la compréhension
- Maintenir et faciliter l'inclusion des personnes accompagnées pour éviter l'isolement social
- Utiliser des outils de communication adaptés aux besoins de la personne
- Participer à des sessions de formation continue et à des conférences professionnelles
- Participer à la conception et au suivi d'un projet individualisé
- Mobiliser son savoir expérientiel auprès de ses pairs et des professionnels
- Informer le public sur les ressources de santé disponibles
- Réguler les échanges entre les participants d'un débat
- Adapter ses pratiques d'accueil et d'accompagnement selon les besoins particuliers des personnes
- Faciliter l'accès aux soins pour les populations vulnérables

Fiche Emploi K1220 - juin 2025

Coopération, Organisation et Développement de ses compétences

- Identifier et comprendre les émotions chez soi et chez les autres
- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle aux situations
- Promouvoir des valeurs de respect et de tolérance
- Réagir face à l'imprévu et être force de proposition en cas de dysfonctionnement

Développement économique

- Savoir travailler en transversalité
- Mettre en oeuvre des activités éducatives dans le cadre de projets du secteur social, médicosocial et de la santé

Communication, Création, Innovation, Nouvelles technologies

- Promouvoir la santé publique
- Elaborer des stratégies de communication adaptées à différents publics

Pilotage, Gestion, Cadre réglementaire

- Faciliter l'accès aux dispositifs d'aide

Savoir-être professionnels

- Etre à l'écoute, faire preuve d'empathie
- Avoir l'esprit d'équipe
- Faire preuve de contrôle de soi
- Faire preuve d'autonomie
- Etre ouvert aux changements

Savoirs

Domaines d'expertise

- Développement de partenariats locaux
- Thématiques de prévention sanitaire et sociale
- Gestion des émotions
- Sensibilisation aux différences culturelles

Normes et procédés

- Démarche de médiation

Techniques professionnelles

- Communication interpersonnelle
- Techniques d'entretien individuel
- Capacité à gérer des situations d'urgence
- Techniques de médiation et résolution de conflits
- Rédaction d'écrits professionnels
- Animation de groupes
- Techniques de gestion de conflits
- Techniques d'écoute active
- Communication interdisciplinaire en santé
- Gestion de cas complexes
- Evaluation des besoins individuels
- Techniques de résolution de problèmes administratifs
- Techniques de gestion du stress

Contextes de travail



Conditions de travail et risques professionnels

- Au domicile d'un particulier
- Déplacements professionnels
- En contact avec du public
- En extérieur
- Travail en autonomie et en situation isolée



Horaires et durée du travail

- Travail en horaires décalés
- Travail en journée
- Travail le samedi



Publics spécifiques

- Personnes vulnérables



Statut d'emploi

- Salarié secteur privé (CDI, CDD)
- Salarié secteur public

Fiche Emploi K1220 - juin 2025

Types de structures

- Association
 - Collectivités territoriales
 - Etablissement de santé
 - Structure médico-sociale
-

Secteurs d'activité

- Social
- Santé

Notes



PRAPS

PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS
GRAND EST



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé
Grand Est



3 Boulevard Joffre - CS 80071
54036 Nancy Cedex



03 83 39 30 30 (*standard régional*)



ars-grandest-contact@ars.sante.fr

**Abonnez-vous à notre newsletter
et suivez-nous sur les réseaux sociaux !**



www.grand-est.ars.sante.fr



Agence Régionale de Santé Grand Est



@ARS_Grand_Est



@ARSGrandEst



Agence Régionale de Santé Grand Est